

L'emergenza sanitaria provocata dalla pandemia di Covid-19 ha determinato mutamenti profondi nella società, portando a ripensare il nostro rapporto con i concetti di salute e malattia, con inevitabili ricadute sulla ricerca storica e sui modi di interfacciarsi con il passato. Stimolati da un'opinione pubblica che cercava nel passato termini di paragone all'attuale pandemia, gli storici hanno mostrato crescenti attenzioni per questioni inerenti alla storia della medicina, fino ad allora sostanzialmente trascurate e rimaste ai margini della riflessione storiografica, specie in Italia.

Sulla scia di questo rinnovato interesse, questo numero di «Farestoria» si pone l'ambizioso obiettivo di affrontare, integrando e intrecciando approcci storiografici tra loro diversi, il nesso società-malattia durante l'età contemporanea, focalizzando l'analisi sulla fase che va dal XIX secolo alla metà del XX secolo. Un arco cronologico ampio, ma di capitale importanza per comprendere gli sviluppi successivi e il presente, in cui affezioni note, nuove minacce "globali" (come il colera e la febbre gialla) e malattie emergenti convivono e si sovrappongono ai problemi connessi all'aumentata incidenza sulla mortalità delle affezioni croniche e degenerative, al proliferare di malattie professionali (legate allo sviluppo industriale), all'insorgere di patologie correlate all'inquinamento ambientale. Prestando attenzione alle dinamiche di circolazione del sapere e delle pratiche sanitarie, che tra XIX e XX secolo conoscevano un inedito processo di accelerazione e istituzionalizzazione, il fascicolo si propone di indagare la malattia nelle sue molteplici dimensioni: quella temporale di evento, di insorgere improvviso in un territorio, o di permanenza e quotidianità all'interno di un dato spazio (territoriale od organico); quella sociale e culturale del vissuto del malato di fronte all'esperienza della malattia, intesa come evento individuale o collettivo; quella delle risposte governative, professionali e profane all'insorgere delle affezioni. Il numero presta inoltre attenzione alle modalità con cui la storia della medicina si è costituita come disciplina, ai nessi locali e globali in cui il rapporto malattie-società prende forma tra XIX e XX secolo e alla dimensione pubblica che accompagna e struttura tale relazione. Analizza infine i processi di formazione della memoria privata e pubblica della malattia, dei mutamenti che il ricordo dell'esperienza di sofferenza e di cura conosce nel tempo individuale e collettivo.

ISSN 2612-7164

€ 8,00

ISBN 978-88-6144-074-6



9 788861 440746 >

FARESTORIA
SOCIETÀ E STORIA PUBBLICA

ANNO III, N. 2, 2021

 FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

 STAMPATO CON IL CONTRIBUTO DI:
FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA


MALATTIE E SOCIETÀ
ESPERIENZE, PRATICHE, RAPPRESENTAZIONI
a cura di Costanza Bonelli e Francesco Cutolo



FARESTORIA
SOCIETÀ E STORIA PUBBLICA

PERIODICO DELL'ISTITUTO STORICO DELLA RESISTENZA
E DELL'ETÀ CONTEMPORANEA IN PROVINCIA DI PISTOIA

ISTITUTO STORICO DELLA RESISTENZA E DELL'ETÀ CONTEMPORANEA IN PROVINCIA DI PISTOIA

Presidente: Giovanni Contini

Vice presidente: Sonia Soldani, Filippo Mazzoni

Direttore: Matteo Grasso

Viale Petrocchi, 159 - 51100 Pistoia - Tel. 0573 359399

www.istitutostoricoresistenza.it

ispresistenza@tiscali.it

Per associarsi e ricevere la rivista semestrale Farestoria:

€ 20,00 (venti/00).

Il versamento può essere effettuato:

- con bollettini di Conto Corrente Postale sul numero 10443513 intestato a Istituto Storico della Resistenza di Pistoia (O.N.L.U.S.) specificando la causale; oppure con bonifico Conto Corrente Postale IBAN IT3050760113800000010443513
- presso il nostro ufficio in viale Petrocchi n° 159 a Pistoia
- con Bonifico Bancario sul conto n. 68711100000000722 di Intesa San Paolo filiale viale Adua intestato a Istituto Storico della Resistenza di Pistoia (O.N.L.U.S.) IBAN IT66Z0306913834100000000722.

Farestoria

Società e storia pubblica

Rivista semestrale dell'Istituto Storico della Resistenza
e dell'età Contemporanea nella Provincia di Pistoia.

Autorizzazione del Tribunale di Pistoia n. 259 del 16.2.1981.

Redazione: Viale Petrocchi, 159 – 51100 Pistoia. Tel. 0573 359399

E-mail: farestoriaredazione@gmail.com

Direttore responsabile: Tommaso Artioli

Direttore di redazione: Stefano Bartolini

Comitato di redazione:

Giulia Bassi, Federico Creatini, Francesco Cutolo, Daniela Faralli, Sandro Landucci,
Edoardo Lombardi, Chiara Martinelli, Filippo Mazzoni, Francesca Perugi, Alice Vannucchi

*Il presente numero è stato stampato
con il contributo della Fondazione CARIPT*



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Farestoria Società e storia pubblica

Rivista semestrale dell'Istituto storico della Resistenza e dell'età contemporanea nella provincia di Pistoia

Farestoria è una rivista di storia pubblica che vuole evidenziare l'importanza della ricerca storica, sottolineando il valore e il ruolo sociale della storiografia, e la sua utilità nel contesto attuale, indagando le forme in cui la storia è presente ed è usata nella società: dal consumo culturale agli utilizzi commerciali o politici, senza tralasciare le forme di partecipazione della cittadinanza al processo di costruzione della storia, della memoria, e dei significati del passato.

Nel solco della tradizione su cui si innesta la nuova serie, Farestoria è inoltre una rivista interdisciplinare che accoglie e promuove il dialogo e l'interazione tra approcci metodologici diversi.

Infine, credendo nell'importanza della libera circolazione dei contenuti culturali, i fascicoli precedenti all'ultimo pubblicato saranno rilasciati alla libera fruizione in formato open access sul sito dell'Istituto storico della Resistenza e dell'età contemporanea di Pistoia.

I testi della sezione *Saggi* sono sottoposti a referaggio con il metodo *single blinded*.

Copyright © 2021 by



ISTITUTO STORICO DELLA RESISTENZA
E DELL'ETÀ CONTEMPORANEA IN PROVINCIA DI PISTOIA

I.S.R.PT EDITORE

Viale Petrocchi, 159 - Pistoia 51100

Tel 0573 359399

In copertina: Cristóbal Rojas, *La miseria*, 1886, olio su tela, 180x221, Galería de Arte Nacional, Caracas, Venezuela.

Il logo dell'Istituto è opera del pittore pistoiese Paolo Tesi e raffigura il monumento equestre a Garibaldi situato nell'omonima piazza cittadina.

Traduzioni, saggi e articoli editi su Farestoria non esprimono necessariamente il punto di vista della redazione, impegnando unicamente gli autori dei testi, che vengono pubblicati al fine di arricchire, attraverso l'informazione, la conoscenza storica che Farestoria vuole preservare portandola alla valutazione e alla comprensione critica delle nuove generazioni.

MALATTIE E SOCIETÀ
ESPERIENZE, PRATICHE, RAPPRESENTAZIONI

Introduzione

COSTANZA BONELLI, FRANCESCO CUTOLO – CURATORI 5

Saggi

P. PANCIOLOLI

La medicina come scienza popolare. Il caso della letteratura medica
domestica nell'Italia dell'Ottocento 13

G. ENNAS

Confine sanitario o nazionale? L'influenza delle epidemie
nell'emergere dei nazionalismi balcanici 33

G. LUCARONI

"Viribus unitis". Premesse e digressioni della lotta antitubercolare fascista 51

Rubriche

Conversazioni storiografiche

D. LIPPI, C. BONELLI, F. CUTOLO

La Storia della medicina in Italia. Un'intervista 73

Forum storiografico

R. BIANCHI, A. CASELLATO, G. CONTINI, a cura di C. BONELLI, F. CUTOLO

Memorie della "spagnola" 81

Forum storiografico

S. BARTOLINI, P. CAUSARANO, G. ZAZZARA, B. ZIGLIOLI

Ambiente, malattia, lavoro 105

Rassegna tematica

G. CERASOLI

Leggere le malattie nelle tavolette votive. Medicina, malati e società
tra il secolo XV e oggi 131

Le fonti della storia

U. PAVAN DALLA TORRE

Lo stigma della guerra. Tubercolosi e follia di guerra in Italia durante e dopo la prima guerra mondiale nella visione dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG)

141

Ricerche in corso

M.E. CANTILENA

Aids e tossicodipendenza. Le politiche di riduzione del danno in Italia tra provvedimenti legislativi e impegno sociale

149

Comunicare la storia

I. BOLZON

Appunti per una storia del tempo presente. Il progetto "Istantanee dal presente. Testimoni al tempo del Covid-19"

157

Autori e autrici

168

Introduzione

DI

COSTANZA BONELLI E FRANCESCO CUTOLO

CURATORI

Già da alcuni anni la redazione di «Farestoria» aveva iniziato a discutere della possibilità di dedicare un fascicolo monografico alla storia della medicina. L'intento era di approfondire questioni che la storiografia – specie quella italiana – ha spesso trascurato, fino almeno all'insorgere della pandemia di Covid-19. L'emergenza sanitaria ha, infatti, determinato mutamenti profondi nella società, nel funzionamento delle istituzioni politiche, nell'organizzazione del lavoro, nella quotidianità di milioni di persone, nelle relazioni umane, portando a ripensare il nostro rapporto con i concetti di salute e malattia. Questi processi hanno avuto inevitabili ricadute sulla ricerca storica e sui modi di interfacciarsi con il passato. Stimolati da un'opinione pubblica che cercava nel passato termini di paragone all'attuale pandemia, gli storici hanno manifestato un crescente interesse per i temi inerenti alla storia della medicina, tra cui il rapporto delle società umane con la malattia, le risposte istituzionali alle emergenze sanitarie, i comportamenti popolari, lo sviluppo della medicina in varie aree del globo, i processi di scambio scientifico-culturale in ambito medico. Argomenti fino allora limitatamente studiati sono stati oggetto di rinnovate attenzioni, come nel caso dell'influenza "spagnola": dopo decenni di sostanziale disinteresse della storiografia, dal 2020 sono state inaugurate varie ricerche sulla "grande pandemia" del Novecento.

La stessa redazione ha impresso un'accelerazione alla realizzazione di questo numero, che si pone l'ambizioso obiettivo di affrontare, integrando e intrecciando approcci storiografici tra loro diversi, il nesso società-malattia durante l'età contemporanea. La volontà dei curatori è stata quella di riservare particolari attenzioni alla fase

che va dal XIX secolo alla metà XX secolo: un arco cronologico ampio, ma di capitale importanza per comprendere gli sviluppi successivi e il presente. In questo periodo, affezioni note, nuove minacce “globali” (come il colera e la febbre gialla) e malattie emergenti convivono e si sovrappongono ai problemi connessi all’aumentata incidenza sulla mortalità delle affezioni croniche e degenerative, al proliferare di malattie professionali (legate allo sviluppo industriale), all’insorgere di patologie correlate all’inquinamento ambientale.

A partire dall’Ottocento, la circolazione delle malattie nello spazio globale conosceva infatti un’accelerazione senza precedenti nella storia. Per effetto della crescita del volume dei commerci, grazie alle nuove tecnologie di trasporto, e dell’avvio dell’imperialismo europeo, con la sua estesa rete di collegamenti globali, il mondo si troverà, tra XIX e XX secolo, «unificato dai microbi»¹. A circolare con maggiore intensità nel XIX e metà XX secolo non sono però solo le malattie: anche i saperi e le pratiche mediche di governo del rischio sanitario conoscono un inedito processo di internazionalizzazione e istituzionalizzazione². Cambiamenti profondi avvengono anche sul piano della distribuzione e dell’incidenza delle malattie a livello mondiale, alimentati dalle crescenti divisioni di ordine economico, sociale e tecnologico³.

Attraverso l’analisi di quella che è stata definita come «l’età del contagio universale»⁴, questo numero di «Farestoria» si propone di indagare la malattia nelle sue molteplici dimensioni: quella temporale di evento, di insorgere improvviso in un territorio, o di permanenza e quotidianità all’interno di un dato spazio (territoriale od organico); quella sociale e culturale del vissuto del malato di fronte all’esperienza della malattia, intesa come evento individuale o collettivo; quella delle risposte governative, professionali e profane all’insorgere delle affezioni. Il numero presta inoltre attenzione alle modalità con cui la storia della medicina si è costituita come disciplina, ai nessi locali e globali in cui il rapporto malattie-società prende forma tra XIX e XX secolo e alla dimensione pubblica che accompagna e struttura tale relazione. Al centro della riflessione proposta da «Farestoria» si colloca anche l’analisi dei processi di formazione della memoria privata e pubblica della malattia, dei mutamenti che il ricordo dell’esperienza di sofferenza e di cura conosce nel tempo individuale e collettivo.

1 E. Le Roy Ladurie, *Un concept. L’unification microbienne du monde (XVIe-XVIIe siècles)*, in «Revue Suisse d’Histoire», Vol. 23, 4, (1973), pp. 627-696.

2 Cfr. A. Rasmussen, *L’hygiène en congrès (1852-1912): circulation et configurations internationales*, in *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII-XXe siècles)*, a cura di P. Bourdelais, Paris, Éditions Belin, 2001.

3 Cfr. M. Harrison, *Disease and world history from 1750*, in *The Cambridge World History*. Vol. VII: *Production, Destruction and Connection, 1750-Present*. Part I: *Structures, Spaces and Boundary Making*, a cura di J. R. McNeill, K. Pomeranz, Cambridge, Cambridge University Press, 2015, pp. 237-257.

4 A. Bashford, *‘The Age of Universal Contagion’: History, Disease and Globalization*, in *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, a cura di A. Bashford, New York, Palgrave MacMillan, 2014, p. 1.

Il numero è stato composto in maniera partecipata, mediante un *Call for papers* – una prassi ormai usuale per la rivista – che ha ricevuto un’ampia risposta e sollecitato l’interesse di studiosi provenienti non esclusivamente dal campo della storia della medicina e della storia delle scienze, a conferma della centralità che i temi di storia della sanità stanno acquisendo nel contesto presente. Il numero vede all’opera la nuova sistemazione interna della rivista «Farestoria», adottata a partire dal 2021, con la divisione in due sezioni: saggi e rubriche. La prima è stata organizzata secondo un criterio di ordine cronologico. Il contributo di Paola Panciroli si interroga sui rapporti tra medicina ufficiale e medicina eterodossa in Italia durante il XIX secolo, a partire dall’esame della letteratura medica domestica, un genere divulgativo nato durante l’Illuminismo per favorire i corretti comportamenti igienico-sanitari e le forme di auto-cura. L’indagine su questi temi richiama sullo sfondo la circolazione delle conoscenze mediche in Europa e propone una riflessione sui rapporti tra popolazione ed expertise sanitarie e sulle contaminazioni tra diversi sistemi terapeutici.

La tematica della circolazione transnazionale delle conoscenze e dell’ibridismo tra saperi medici affiora anche dal saggio di Giorgio Ennas, che si propone di studiare il rapporto tra politiche sanitarie e processi di nazionalizzazione nei Balcani nel XIX secolo, osservando il ruolo giocato dalle pratiche di contrasto del rischio epidemico nella definizione delle frontiere nazionali e imperiali, attraverso l’esame dei documenti consolari di Cesare Durando, vice-console a Sarajevo e poi in Montenegro. Il contributo intreccia storia diplomatica e storia della sanità, inserendosi all’interno di una riflessione storiografica che si interroga sull’esperienza di cooperazione nella gestione delle epidemie tra oriente e occidente; una storiografia attenta al ruolo giocato dall’imperialismo europeo nella definizione di dispositivi internazionali di lotta contro le malattie infettive, attraverso processi di esternalizzazione della frontiera sanitaria dai confini dell’Europa ai focolai “orientali” delle affezioni⁵.

A partire dall’esame della documentazione a stampa conservata presso l’archivio storico dell’INPS, il saggio di Giorgio Lucaroni si concentra sulle politiche della lotta antitubercolare nell’Italia fascista, riservando particolari attenzioni alla campagna inaugurata dalla legge del 1927. L’autore, studiando e intrecciando più piani di analisi, riflette sulle forme di gestione sanitaria e sullo sviluppo delle politiche sociali fasciste dirette, in questo caso, al controllo non di emergenze epidemiche, ma di un’affezione che minaccia in modo cronico la salute della popolazione. Il saggio segue lo sviluppo del dibattito interno al campo medico, analizzando i concetti su cui si fonda l’azione fascista, attraverso una prospettiva che cerca di evidenziare le discontinuità

5 Cfr. P. Zylberman, *Civilizing the State: Borders, Weak States and International Health in Modern Europe*, in *Medicine at the Border...*, cit. pp. 21-40; S. Chiffoleau, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d’Orient à l’OMS*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.

e, soprattutto, le continuità che intercorrono nella rappresentazione della malattia tra Italia del primo dopoguerra e regime fascista.

La sezione “Rubriche” segue invece un ordine di tipo concettuale. Anzitutto, sono stati ospitati tre contributi di taglio storiografico. Donatella Lippi, in un’intervista da noi curata, ripercorre il ruolo della storia della medicina in Italia. Se all’estero, soprattutto a partire dagli anni Settanta, la disciplina ha conosciuto un profondo rinnovamento grazie alla contaminazione con la storia della scienza e, progressivamente, con altre branche storiografiche, in Italia queste potenzialità interdisciplinari restano in gran parte inesprese, mentre tendono ancora a prevalere analisi settoriali, in cui lo stesso dialogo tra prospettive storiografiche e prospettive mediche fa fatica ad affermarsi.

Il secondo contributo presenta la trascrizione dell’incontro tra Roberto Bianchi, Alessandro Casellato e Giovanni Contini, invitati a discutere sulla memoria dell’influenza “spagnola”. Attraverso la riflessione sulle possibili cause che hanno determinato la sostanziale assenza della grande pandemia del Novecento nella memoria pubblica e nella ricerca storiografica, gli studiosi coinvolti – coordinati dai curatori di questo numero – riflettono su come la presente emergenza pandemica abbia trasformato i modi in cui la nostra società – e, dunque, anche noi, in quanto storici ma, altresì, cittadini – si rapporta con le malattie attuali e del passato.

Nel terzo contributo gli storici Pietro Causarano, Gilda Zazzara, Bruno Ziglioli, nel corso di un dibattito curato da Stefano Bartolini, si soffermano sul rapporto tra malattia, ambiente e sviluppo industriale nell’età contemporanea, sottolineando la necessità di un approccio integrato tra prospettive della storia del lavoro, storia dell’ambiente e storia dei saperi scientifici e tecnici. La discussione si concentra sulla rottura introdotta dalla società industriale sul piano della gestione della salute dei lavoratori, trasformata in una questione economicamente solvibile e sacrificabile in nome del progresso industriale; si interroga sulla relazione tra movimento operaio e “réflexivité environnementale”⁶, sulla cesura rappresentata dagli anni Settanta nella percezione dei rischi industriali e ambientali e infine sull’impatto esercitato, su territorio e salute, dalle trasformazioni conosciute dai modelli di produzione negli ultimi decenni.

Le successive rubriche, di cui si compone il numero, presentano invece i risultati iniziali di ricerche ed esperienze di lavoro condotte in vari campi, dalla storia della sanità alla Public History. Nella rubrica *Rassegna tematica*, Giancarlo Cerasoli mostra come le tavolette votive possono rivelarsi utili documenti per indagare e conoscere le pratiche sanitarie diffuse nei contesti popolari e la storia della mentalità dei ceti popolari verso le malattie di natura infettiva, chiarendo le occasioni della grazia ricevuta, le motivazioni e gli stati d’animo di chi faceva il voto e la percezione individuale e comunitaria del pericolo determinato dal morbo. Grazie all’adozione di una prospettiva

6 Cfr. J.-B. Fressoz, *L’apocalypse joyeuse: Une histoire du risque technologique*, Paris, Éditions du Seuil, 2012.

di lungo periodo (dal XIV secolo al presente), l'autore pone in luce le discontinuità e le continuità nei modi in cui la popolazione si rapporta con l'esperienza della malattia.

Il contributo di Ugo Pavan Dalla Torre affronta, a sua volta, il tema della tubercolosi e della follia di guerra in Italia, osservandolo attraverso le fonti dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG). Il contributo mette in evidenza i processi di stigmatizzazione che connotano l'esperienza di queste due malattie nell'Italia del primo dopoguerra, richiamando le discussioni attorno alla definizione di "invalidità" sorte in campo medico e nel contesto reducistico nel primo dopoguerra ed evidenziando la contrapposizione tra chi riconosce l'invalidità solo a chi è portatore di una menomazione fisica "visibile" e tra chi la ritiene legata anche ad affezioni croniche debilitanti, come la tubercolosi.

Maria Elena Cantilena, presentando i primi risultati della sua ricerca, esamina il dibattito sulle politiche di riduzione del danno sviluppatosi in Italia negli anni Ottanta e Novanta, mostrando come la diffusione dell'Aids abbia influenzato la formulazione delle risposte governative al crescente fenomeno della tossicodipendenza, fino all'approvazione di nuovi provvedimenti legislativi durante gli anni Novanta.

Chiude il numero l'articolo di Irene Bolzon, presentando il progetto "Istantanee dal presente. Testimoni al tempo del Covid-19", curato dal "MeVe-Memoriale Veneto della Grande Guerra". L'iniziativa costituisce un interessante esempio di Public History svolta durante l'emergenza sanitaria, sia per la sua metodologia innovativa – con il coinvolgimento attivo del pubblico nella costruzione di conoscenze storiche –, sia per la sua capacità di cogliere e far emergere i processi di costruzione e sedimentazione della memoria, a livello individuale e collettivo. Inoltre, il progetto induce inevitabilmente ad almeno due riflessioni di carattere più generale. Anzitutto, porta a ribadire che gli storici non esauriscono il loro ruolo nell'indagare e nel ricostruire il passato, ma rivestono anche un'utile funzione pubblica, fornendo gli strumenti conoscitivi attraverso cui facilitare la comprensione del presente. Secondariamente, il contributo, così come il numero, porta a interrogarsi sul rapporto che intercorre tra presente e passato all'interno della ricerca storica. L'esperienza dell'emergenza sanitaria ha ricordato a noi storici – una volta di più, se necessario – che sebbene la disciplina storica studi gli eventi passati, è il presente a stimolare nuovi interrogativi da porre al passato e a fornire nuove chiavi di lettura per analizzare la storia⁷.

⁷ Si tratta di questioni ampiamente sviluppate all'interno della riflessione storiografica. Interrogandosi sulle relazioni che intercorrono tra passato e presente, Marc Bloch affermò che la storia non serviva esclusivamente a «comprendere il presente mediante il passato», ma anche a «comprendere il passato mediante il presente». Si potrebbe poi fare riferimento alle parole di Benedetto Croce che, ribadendo la stretta connessione tra passato e presente, sosteneva che «ogni storia» è «storia contemporanea, perché, per remoti e remotissimi che sembrino cronologicamente i fatti che vi entrano, essa è, in realtà, storia sempre riferita al bisogno e alla situazione presente, nella quale quei fatti propagano le loro vibrazioni». M. Bloch, *Apologia della storia o Mestiere di storico*, Torino, Einaudi, 1969, pp. 50-54; B. Croce, *La storia come pensiero e come azione*, Bari, Laterza, (1938), 1970, p. 11.

Bibliografia

- Bashford Alison, *'The Age of Universal Contagion': History, Disease and Globalization*, in Bashford Alison (a cura di), *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, London, Palgrave MacMillan, 2014.
- Bloch Marc, *Apologia della storia o Mestiere di storico*, Torino, Einaudi, 1969.
- Chiffolleau Sylvia, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.
- Croce Benedetto, *La storia come pensiero e come azione*, Bari, Laterza, (1938), 1970.
- Fressoz Jean-Baptiste, *L'apocalypse joyeuse: Une histoire du risque technologique*, Paris, Éditions du Seuil, 2012.
- Harrison Mark, *Disease and world history from 1750*, in McNeill John R., Pomeranz Kenneth (a cura di), *The Cambridge World History. Vol. VII: Production, Destruction and Connection, 1750-Present. Part I: Structures, Spaces and Boundary Making*, Cambridge, Cambridge University Press, 2015.
- Le Roy Ladurie Emmanuel, *Un concept. L'unification microbienne du monde (XVIe-XVIIe siècles)*, in «Revue Suisse d'Histoire», Vol. 23, 4, (1973).
- Rasmussen Anne, *L'hygiène en congrès (1852-1912): circulation et configurations internationales*, in Bourdelais Patrice (a cura di), *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII-XXe siècles)*, Paris, Éditions Belin, 2001.
- Zylberman Patrick, *Civilizing the State: Borders, Weak States and International Health in Modern Europe*, in Bashford Alison (a cura di), *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, London, Palgrave MacMillan, 2014.

Saggi

La medicina come scienza popolare. Il caso della letteratura medica domestica nell'Italia dell'Ottocento

DI

PAOLA PANCIROLI

Abstract

La letteratura medica domestica, nata in epoca illuministica nel campo della medicina regolare, intendeva promuovere una vasta educazione sanitaria e supportare le famiglie con forme di autocura in assenza del medico. Questo genere letterario divenne, nel corso dell'Ottocento, un tratto peculiare dell'omeopatia, che attraverso scritti divulgativi, si fece promotrice non solamente di una diversa terapeutica, ma anche di conoscenze medico-sanitarie condivise con la medicina ortodossa.

Parole chiave: medicina domestica, omeopatia, automedicazione, divulgazione medica, eclettismo

Medical domestic literature was born during the Enlightenment in the field of regular medicine. It aimed to promote a wide health education and support families with self-care in the absence of a readily available physician. During the 19th Century, this literary genre became characteristic of homeopathy, which, through popular writings, spread a different therapeutics, but also health and medical knowledge shared with orthodox medicine.

Keywords: domestic medicine, homeopathy, self-medication, medical popularization, eclecticism

Introduzione

I confini tra medicina ortodossa e medicine eterodosse sono stati storicamente flessibili e frutto di costruzioni sociali¹. In particolare, fra Sette e Ottocento, i rapporti tra i diversi sistemi medici non erano nettamente definiti. La tendenza all'eclettismo era evidente negli scritti popolari di medicina che, pur riflettendo la varietà delle dottrine in circolazione, spesso distorcevano l'insegnamento originario, ricorrendo a un linguaggio semplificato, a un'enfasi sulla prassi e a un'attitudine alla contaminazione².

Il presente saggio si propone di riflettere sulla complessa e sfaccettata relazione tra medicina regolare e medicine irregolari, per mezzo di un'analisi della letteratura medica domestica sviluppatasi nell'Italia dell'Ottocento. Questo genere letterario, inaugurato dall'opera di William Buchan *Domestic Medicine* (1769), incarnava lo spirito illuministico di diffusione del sapere, con lo scopo di rendere autonome le famiglie nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. Inoltre, in una società costantemente minacciata da malattie ed epidemie, esso forniva una risposta all'assenza di adeguati servizi medico-sanitari³.

La letteratura medica domestica, nata nel campo della cosiddetta medicina regolare, divenne ben presto un tratto peculiare dell'omeopatia, fondata da Samuel Hahnemann (1755-1843) a cavallo tra Settecento e Ottocento e giunta a Napoli nel 1821. In Italia, infatti, nel corso del XIX secolo vennero pubblicati decine di testi di medicina domestica omeopatica accanto a opuscoli, prontuari fai da te e istruzioni popolari di indirizzo ortodosso.

Attraverso un'indagine delle relative fonti a stampa⁴, questo saggio intende fornire una prima ricostruzione storica dei rapporti tra testi di medicina domestica omeopatica e testi di medicina domestica di indirizzo ortodosso, tanto in termini di conflitto, quanto in termini di integrazione. Ne emergerà che i testi di medicina domestica omeopatica, pur essendo prioritariamente finalizzati alla promozione di una terapeutica del tutto differente e in contrapposizione con quella tradizionale, si fecero veicolo, tra le classi medio-alte, di conoscenze medico-sanitarie condivise con la medicina regolare.

1 Cfr. *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*, a cura di W. F. Bynum, R. Porter, London, Routledge, 1987, pp. 1-4. I termini medicina ortodossa e medicina regolare vengono qui utilizzati come sinonimi per indicare la tradizione medica di derivazione galenica.

2 Cfr. C. J. Lawrence, *William Buchan: Medicine Laid Open*, in «Medical History», 19, (1975), p. 20.

3 Vedi *The Popularization of Medicine 1650-1850*, a cura di R. Porter, London and New York, Routledge, 1992, pp. 1-16.; C.E. Rosenberg, *Medical Text and Social Context: Explaining William Buchan's "Domestic Medicine"*, in «Bulletin of the History of Medicine», 1, (1983), pp. 22-42.

4 Per le fonti a stampa relative alla storia dell'omeopatia in Italia si è fatto riferimento a A. Negro, F. E. Negro, *Bibliografia omeopatica italiana, 1822-1914*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

Lay Medicine open: la nascita di un nuovo genere divulgativo

Il fenomeno dell'accesso a informazioni medico-sanitarie da parte di un pubblico di inesperti non può essere circoscritto alla seconda metà del Novecento, per quanto in questo periodo abbia raggiunto livelli inaspettati grazie all'enorme sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa. Fin dalla nascita della stampa, infatti, si diffusero testi a carattere divulgativo dedicati alla medicina e alla terapeutica. Nonostante affondi le proprie radici in un passato lontano, il tema della divulgazione medica acquisì caratteri più definiti a partire dalla metà del XVIII secolo, in concomitanza con istanze illuministiche relative alla promozione del sapere, e in risposta all'assenza di adeguati servizi medico-sanitari, per mezzo dell'autocura⁵. All'interno della letteratura divulgativa il genere della medicina domestica assunse rilievo proprio in quest'epoca.

Ad inaugurarlo fu William Buchan (1729-1805) nel 1769, con la pubblicazione di una guida alla salute dal titolo *Domestic Medicine*, che avrebbe goduto di enorme popolarità. Rispetto alla tradizione medica divulgativa, l'opera di Buchan segnava una svolta, preceduta solamente dall'*Avis au peuple sur sa santé* (1761) di Samuel-August Tissot (1728-1797)⁶, a cui si ispirava.

Fino alla metà del Settecento, infatti, le opere popolari di medicina rientravano in due categorie principali⁷. Da un lato, esistevano testi a metà via tra il trattato morale e lo scritto medico, dedicati allo stile di vita e alla conservazione della salute. Rivolti a un pubblico istruito, fornivano poche informazioni sulle malattie e sulla terapeutica. In questa categoria rientravano, tra i testi più letti, *An Essay of Health and Long Life* di George Cheyne (1671-1743) e *Come vivere cent'anni. Discorso della vita sobria* di Luigi Cornaro (1484-1566). Un'altra categoria di manuali, caratterizzata invece da un approccio più pragmatico, era rappresentata dai ricettari contenenti liste di medicinali per uso domestico, come *Primitive Physick* di John Wesley (1703-1791).

L'opera di Buchan si distingueva da entrambe le tipologie, grazie a un duplice approccio, teorico e pratico. Essa si presentava come un manuale dedicato alla salute e alla sua conservazione, caratterizzato dalla descrizione di varie malattie, dei loro sintomi, cause e trattamento. Un'attenzione particolare veniva riservata ai fanciulli e alle professioni, categorie divenute oggetto di una nuova riflessione fiorita in epoca

5 Vedi *The Popularization of Medicine 1650-1850...*, cit. pp. 1-17.

6 Vedi C. J. Lawrence, *William Buchan: Medicine Laid Open...*, cit. pp. 20-35; C. E. Rosenberg, *Medical Text and Social Context: Explaining William Buchan's "Domestic Medicine"...*, cit. pp. 22-42; P. Singy, *The Popularization of Medicine in the Eighteenth Century: Writing, Reading, and Rewriting Samuel Auguste Tissot's Avis au peuple sur sa santé*, in «The Journal of Modern History», 82, (2010), pp. 769-780.

7 Cfr. C. E. Rosenberg, *Medical Text and Social Context: Explaining William Buchan's "Domestic Medicine"...*, cit. pp. 23-24.

illuministica⁸. Erano presenti osservazioni dettagliate sullo stile di vita, che trovavano il proprio fondamento nella dottrina galenica dei sei non-naturali: ambiente, alimentazione, attività fisica, sonno, evacuazioni e passioni⁹. Rispetto alla tradizione, tuttavia, il discorso di Buchan ampliava il tema della salute e dell'igiene dal piano individuale a quello sociale, anticipando un'attenzione per la sanità pubblica che avrebbe segnato il corso del XIX secolo¹⁰. Il testo conteneva anche numerose ricette per composizioni medicinali. A differenza del progetto di Tissot, Buchan aveva incluso nell'opera due elementi innovativi: le malattie croniche e la medicina profilattica¹¹.

Il genere della letteratura medica domestica nasceva quindi, in pieno Illuminismo, per formare le famiglie su nozioni mediche, igieniche e su un corretto stile di vita, favorendo la diffusione del sapere contro l'ignoranza, la superstizione e la ciarlataneria.

«Noi non abbiamo in animo di dare ad intendere che tutti gli uomini dovrebbero farsi medici. [...] Tutto ciò che vogliamo dire si è che gli uomini di buon senso ed addottrinati dovrebbero istruirsi dei principi generali della Medicina, acciocché ciascuno nella sua situazione potesse ritrarne gli vantaggi, ch'ella è capace di procurare, e potesse nel tempo stesso imparare a preservarsi dagli effetti distruggitori dell'ignoranza [...]»¹².

Rendere la medicina una scienza popolare avrebbe favorito il suo progresso. A tale scopo, Buchan dichiarava di aver adottato uno stile divulgativo, unendo chiarezza e utilità, per essere compreso da tutti gli uomini¹³.

Il compito di esprimersi comprensibilmente spettava comunque ad ogni medico. Una comunicazione chiara, che favorisse la formazione di profani rispetto a nozioni basilari di medicina, diveniva un elemento cardine per promuovere il benessere generale e il progresso della stessa scienza medica¹⁴.

Le intenzioni dell'autore erano anche eminentemente pratiche: incrementare la prevenzione delle malattie per mezzo di una maggiore consapevolezza e rendere autonome le famiglie nella diagnosi e nella cura, in supporto a un eventuale intervento medico.

8 Vedi P. Ariès, *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*, New York, Knopf, 1962; F. Carnevale, *La "fortuna" immediata e di lunga durata del De morbis artificum diatriba (1700-1713) di Bernardo Ramazzini*, in «Medicina nei Secoli», 2, (2011), pp. 385-410.

9 Questa dottrina, alla base di una visione onnicomprensiva della salute, divenne oggetto di una rinnovata attenzione e rielaborazione nel corso del Settecento, in concomitanza con lo sviluppo di un nuovo movimento per la promozione della salute pubblica, anche per mezzo dell'educazione. Cfr. C. J. Lawrence, *William Buchan: Medicine Laid Open...*, cit. pp. 25-26.

10 Cfr. *Ibidem*.

11 Cfr. W. Buchan, *Medicina domestica o sia Trattato completo di mezzi semplici per conservarsi in salute impedire e risanare le malattie*, Tomo I, Padova, Stamperia del Seminario, 1789, pp. XLIV-XLV.

12 Ivi, p. LI.

13 Cfr. Ivi, pp. XLV-XVII.

14 Cfr. Ivi, p. XLVI.

«La guarigione de' mali è senza dubbio una materia di grande importanza; ma i mezzi di conservare la salute e prevenire le malattie sono d'una importanza ancora maggiore. Questo ultimo oggetto riguarda tutti gli uomini; e certamente tutto ciò che vi ha rapporto deve essere esposto più chiaramente e il più semplicemente che sia possibile»¹⁵.

Nella sua opera Buchan si confrontava con le possibili critiche rivolte verso la divulgazione della medicina a un vasto pubblico di non esperti: «Si dirà, io lo so, che la Medicina sparsa una volta tra il popolo lo porterà a praticare egli stesso codesta scienza, e a confidarsi nei suoi propri lumi in vece di chiamare un Medico»¹⁶.

Secondo l'opinione dell'autore, invece, togliere ogni manto di segretezza alla medicina e diffonderne una conoscenza basilare tra la popolazione, avrebbero incrementato la fiducia degli uomini verso questa scienza, riducendo il numero di ciarlatani in circolazione¹⁷. L'intento di Buchan era perciò definire i confini della professione medica, distinguendo medici formati da competitori laici e fornendo alle famiglie strumenti per fare lo stesso¹⁸.

«Ora la via più corta, onde liberare un'Arte o una Scienza dalla ciurmeria, è di seminarne i precetti nel Pubblico»¹⁹.

Trasparenza e pubblicità divenivano criteri fondamentali per distinguere un medico da un impostore: «Scrivano i Medici le loro ordinazioni nella lingua comune al paese [...]; spieghino le loro intenzioni ai malati [...]. Si fatta condotta [...] porterà [il Pubblico] ad avere una fidanza assoluta nel suo Medico, e gli farà temere e detestare colui, che oserà proporgli un rimedio secreto»²⁰.

L'opera di Buchan ottenne un successo enorme: la versione inglese superò ampiamente le cento edizioni, alle quali si aggiunsero le traduzioni in altre lingue.

I temi della divulgazione e della formazione di un pubblico di profani, come elementi storicamente significativi dell'impresa medica, non riguardarono esclusivamente la cosiddetta medicina regolare, ma anche movimenti non convenzionali come l'omeopatia²¹. Nel corso del XIX secolo, infatti, i testi di medicina domestica omeopatica divennero strumento fondamentale di diffusione del nuovo sistema terapeutico tra la popolazione,

15 Ivi, p. LX.

16 Ivi, p. LXI.

17 Cfr. Ivi, p. LVII.

18 Cfr. C. E. Rosenberg, *Medical Text and Social Context: Explaining William Buchan's "Domestic Medicine"...*, cit. pp. 27-28.

19 W. Buchan, *Medicina domestica...*, cit. p. LVIII.

20 *Ibidem*.

21 Sui rapporti tra medicina regolare e medicine irregolari vedi *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*, a cura di W. F. Bynum, R. Porter, London, Routledge, 1987. Per quanto riguarda più nello specifico la letteratura medica domestica di indirizzo omeopatico vedi J. Willfahrt, *Homöopathische Hausarztliteratur des 19. Jahrhunderts als Anleitung zur Selbstmedikation. Teil I: Zur Geschichte des Literaturtyps*, in «Zeitschrift für Klassische Homöopathie», 3, (1991), pp. 114-121; M. Baschin, *Die Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie*, in «Quellen und Studien zur Homöopathieggeschichte», Band 17, Essen, KVC Verlag, 2012, pp. 102-139.

conservando d'altra parte un'importante attenzione verso temi tipici della tradizione medica. Il desiderio di formare una popolazione di non esperti e di supportarla nella cura, insieme al timore di mettere a repentaglio l'autorevolezza della professione medica, univano medici regolari e irregolari, al di là delle differenti convinzioni scientifiche.

Dresda, 1810: la fondazione dell'omeopatia

A cavallo tra Sette e Ottocento, in un panorama medico-scientifico caratterizzato da teorie e sistemi differenti²², Samuel Hahnemann fondò l'omeopatia. La sua formazione avvenne sotto l'influsso di diverse correnti culturali, tra cui l'Illuminismo e il Romanticismo²³. Fondamentali furono anche lo studio di svariati testi di chimica e l'influenza del dibattito tedesco, di derivazione kantiana, sulla necessità di una riforma della medicina e di una sua fondazione scientifica²⁴. Il medico sassone era profondamente insoddisfatto delle capacità curative della medicina e diresse la propria attenzione sul tema spinoso delle terapie, alla ricerca di risposte adeguate. Nonostante i progressi nei campi della patologia, dell'anatomia e della clinica, la maggior parte dei rimedi utilizzati era ancora riconducibile a un misto di empirismo, tradizione galenica, polifarmacia e pratiche estremamente invasive, oltreché dannose²⁵. Sebbene ai medici dell'epoca non mancasse la consapevolezza della scarsa efficacia delle terapie a disposizione²⁶, i tempi non erano ancora maturi per una svolta in campo farmacologico: non vi era nulla che potesse adeguatamente sostituire salassi, purganti e vomitivi. Determinanti per la fondazione del sistema omeopatico furono, nel 1790, la traduzione della *Materia Medica* di William Cullen (1710-1790) e l'esperimento condotto sulla china, per indagarne le proprietà antifebbrili. A partire dai risultati di quest'ultimo, Hahnemann dedusse il principio del *similia similibus curantur* (il simile

22 Tra le principali correnti mediche del XVIII secolo si possono ricordare meccanicismo e vitalismo, a cui si aggiungevano i sostenitori di una patologia monista (per es. John Brown) e pluralista (per es. Giambattista Morgagni). Vedi M. Grmek, *Il concetto di malattia*, in *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 2. *Dal Rinascimento all'Ottocento*, a cura di M. Grmek, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 259-289; R. Rey, *L'anima, il corpo e il vivente*, in *Storia del pensiero medico occidentale...*, cit. pp. 196-197; G. B. Risse, *La sintesi fra anatomia e clinica*, in *Storia del pensiero medico occidentale...*, cit. pp. 291-334; G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2005.

23 Sulla formazione di Hahnemann vedi R. Heahl, *Samuel Hahnemann. His Life and Work*, London, Homeopathic Publishing Company, 1922; R. Jütte, *Samuel Hahnemann. The Founder of Homeopathy*, Stuttgart, Institute for the History of Medicine of the Robert Bosch Foundation, 2012; A. Kuzniar, *The Birth of Homeopathy out of the Spirit of Romanticism*, Toronto, University of Toronto Press, 2017.

24 Sul dibattito tedesco vedi G. B. Risse, *Kant, Schelling, and the Early Search for a Philosophical "Science" of Medicine in Germany*, in «Journal of the History of Medicine», 2, (1972), pp. 145-158; Id., «Philosophical" Medicine in Nineteenth Century Germany: An Episode in the Relations between Philosophy and Medicine», in «Journal of Medicine and Philosophy», 1, (1976), pp. 72-92.

25 Vedi R. Porter, *Strategie terapeutiche*, in *Storia del pensiero medico occidentale...*, cit. pp. 335-380.

26 Ne è un esempio la nascita del nichilismo terapeutico, fondato da Josef Škoda (1805-1881).

si cura con il simile), secondo il quale per curare un paziente occorre somministrargli una sostanza in grado di provocare sintomi simili. Il secondo principio fondamentale introdotto da Hahnemann era quello delle dosi infinitesimali. Nel corso del tempo il medico tedesco ridusse progressivamente i dosaggi, introducendo le cosiddette diluizioni centesimali e, negli ultimi anni della sua vita, quelle cinquantamillesimali. I fondamenti della medicina omeopatica vennero compiutamente espressi nell'*Organon della medicina razionale*, pubblicato a Dresda nel 1810. Ad esso seguì la *Materia medica pura* (1811-1821), in cui Hahnemann raccolse i risultati dei suoi *provings*, ovvero degli esperimenti condotti su individui sani, per studiare e registrare gli effetti provocati da diverse sostanze.

I principi della medicina omeopatica possono essere compresi solo alla luce della concezione vitalistica abbracciata dal medico tedesco²⁷. Hahnemann credeva che l'organismo fosse governato da una forza vitale, immateriale e dinamica, responsabile delle funzioni regolatorie, dell'autoconservazione, della sensibilità e della motilità. Tuttavia, più che essere descritta in termini fisico-fisiologici come proprietà della materia, essa appariva come un'entità immateriale che abita l'organismo e lo vivifica²⁸. La sua natura dinamica veniva chiarita nei termini di capacità di azione senza un supporto materiale. In questo senso, Hahnemann la paragonava al magnetismo o all'attrazione gravitazionale²⁹. Egli riteneva che la salute consistesse nell'equilibrio della forza vitale e la malattia in una sua perturbazione. Rifiutava in modo risoluto modelli esplicativi di tipo meccanicistico e materialistico, affermando che: «le malattie [...] non sono alterazioni meccaniche o chimiche della materia dell'organismo e [...] non dipendono da un agente patogeno materiale, ma [...] sono soltanto una perturbazione spirituale e dinamica della vita»³⁰.

La perturbazione della forza vitale trovava espressione nella sintomatologia del paziente, a partire dalla quale l'omeopata era in grado di individuare la corretta sostanza curativa, mediante un confronto tra i sintomi psico-fisici del malato e il contenuto della *Materia Medica*. In questa prospettiva, inoltre, ogni paziente appariva unico, così come il suo disturbo. Hahnemann rigettava la tradizionale nosologia con la sola eccezione delle malattie epidemiche (vaiolo, scarlattina, colera ecc.), riconducibili a caratteri comuni e costanti³¹.

27 Sui legami tra omeopatia e vitalismo vedi P. Pinet, *Homéopathie et philosophie*, in «Revue d'Histoire de la Pharmacie», 351, (2006), pp. 349-367; M. Teut, *Homeopathy between Vital Force and Self-Organization*, in «Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde», 3, (2001), pp. 162-167; A. Kuzniar, *The Birth of Homeopathy out of the Spirit of Romanticism...* cit.

28 Cfr. A. Bellelli, *La costruzione dell'omeopatia*, Milano, Mondadori, 2010, pp. 7-9.

29 Cfr. S. Hahnemann, *Organon of the Healing Art*, London, J.M. Dent, 1921, aforisma 11, nota.

30 S. Hahnemann, *Organon...*, cit. aforisma 31, nota.

31 Cfr. Ivi, aforisma 100.

La terapia omeopatica, fondata sull'individualizzazione e sulla successiva diluizione e dinamizzazione del farmaco per mezzo dello scuotimento, aveva lo scopo d'intervenire sulla forza vitale, per ristabilirne l'equilibrio. Proprio per questo motivo la stessa sostanza curativa doveva assumere una forma dinamica e immateriale:

«[...] la forza dinamica degli agenti patogeni sull'uomo sano, come la forza dinamica dei medicamenti sul principio vitale per guarire il malato, va concepita non in modo materiale o meccanico, ma come si concepisce la forza di una calamita quando attrae un pezzo di ferro posto ad essa vicino. [...] Alla nostra epoca, celebre per persone molto colte e intelligenti, è proprio impossibile immaginare forze dinamiche come qualche cosa di immateriale, dato che giornalmente si osservano fenomeni che non si possono spiegare in altra maniera?»³²

L'omeopatia, una medicina popolare?

Il considerevole sviluppo dell'omeopatia nel corso dell'Ottocento fu favorito, tra le altre cose, dal largo impiego di forme di automedicazione³³, promosse da manuali domestici, guide e opuscoli. Le basi dell'autocura come parte integrante della tradizione omeopatica possono essere rintracciate nei presupposti teorici e pratici del nuovo sistema terapeutico.

All'interno dell'*Organon* Hahnemann prevedeva la partecipazione attiva e consapevole del paziente, al quale veniva attribuita una responsabilità significativa nel percorso e nella riuscita del trattamento³⁴.

Nell'introduzione alla sua opera principale, il medico tedesco condannava le pratiche terapeutiche esistenti ed esigeva un'adesione completa al proprio sistema, accompagnata preferibilmente dalla lettura dell'*Organon*³⁵. Ai pazienti veniva quindi richiesta una fiducia consapevole nelle capacità curative dell'omeopatia e un impegno attivo nel seguire le prescrizioni del medico, che fossero di tipo farmacologico o relative più in generale allo stile di vita.

La partecipazione del paziente emergeva, inoltre, dagli aforismi dell'*Organon* dedicati alla registrazione dei sintomi³⁶. Hahnemann, infatti, domandava al malato

³² Ivi, aforisma 11, nota.

³³ Cfr. M. Dinges, *Introduction: Patients in the History of Homeopathy*, in *Patients in the History of Homeopathy*, a cura di M. Dinges, Sheffield, EAHMH, 2002, p. 9.

³⁴ Vedi M. Dinges, *Introduction: Patients in the History of Homeopathy*, in *Patients in the History of Homeopathy...*, cit. pp. 1-32.

³⁵ Cfr. Ivi, p. 4.

³⁶ Vedi S. Hahnemann, *Organon...*, cit. aforismi 84-104.

un'attenta autosservazione. La registrazione dei sintomi, mediata dalle parole del paziente, era di vitale importanza per consentire al medico di individuare il corretto rimedio da somministrargli, sulla base del principio di similitudine. La soggettività del malato, nella sua dimensione psico-fisica, risultava quindi preponderante nella relazione di cura. La descrizione dei sintomi era di carattere qualitativo e individualizzato più che quantitativo e classificatorio. Le tradizionali conoscenze specialistiche di carattere nosologico e patologico non erano considerate importanti ai fini della cura. Quest'aspetto rendeva l'omeopatia apparentemente facile agli occhi di un pubblico di inesperti. In realtà, per praticarla occorreva una conoscenza approfondita della *Materia Medica*, così da essere in grado di porre in relazione i sintomi, diversi in ogni momento e per ogni persona, con il corretto rimedio³⁷.

Per quanto riguarda la pratica clinica, Hahnemann rifiutava, tranne in circostanze eccezionali, di visitare i pazienti presso la loro abitazione. Così, nel caso specifico di persone provenienti da città o Paesi geograficamente distanti, la relazione di cura assumeva la forma del rapporto epistolare, con un coinvolgimento ancora più attivo del malato³⁸. Per quanto, quindi, l'obiettivo di Hahnemann non fosse quello di sviluppare un sistema medico indirizzato verso l'automedicazione, già nel corso della sua vita alcuni pazienti iniziarono ad utilizzare preparazioni speciali in tinture o in globuli per curare autonomamente i propri disturbi. Un aspetto favorito dall'apparente facilità di comprensione dell'omeopatia rispetto ad altre pratiche mediche e dalla percezione di una sua innocuità rispetto ai mezzi eroici della medicina tradizionale³⁹.

Infine, la possibilità di autocura rispondeva a un'esigenza pratica: consentire a un numero di pazienti sempre crescente di ricorrere al nuovo sistema terapeutico, di fronte a una quantità di medici omeopati piuttosto limitata⁴⁰. Così, i primi testi popolari di omeopatia nacquero in Germania con l'intento di assistere i profani provenienti da classi sociali medio-alte, come élite rurali e borghesia. Ben presto, però, trovarono ampia diffusione in altri Paesi europei ed extraeuropei, come Italia, Francia, Inghilterra e Stati Uniti, sia per mezzo di traduzioni sia per mezzo di produzioni letterarie nazionali⁴¹.

37 Cfr. M. Baschin, *Die Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie...*, cit. pp. 47-49.

38 Cfr. M. Dinges, *Introduction: Patients in the History of Homeopathy*, in *Patients in the History of Homeopathy...*, cit. pp. 5-6; vedi anche M. Stolberg, *The Experience of Illness and the Doctor-Patient Relationship in Samuel Hahnemann's Patient Correspondence*, in *Patients in the History of Homeopathy...*, cit. pp. 65-84.

39 Cfr. M. Baschin, *Die Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie...*, cit. pp. 52-53; M. Dinges, *Introduction: Patients in the History of Homeopathy...*, cit. p. 9; P. A. Nicholls, *Class, Status and Gender: Toward a Sociology of the Homeopathic Patient in Nineteenth Century Britain*, in *Patients in the History of Homeopathy...*, cit. pp. 151-152.

40 Cfr. M. Baschin, *Die Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie...*, cit. pp. 76-77.

41 A questo proposito si possono citare le traduzioni in francese, spagnolo e italiano del manuale di medicina domestica di Costantine Hering, omeopata statunitense. Non mancarono inoltre produzioni letterarie nazionali: ne sono un esempio gli scritti francesi di Gérard-Joseph-Marie Bigel e quelli inglesi di Joseph Laurie.

Particolarmente colpita dalla scarsità di servizi medico-sanitari era la popolazione rurale⁴². Al tempo stesso però, gli scritti divulgativi rispondevano alle esigenze delle donne borghesi, responsabili della salute familiare, di ridurre i costi dell'assistenza medica per mezzo dell'automedicazione⁴³.

Fra i mezzi di promozione dell'omeopatia tra i profani, la letteratura medica domestica assunse un ruolo centrale. Il prototipo di questo genere letterario era rappresentato dall'opera di Carl Gottlob Caspari (1798-1828), pubblicata nel 1826, con il titolo *Homöopathischer Haus-und Reisearzt* [Il medico omeopata di casa e di viaggio]. Il sottotitolo recitava: «Ein unentbehrliches Hülfsbuch für Jedermann, insbesondere für alle Hausväter, welche auf dem Lande, entfernt von ärztlicher Hülfe, wohnen, um sich dadurch ohne dieselbe in schnellen Krankheitsfällen selbst helfen zu können»⁴⁴. Poiché l'intenzione era supportare le famiglie nella cura in assenza di medici e farmacie, la guida presentava indicazioni sulla preparazione omeopatica di alcuni rimedi, preceduta da un'introduzione all'omeopatia e alle principali malattie in ordine alfabetico.

Il caso italiano: la letteratura medica domestica tra contaminazioni e contrapposizioni

Giunta a Napoli nel 1821 con le truppe austriache, chiamate da Ferdinando I a sedare alcune insurrezioni antiborboniche, l'omeopatia si guadagnò subito una posizione significativa nel variegato panorama delle medicine eterodosse⁴⁵. Il contesto italiano del tempo si caratterizzava, infatti, per la presenza di un vero e proprio pluralismo medico, contraddistinto da figure irregolari come bassochirurghi, mezzospeziali, empirici e ciarlatani, che venivano tollerati dietro un'apparente severità istituzionale. A forme irregolari di medicina ricorrevano ampie fasce sociali (dai contadini ai ceti più alti), spesso diffidenti e culturalmente distanti dalla classe medica⁴⁶. Tuttavia, a differenza di gran parte delle figure citate, gli omeopati erano generalmente medici di

42 Cfr. Ivi, p. 76.

43 Cfr. P. A. Nicholls, *Class, Status and Gender...*, cit. pp. 151-152.

44 «Un libro di aiuto indispensabile per chiunque, soprattutto per tutti i padri di famiglia che vivono in campagna, lontani dall'assistenza medica, per potersi aiutare in assenza di questa in caso di malattia rapida». Trad. dell'Autrice.

45 Sulla storia dell'omeopatia in Italia vedi A. Lodispoto, *Storia dell'omeopatia in Italia: storia antica di una terapia moderna*, Roma, Mediterranee, 1987; M. Chironna, *Medici o ciarlatani? L'omeopatia nel Regno delle due Sicilie. Dal 1822 al 1860*, Milano, FrancoAngeli, 2016; P. Pancioli, *200 anni di omeopatia. Storia di un equivoco?*, Roma, C1V, 2017.

46 Cfr. G. Cosmacini, *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Milano, Raffaello Cortina, 1998, pp. 173-175. Per una prospettiva sociologica sul pluralismo medico vedi E. Colombo, P. Rebughini, *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Roma, Carocci, 2006, pp. 13-48.

professione. Questa peculiare caratteristica, unita all'appoggio delle famiglie nobiliari, fece sì che l'omeopatia si dotasse ben presto di associazioni, istituzioni, accademie e periodici⁴⁷.

Le prime opere popolari ad essa dedicate comparvero negli anni Trenta, con un duplice intento: difendere la validità dell'omeopatia, promuoverne la conoscenza e assistere la popolazione durante la prima ondata epidemica di colera (1835-1837). Così, nel 1836 venne tradotta dal francese l'opera di Hoffmann, dal titolo *L'omiopatia esposta alle genti del mondo e confutazione delle obbiezioni che le muovono contro i suoi detrattori* e nel 1839 quella di Fleury, *L'omiopatia adattata all'intelligenza di ogni classe di persone*.

Entrambe si caratterizzavano per un'introduzione ai principi del nuovo sistema medico e per la difesa della sua superiorità sulla medicina tradizionale, rivendicata, tra le altre cose, per mezzo delle statistiche sulla cura del colera. Tra gli anni Trenta e Cinquanta non mancarono inoltre testi di medicina e istruzioni popolari indirizzate alla cura omeopatica del colera asiatico, in assenza del medico. Pur rigettando la terapeutica tradizionale e promuovendo una cura a base di canfora⁴⁸, non di rado condividevano con gli scritti di indirizzo ortodosso il sostegno, a scopo preventivo, a importanti misure igieniche⁴⁹.

Tuttavia, fu soprattutto a partire dalla metà del XIX secolo, in concomitanza con una vasta diffusione della nuova terapeutica nella Penisola e con una domanda crescente di assistenza medica⁵⁰, che aumentarono le pubblicazioni dedicate all'omeopatia come metodo di autocura. Si diffusero testi di medicina omeopatica domestica o di viaggio, esplicitamente rivolti alle famiglie, con l'intento di promuovere il nuovo sistema medico e al tempo stesso supportare le persone con nozioni basilari di medicina, igiene e terapeutica. Questi scritti, pur nella loro diversità, presentavano alcune caratteristiche comuni: un'introduzione contenente lo scopo del testo, una presentazione dei principi del nuovo sistema medico e delle ragioni della sua superiorità, indicazioni sulle principali malattie e su alcuni rimedi omeopatici. Le sezioni dedicate alle malattie e ai rimedi potevano essere più o meno approfondite. In molti casi, si

47 L'appoggio delle famiglie nobiliari fu centrale per la diffusione dell'omeopatia nella Penisola. Nel sud Italia, per esempio, determinante fu il sostegno di Ferdinando I (1816-1825) e di Francesco II (1825-1830); nello Stato pontificio quello di Papa Gregorio XVI (1831-1846); nel Lombardo Veneto quello del governatore Feld maresciallo Conte Radetzky (1849-1857). Vedi, a questo proposito, A. Lodispoto, *Storia dell'omeopatia in Italia...*, cit.; M. Chironna, *Medici o ciarlatani?...*, cit.

48 Vedi S. Hahnemann, *Cure and Prevention of Asiatic Cholera*, in *The Lesser Writings of Samuel Hahnemann*, a cura di R. E. Dudgeon, New York, William Radde, 1852, pp. 753-756.

49 Vedi per esempio i consigli igienici presenti in F. Romani, *Su I preservativi omiopatici del colera indiano e su la disinfezione degli edifizii e de' mobili contagiati*, Napoli, Da Raffaele e Stefano e Socii, 1836; A. Chargé, *Cura omiopatica preservativa e curativa del colera. Istruzione popolare da servir di guida in mancanza del medico*, Napoli, Stamperia Strada Salvatore n. 41, 1854; P. Gatti, *Dei migliori mezzi di preservarsi dal Cholera Indico e di guarirlo soilupato senza bisogno del medico preceduti da fatti clinici ed esposti al popolo*, Genova, Lavagnino, 1855.

50 Cfr. M. Dinges, *Introduction: Patients in the History of Homeopathy*, in *Patients in the History of Homeopathy...*, cit. p. 10.

accompagnavano a capitoli sullo stile di vita (igiene, dieta, attività fisica ecc.). I testi di medicina domestica di indirizzo omeopatico, per quanto promuovessero, spesso in tono polemico, una diversa terapeutica, erano caratterizzati da un'evidente contaminazione, in termini di linguaggio e pensiero, con concetti della medicina tradizionale. Per esempio, adottavano una classificazione e un'eziologia semplificate delle malattie, allontanandosi dai precetti originari di Hahnemann. La complessa procedura di analisi dei sintomi e di confronto con la *Materia Medica* negli scritti divulgativi venivano meno. Non mancavano, inoltre, riferimenti alla teoria umorale, alla dottrina dei sei non-naturali o, secondo una sensibilità più ottocentesca, all'igiene pubblica e l'attenzione condivisa a particolari categorie come donne, fanciulli e specifiche professioni, con espliciti richiami all'opera di Bernardo Ramazzini (1633-1714), padre della medicina del lavoro⁵¹.

Tra i primi testi di questo genere venne pubblicato nel 1853 il *Manuale di omeopatia domestica* di Francesco Benedetti⁵², preceduto da *L'omiopatia in viaggio* (1846) di Cataldo Cavallaro. L'opera si presentava come «una guida, per la quale ogni uomo digiuno affatto di mediche discipline, possa sostituire ai volgari rimedii, noti solo per cieca tradizione, [...] un patrimonio di conoscenze su i farmaci omiopatici, così nelle comuni indisposizioni lievi, come nel primo apparire di alcuni morbi gravi, perché quelle sien curate senza aver uopo del medico, e questi prontamente vengano soccorsi pria che si abbia il tempo di affidarli all'uomo della scienza»⁵³.

Il manuale raccoglieva le principali malattie in ordine alfabetico, con indicazioni sulla sintomatologia, le cause e le cure omeopatiche. Sezioni specifiche erano dedicate ai fanciulli, alle donne e a problematiche come l'allattamento, la gravidanza, la dentizione e l'igiene. Quest'ultima veniva analizzata sotto diversi punti di vista: dall'igiene degli alimenti a quella del corpo, dalla pulizia degli ambienti a una corretta condotta e gestione delle proprie passioni. L'idea sottesa di una sorta di igiene dell'anima comportava una contaminazione degli scritti popolari di medicina con elementi di filosofia morale.

Non mancavano quindi osservazioni su tematiche tradizionali come i cosiddetti sei non-naturali e il sostegno alla vaccinazione antivaiolosa⁵⁴, sviluppata da Edward Jenner nel 1798.

Il duplice scopo di promuovere l'omeopatia come nuovo e più efficace sistema terapeutico e di supportare le famiglie in assenza del medico veniva esplicitato nella

51 Cfr. G. E. Mengozzi, *Medicina domestica omeopatica considerata siccome ramo di educazione*, Milano, G. De Maddalena e C., 1859, cit. p. 467.

52 L'opera venne ripubblicata nel 1857, con specifici approfondimenti sul colera.

53 F. Benedetti, *Manuale di omiopatia domestica*, Napoli, Strada Salvatore, 1853, cit. pp. V-VII.

54 Cfr. Ivi, pp. 132-133.

traduzione italiana, del 1854, del manuale di medicina omeopatica domestica di Constantine Hering, pioniere dell'omeopatia negli Stati Uniti. L'opera rappresentava uno strumento di diffusione e promozione del nuovo sistema terapeutico, un vademecum in assenza di medici nelle vicinanze, «una guida utile a chi si mette in viaggio ed alle famiglie che vanno a soggiornare in campagna, quando non vuoi ricorrere alle cure di medici che non si conoscono: si è certi in tal guisa di avere presso se un consigliere ed una spezieria»⁵⁵. Il manuale ricalcava l'impostazione tradizionale dei testi di medicina domestica, con un ordine alfabetico per le principali malattie, indicazioni su sintomi, cause e cure omeopatiche.

L'importanza di un'educazione medica rivolta a tutte le famiglie rappresentava lo scopo principale della *Medicina domestica omeopatica considerata siccome ramo di educazione*⁵⁶, pubblicata nel 1859 da Giuseppe Ettore Mengozzi. Secondo l'autore, l'educazione alla salute doveva costituire uno dei principali rami della formazione di entrambi i sessi, per garantire un benessere generale, allungare la vita, prevenire le malattie e assistere le famiglie nella cura⁵⁷. Oltre a adottare una nosologia semplificata condivisa con la medicina regolare, il testo presentava sezioni di anatomia, patologia e fisiologia con espliciti riferimenti alla dottrina galenica degli umori e dei temperamenti⁵⁸. Particolarmente approfondita era la sezione di igiene, suddivisa in generale, speciale (rivolta a donne incinte, balie, bambini, anziani e a specifiche professioni) e pubblica. Quest'ultima risentiva delle questioni emerse durante le prime ondate epidemiche di colera, che avevano falciato la Penisola nel 1835-37, nel 1849 e nel 1854-55. Non diversamente dai numerosi avvisi alla popolazione sul colera⁵⁹, venivano qui indicati precetti generali sulla pulizia degli ambienti, degli alimenti, delle persone. Venivano inoltre promossi la disinfezione, l'isolamento, l'areazione⁶⁰.

Anche il testo di Achille Uffreducci, dal titolo *Guida domestica di medicina omeopatica* (1865), presentava un'impostazione analoga, con un'introduzione al sistema omeopatico, richiami alla teoria umorale, indicazioni sull'igiene, e una classificazione dei disturbi secondo un ordine anatomico. Ancora una volta, donne e fanciulli ricevevano un'attenzione specifica.

Particolarmente proficuo nella pubblicazione di testi popolari di medicina ome-

55 C. Hering, *Medicina omeopatica domestica versione italiana del Dott. C. Hering*, Roma, Editore Pietro Capobianchi, 1854, cit. p. VII.

56 L'opera venne pubblicata in seconda edizione nel 1877 con il titolo *Enciclopedia medica in servizio della educazione d'ogni famiglia o sia medicina domestica omeopatica*.

57 Cfr. G. E. Mengozzi, *Medicina domestica omeopatica...*, cit. pp. 11-12.

58 Un analogo taglio enciclopedico è presente in F. Scioli, *L'omeopatia per la intelligenza di tutti o Il medico di casa*, Napoli, Stabilimento Tipografico Perrotti, 1880.

59 Vedi E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000.

60 Cfr. G. E. Mengozzi, *Medicina domestica omeopatica...*, cit. pp. 475-476.

opatica fu Camillo Liberali, autore di *Nozioni elementari di medicina omeopatica adattate all'intelligenza delle persone estranee alla medicina* (1853)⁶¹, *Piccolo manuale di Omeopatia domestica* (1855), *Trattato Elementare di Medicina Omeopatica per uso domestico, opera popolare* (1872), *Hygienic-medical hand-book for travellers in Italy* (1878).

Pubblicata nel 1871, la *Guida Omeopatica pel trattamento delle principali malattie* di Antonio Triulzi si rivolgeva «ai Capitani di lunga corsa marittima, a' perlustratori di lontane e sconosciute regioni, ed agli abitatori delle campagne, dove il più delle volte torna difficile il pronto soccorso del medico»⁶².

A fine secolo vennero inoltre pubblicate le guide di farmacia omeopatica di Giuseppe Bonino, primo presidente dell'Istituto Omeopatico Italiano, rivolte ai viaggiatori e alle madri di famiglia⁶³.

Conclusione

A partire dalla metà dell'Ottocento fino alla fine del secolo si susseguirono testi popolari di medicina omeopatica, sotto forma di saggi scorrevoli⁶⁴ o di enciclopedie finalizzate a fornire una vasta educazione sanitaria. Il modello adottato si inseriva nella tradizione divulgativa nata a fine Settecento nel campo della medicina regolare e fiorita in Italia nel corso del XIX secolo. Una tradizione contraddistinta da un'ampia produzione di opuscoli e prontuari fai da te, finalizzati a promuovere una scienza per tutti⁶⁵.

I testi di medicina domestica omeopatica si caratterizzavano per una forte vena polemica, volta a incentivare il nuovo sistema terapeutico contro il vecchio, renderne comprensibili i principi e mostrarne la superiorità, anche per mezzo di statistiche.

D'altra parte, questi scritti condividevano con la medicina regolare diversi scopi e contenuti. Innanzitutto li accomunava la volontà di diffondere un'ampia educazione medica e sanitaria tra le famiglie. Quest'aspirazione si scontrava con una percentuale di alfabetizzati che, nel periodo postunitario, si aggirava intorno al 20% della popolazione adulta, con importanti scarti tra Nord e Sud, città e zone rurali. Proprio per questo motivo in Italia ad interessarsi di letteratura divulgativa era, di fatto, un pubblico di élite⁶⁶.

61 L'opera venne ripubblicata in seconda edizione nel 1858 con il titolo di *Manuale elementare di medicina omeopatica, opera adatta all'intelligenza comune*. Successivamente nel 1864 venne pubblicata la terza edizione e nel 1865 la quarta.

62 A. Triulzi, *Guida Omeopatica pel trattamento delle principali malattie*, Genova, Tipografia di Gaetano Schenone, 1871, p. 4.

63 Vedi G. Bonino, *Guida della farmacia Omeopatica del viaggiatore*, 1885; Id., *Guida della farmacia Omeopatica per le madri di famiglia*, 1885; Id., *Guida della farmacia Omeopatica Universale*, 1890.

64 Esempio in questo senso è il *Trattatello pratico omeopatico ad uso delle famiglie*, Torino, Speirani e Tortone, 1857.

65 Cfr. P. Govoni, *Dalla scienza popolare alla divulgazione. Scienziati e pubblico in età liberale*, in *Storia d'Italia*. XXVI. *Scienze e cultura dell'Italia unita*, a cura di C. Pogliano, F. Cassata, Torino, Einaudi, 2011, p. 67.

66 Cfr. Ivi, p. 73.

Per superare la frattura esistente tra la classe medica e la stragrande maggioranza della popolazione, gli scritti divulgativi di ambito ortodosso si indirizzavano a mediatori, affinché diffondessero conoscenze mediche e igieniche presso ceti refrattari come quello contadino, che normalmente facevano ricorso a rimedi tramandati di padre in figlio o a guaritori popolari⁶⁷. Così, i prontuari di medicina domestica si rivolgevano a maestri di scuola elementare e parroci, ai quali «tocca spesso prestare i primi soccorsi quando mancasse il medico condotto o fosse respinto, a loro si rivolgevano i contadini o i ceti meno abbienti delle città per un aiuto e un consiglio»⁶⁸. Tra le più note di questo genere vi era l'opera di Giacomo Barzellotti, *Il paroco istruito nella medicina per utilità spirituale e temporale dei suoi popolani* (1826).

Gli scritti di indirizzo omeopatico, invece, più che a mediatori si rivolgevano a esponenti di classi sociali medio-alte, ben rappresentati dalle «famiglie che si mettono in viaggio o vanno a soggiornare in campagna», dai «capitani di lunga corsa marittima», o dai «perlustratori di lontane e sconosciute regioni». Per i medici omeopati, quindi, si trattava di convincere della bontà del nuovo sistema terapeutico le fasce istruite della popolazione, dopo aver ottenuto in una fase iniziale il consenso di importanti casate nobiliari e, di conseguenza, le prime forme di istituzionalizzazione.

Gli scritti popolari di omeopatia mutuavano dalla medicina ortodossa una classificazione semplificata delle malattie, riferimenti alla teoria umorale e alla dottrina dei sei non-naturali⁶⁹, oltre a mostrare un'attenzione condivisa verso particolari categorie (donne, fanciulli, professioni). La tendenza all'elettismo caratterizzava, in misura minore, la terapeutica, laddove venivano sostenuti il vaccino antivaioloso o metodi tradizionali come i clisteri⁷⁰.

L'impegno professionale di medici regolari e omeopati si legava nell'Italia della seconda metà dell'Ottocento a un impegno sociale e politico, espresso dalla comune attenzione per l'igiene, vera e propria ossessione politica e culturale dell'epoca. Un'igiene non solamente privata, ma pubblica, indirizzata alla collettività, per mezzo di iniziative istitu-

67 Cfr. Cosmacini, *Ciarlataneria e medicina...*, cit. p. 175. Sul ruolo svolto da mediatori istituzionali e religiosi nell'alfabetizzazione sanitaria del ceto contadino italiano vedi M. L. Betri, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1819)*, in *Storia d'Italia*. VII. *Malattie e medicina*, a cura di R. Romano, C. Vivanti, Torino, Einaudi, 1984, pp. 209-232 e A. Prosperi, *Un volgo disperso. Contadini d'Italia nell'Ottocento*, Torino, Einaudi, 2019.

68 M. L. Betri, *Il medico e il paziente...*, cit. p. 231.

69 Richiami espliciti alla dottrina dei sei non-naturali si trovano, per esempio, in F. Benedetti, *Manuale di omiopatia domestica...*, cit. pp. 1-13; C. Liberali, *La salute. Trattato di medicina omiopatica per uso domestico*, Roma, Tipografia di C. Bartoli, 1872, pp. 49-89; F. Scioli, *L'omeopatia per la intelligenza di tutti...*, cit. pp. 124-135.

70 Vedi A. Triulzi, *Guida Omeopatica pel trattamento delle principali malattie...*, cit. pp. 39-40. Per una disamina del rapporto tra omeopati e vaccinazione antivaiolosa nell'Italia dell'Ottocento, vedi P. Panciroli, *The Cowpox Vaccine: a Bridge between Different Medical Systems. The Case of Homeopathy in Nineteenth Century Italy*, in «Acta Palaeomedica. International Journal of Palaeomedicine», 2, (2021), in stampa.

zionali e una vasta fioritura di carattere sanitario e scientifico⁷¹. La pulizia degli ambienti, degli alimenti, delle persone e pratiche come la disinfezione e l'isolamento in caso di epidemie, venivano veicolate tanto dalla medicina regolare quanto dagli omeopati. Accanto all'evidente contrapposizione tra i due sistemi terapeutici, emergeva così una comune aspirazione a educare le famiglie in campo sanitario, migliorandone la qualità della vita.

Un ulteriore elemento di condivisione fu il dibattito sui rapporti tra divulgazione e profanazione del sapere, messo in luce, come anticipato, da William Buchan nella sua *Domestic Medicine*. Già a partire dalla seconda metà del Settecento, infatti, le istanze ottimistiche di diffusione del sapere medico tra la popolazione, come antidoto alla superstizione e alla ciarlataneria, si scontrarono con alcune preoccupazioni. La principale era rappresentata dallo sviluppo di un diletterantismo medico pericoloso per laici e professionisti. All'eccessiva diffusione di informazioni mediche si contrapponeva quindi l'opportunità di rafforzare in modo capillare il sistema sanitario. Di fatto, però, laddove mancavano i medici o il costo dell'assistenza medica risultava troppo oneroso, intervenivano forme di autocura o di sostegno da parte di profani con un buon livello di istruzione, come pastori o sacerdoti⁷².

L'opportunità di promuovere l'omeopatia tra la popolazione sotto forma di autocura divenne presto oggetto di discussione tra gli studenti e i seguaci di Hahnemann.

Il dilemma era lo stesso: divulgazione o profanazione del sapere?

A questo proposito il *Leipziger Populären Zeitschrift* [Giornale popolare di Lipsia] dichiarava: «Ohne Ärzte keine Homöopathie als Wissenschaft, ohne Laien keine Homöopathie als Volksbewegung!»⁷³. La discussione sulla possibilità e i limiti dell'automedicazione tra i non esperti assumeva nel caso dell'omeopatia una sfumatura particolare, data dalla necessità di diffondere la nuova terapeutica contro i metodi tradizionali di cura. D'altra parte, questa stessa contrapposizione e la volontà di ottenere una legittimazione scientifica portavano alcuni omeopati a condannare l'autonomo utilizzo della pratica medica tra i laici⁷⁴. Il timore principale era rappresentato dal rischio di una perdita di autorevolezza scientifica, dovuta a un'eccessiva "volgarizzazione" dell'omeopatia. Proprio a questo proposito, nel 1857, la *Rivista Omiopatica* pubblicava un articolo dedicato alla medicina domestica, difendendone i contenuti. «[...] il bisogno di rendere domestica la medicina fu sentito in tutti i tempi, e principalmente da coloro che ebbero per fine massimo il giovare al loro simile; piuttosto che rendere prezioso il monopolio della scienza»⁷⁵.

71 Cfr. A. Prosperi, *Un volgo disperso...*, cit., p. 154; M. L. Betri, *Il medico e il paziente...*, cit. pp. 230-231.

72 Vedi M. Lindemann, *Health & Healing in Eighteenth-Century Germany*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1996, pp. 65-71.

73 M. Baschin, *Die Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie...*, cit. p. 74. «Senza i medici non c'è omeopatia come scienza, senza i laici non ci sarebbe l'omeopatia come movimento popolare!» (Trad. dell'Autrice).

74 Cfr.: Ivi, p. 76.

75 P. Morello, *Preparazione alla medicina domestica omiopatica*, in «Rivista Omiopatica», 15 agosto 1857, p. 17.

Di fatto, la tradizione della letteratura medica domestica divenne parte integrante dell'omeopatia, soprattutto nel corso del XIX secolo, con pubblicazioni in vari Paesi europei ed extraeuropei. Il suo influsso, tanto nella diffusione della nuova terapeutica quanto nella promozione di conoscenze medico-sanitarie condivise, per quanto debba essere ancora adeguatamente indagato, getta nuova luce sui complessi rapporti tra dottrine mediche nel corso della storia, sulla relazione tra medicina e società e sul ruolo cardine della divulgazione nello sviluppo medico.

Bibliografia

- Anonimo, *Il libro dei segreti*, Milano, Emanuelle Rossi, 1862.
- Anonimo, *Trattatello pratico omeopatico ad uso delle famiglie*, Torino, Speirani e Tortone, 1857.
- Ariès Philippe, *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*, New York, Knopf, 1962.
- Balbani Antonio, *Il tesoro della salute. Manuale di medicina domestica*, Milano, F. Pagnoni, 1877.
- Barzellotti Giacomo, *Il paroco istruito nella medicina per utili spirituale e temporale dei suoi popolani. Dialoghi*, Milano, Niccolò Capurro, 1826.
- Baschin Marion, *Die Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie*, in «Quellen und Studien zur Homöopathieggeschichte», Band 17, Essen, KVC Verlag, 2012.
- Bellelli Andrea, *La costruzione dell'omeopatia*, Milano, Mondadori, 2010.
- Belluomini Francesco, *Il medico di famiglia ossia primi soccorsi da apprestarsi col sistema omiopatico nelle più comuni malattie in assenza del medico*, Livorno, Pozzolini, 1860.
- Benedetti Francesco, *Manuale di omiopatia domestica*, Napoli, Strada Salvatore, 1853.
- Id., *Manuale di omiopatia domestica. 2ª edizione accresciuta di alcuni articoli sulle infiammazioni, la febbre intermittente, il cholera, ecc. ecc.*, Napoli, Stamperia Ghio, 1857.
- Betri Maria Luisa, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1819)*, in Ruggero Romano, Vivanti Corrado (a cura di), *Storia d'Italia. VII. Malattie e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 209-232.
- Bonino Giuseppe, *Guida della farmacia Omeopatica del viaggiatore*, 1885.
- Id., *Guida della farmacia Omeopatica per le madri di famiglia*, 1885.
- Id., *Guida della farmacia Omeopatica Universale*, 1890.
- Buchan William, *Medicina domestica o sia Trattato completo di mezzi semplici per conservarsi in salute impedire e risanare le malattie*, Tomo I, Padova, Stamperia del Seminario, 1789.
- Bynum, Porter Roy (a cura di), *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*, London, Routledge, 1987.
- Carnevale Francesco, *La "fortuna" immediata e di lunga durata del De morbis artificum diatriba (1700-1713) di Bernardo Ramazzini*, in «Medicina nei Secoli», 2, (2011), pp. 385-410.
- Caspari Carl Gottlob, *Homöopathischer Haus- und Reisearzt*, Leipzig, Baumgartner, 1826.

- Chargé Alexandre, *Cura omiopatica preservativa e curativa del colera. Istruzione popolare da servir di guida in mancanza del medico*, Napoli, Stamperia Strada Salvatore n. 41, 1854.
- Chironna Maria, *Medici o ciarlatani? L'omeopatia nel Regno delle due Sicilie. Dal 1822 al 1860*, Milano, FrancoAngeli, 2016.
- Colombo Enzo, Rebughini Paola, *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Roma, Carocci, 2006.
- Cosmacini Giorgio, *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Milano, Raffaello Cortina, 1998.
- Id., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2005.
- Fleury Louis, *L'omeopatia adattata all'intelligenza di ogni classe di persone*, Milano, Molina, 1839.
- Gatti Pietro, *Dei migliori mezzi di preservarsi dal Cholera Indico e di guarirlo sviluppato senza bisogno del medico preceduti da fatti clinici ed esposti al popolo*, Genova, Lavagnino, 1855.
- Govoni Paola, *Dalla scienza popolare alla divulgazione. Scienziati e pubblico in età liberale*, in Pogliano Claudio, Cassata Francesco (a cura di), *Storia d'Italia. XXVI. Scienze e cultura dell'Italia unita*, Torino, Einaudi, 2011, pp. 65-81.
- Grmek Mirko, *Il concetto di malattia*, in Grmek Mirko (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 2. *Dal Rinascimento all'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 259-289.
- Hahnemann Samuel, *Organon of the Healing Art*, London, J.M. Dent, 1921.
- Id., *Cure and Prevention of Asiatic Cholera*, in Dudgeon Robert Ellis (a cura di), *The Lesser Writings of Samuel Hahnemann*, New York, William Radde, 1852, pp. 753-756.
- Heahl Richard, *Samuel Hahnemann. His Life and Work*, London, Homeopathic Publishing Company, 1922.
- Hering Costantine, *Medicina omeopatica domestica versione italiana del Dott. C. Hering*, Roma, Editore Pietro Capobianchi, 1854.
- Hoffmann Achille, *L'omeopatia esposta alle genti del mondo e confutazione delle obiezioni che le muovono contro i suoi detrattori*, Roma, Tipografia Marini, 1836.
- Jütte Robert, *Samuel Hahnemann. The Founder of Homeopathy*, Stuttgart, Institute for the History of Medicine of the Robert Bosch Foundation, 2012.
- Kuzniar Alice, *The Birth of Homeopathy out of the Spirit of Romanticism*, Toronto, University of Toronto Press, 2017.
- Lawrence Christopher, *William Buchan: Medicine Laid Open*, in «Medical History», 19, (1975), pp. 20-35.
- Liberali Camillo, *Nozioni elementari di medicina omiopatica adattate all'intelligenza delle persone estranee alla medicina*, Viterbo, R. Monarchi, 1853.
- Id., *Piccolo manuale di Omiopatia domestica*, Roma, 1855.
- Id., *Manuale elementare di medicina omiopatica, opera adatta all'intelligenza comune*, 2^a ed., Firenze, 1858.

- Id., *La salute. Trattato di medicina omeopatica per uso domestico*, Roma, Tipografia di C. Bartoli, 1872.
- Id., *Hygienic-medical hand-book for travellers in Italy*, Roma, L. Piale, 1878.
- Lindemann Mary, *Health & Healing in Eighteenth-Century Germany*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1996.
- Lodispoto Alberto, *Storia dell'omeopatia in Italia: storia antica di una terapia moderna*, Roma, Mediterranee, 1987.
- Mengozzi Ettore Giovanni, *Medicina domestica omeopatica considerata siccome ramo di educazione*, Milano, G. De-Maddalena e C., 1859.
- Id., *Enciclopedia medica in servizio della educazione d'ogni famiglia o sia medicina domestica omeopatica*, 2^a ed., Roma, Artero, 1877.
- Morello Paolo, *Preparazione alla medicina domestica omeopatica*, in «Rivista Omeopatica», 15 agosto 1857.
- Negro Antonio, Negro Francesco Eugenio, *Bibliografia omeopatica italiana, 1822-1914*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- Nicholls Phillip A., *Class, Status and Gender: Toward a Sociology of the Homeopathic Patient in Nineteenth Century Britain*, in Dinges Martin (a cura di), *Patients in the History of Homeopathy*, Sheffield, EAHMH, 2002, pp. 141-156.
- Panciroli Paola, *200 anni di omeopatia. Storia di un equivoco?*, Roma, C1V, 2017.
- Id., *The Cowpox Vaccine: a Bridge between Different Medical Systems. The Case of Homeopathy in Nineteenth Century Italy*, in «Acta Palaeomedica. International Journal of Palaeomedicine», 2, (2021), in stampa.
- Pinet Patrice, *Homéopathie et philosophie*, in «Revue d'Histoire de la Pharmacie», 351, (2006), pp. 349-367.
- Porter Roy, *Strategie terapeutiche*, in Grmek Mirko (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 2. *Dal Rinascimento all'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 335-380.
- Id. (a cura di), *The Popularization of Medicine 1650-1850*, London and New York, Routledge, 1992.
- Prosperi Adriano, *Un volgo disperso. Contadini d'Italia nell'Ottocento*, Torino, Einaudi, 2019.
- Raspail François Vincent, *Manuale annuario di sanità. Medicina e farmacia domestica*, Milano, Per Borroni e Scotti, 1853.
- Rey Roselyne, *L'anima, il corpo e il vivente*, in Grmek Mirko (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 2. *Dal Rinascimento all'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 195-258.
- Righetti Giuseppe, *Piccola guida omeopatica*, Napoli, Farmacia omeopatica T. Hartenstein, 1881.
- Risse Guenter B., *Kant, Schelling, and the Early Search for a Philosophical "Science" of Medicine in Germany*, in «Journal of the History of Medicine», 2, (1972), pp. 145-158.

- Risse Guenter B., *“Philosophical” Medicine in Nineteenth Century Germany: An Episode in the Relations between Philosophy and Medicine*, in «Journal of Medicine and Philosophy», 1, (1976), pp. 72-92.
- Risse Guenter B., *La sintesi fra anatomia e clinica*, in Grmek Mirko (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 2. *Dal Rinascimento all’Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 291-334.
- Romani Francesco, *Su i preservativi omeopatici del colera indiano e su la disinfezione degli edifizii e de’ mobili contagiati*, Napoli, Da Raffaele e Stefano e Socii, 1836.
- Rosenberg Charles E., *Medical Text and Social Context: Explaining William Buchan’s “Domestic Medicine”*, in «Bulletin of the History of Medicine», 1, (1983), pp. 22-42.
- Scioli Francesco, *L’omeopatia per la intelligenza di tutti o il medico di casa*, Napoli, Stabilimento Tipografico Perrotti, 1880.
- Singy Patrick, *The Popularization of Medicine in the Eighteenth Century: Writing, Reading, and Rewriting Samuel Auguste Tissot’s Avis au peuple sur sa santé*, in «The Journal of Modern History», 82, (2010), pp. 769-780.
- Stolberg Michael, *The Experience of Illness and the Doctor-Patient Relationship in Samuel Hahnemann’s Patient Correspondence*, in Dinges Martin (a cura di), *Patients in the History of Homeopathy*, Sheffield, EAHMH, 2002, pp. 65-84.
- Teut Michael, *Homeopathy between Vital Force and Self-Organization*, in «Forschende Komplementarmedizin und Klassische Naturheilkunde», 3, (2001), pp. 162-167.
- Tognotti Eugenia, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000.
- Triulzi Antonio, *Guida omeopatica pel trattamento delle principali malattie*, Genova, Tipografia di Gaetano Schenone, 1871.
- Uffreducci Achille, *Guida domestica di medicina omeopatica*, Roma, Tipografia Tiberina, 1865.
- Willfahrt Joachim, *Homöopathische Hausarztliteratur des 19. Jahrhunderts als Anleitung zur Selbstmedikation. Teil I: Zur Geschichte des Literaturtyps*, in «Zeitschrift für Klassische Homöopathie», 3, (1991), pp. 114-121.

Confine sanitario o nazionale? L'influenza delle epidemie nell'emergere dei nazionalismi balcanici

DI

GIORGIO ENNAS

Abstract

Il presente articolo evidenzia il nesso tra epidemie e processi di nazionalizzazione nei Balcani nel XIX secolo. Esso riassume i passaggi che portarono alla riforma del sistema sanitario ottomano e ricostruisce le attività della commissione sanitaria di Sarajevo degli anni Sessanta, e quelle della Commissione per la delimitazione del Montenegro negli anni Settanta e come queste commissioni ambissero non soltanto alla costruzione di confini nazionali efficaci ma anche al controllo delle epidemie, attraverso la creazione di confini di Stato che fossero anche cordoni sanitari.

Parole chiave: misure sanitarie, confine, commissione, diplomazia, Balcani

This article highlights the link between epidemics and nationalisation processes in the Balkans in the 19th century. It summarises the steps that led to the reform of the Ottoman sanitary system and reconstructs the activities of the Sarajevo Sanitary Commission in the 1860s, and those of the Commission for the Delimitation of Montenegro in the 1870s, and how these commissions aimed not only at the construction of effective national borders but also at the control of epidemics through the creation of State borders that were also sanitary cordons.

Keywords: sanitary measures, border, commission, diplomacy, Balkans

Introduzione

Il presente saggio coniuga due campi di ricerca autonomi, spesso considerati separati: gli studi riguardanti lo sviluppo dei confini statali e la storia delle misure sanitarie. La storiografia tradizionale ha per lungo tempo considerato i confini come una “linea” che lo Stato aveva il dovere di mantenere sotto controllo. Questa definizione, in realtà, è un prodotto del XIX secolo. In precedenza, infatti, i confini tra gli Stati erano definiti in termini giurisdizionali piuttosto che territoriali¹.

Recentemente questa rappresentazione del confine come “linea” sulla mappa è stata messa in discussione. Oltre alla cartografia e ai marcatori di confini materiali altri fattori possono aver giocato un ruolo fondamentale nella rappresentazione e definizione dei confini². Mentre si è riconosciuto che lo sviluppo delle misure di quarantena dal XIV secolo in poi ha prodotto adeguate misure quarantenarie nei porti di tutto il Mediterraneo, vi è stata poca attenzione in riferimento all’importanza che queste possano aver avuto nella costruzione dello Stato e dei suoi confini³. Solo negli ultimi anni la storiografia ha iniziato ad approfondire maggiormente l’argomento delle quarantene⁴ e del rapporto esistente tra malattie infettive e la necessità di controllare le frontiere⁵. Le conoscenze sviluppate in campo sanitario furono fondamentali non solo per la salute pubblica, ma permisero anche lo sviluppo di tecnologie e pratiche amministrative intorno alle coste del Mediterraneo e oltre⁶.

Questo contributo vuole essere l’introduzione ad un più vasto progetto di ricerca mirante a collegare questi diversi approcci attraverso l’utilizzo delle fonti diplomatiche nel contesto dello sviluppo delle misure quarantenarie nei Balcani nel corso del XIX secolo, dimostrando come il concetto di prevenzione si sia trasformato tra gli anni Sessanta e Settanta e se effettivamente le misure sanitarie abbiano dato concretezza ai confini statali⁷.

1 P. Sahlins, *Boundaries: The Making of France and Spain in the Pyrenees*, Oakland, University of California Press, 1989; C. Tilly, *Coercion, Capital, and European States AD 990-1990*, Boston, Blackwell, 1990.

2 A. Rutz, *Die Beschreibung des Raums. Territoriale Grenzziehungen im Heiligen Römischen Reich*, Köln, Böhlau, Norm und Struktur. Studien zum sozialen Wandel in Mittelalter und Früher Neuzeit, vol. 47, 2018; S. Fuchs, *Herrschaftswissen und Raumerfassung im 16. Jahrhundert. Kartengebrauch im Dienste des Nürnberger Stadtstaates*, Zürich, Medienwandel–Medienwechsel–Medienwissen, vol. 35, 2018.

3 D. Panzac, *Quarantaines et lazarets. L’Europe et la Peste d’Orient (XVIIe-XXe siècles)*, Aix-en-Provence, Edisud, 1986; M.P. Pedani, *Dalla Frontiera al Confine*, Venezia, Herder Editrice, 2002.

4 E. Tognotti, *Lessons from the History of Quarantine: From Plague to Influenza A*, in «Emerging Infectious Diseases», 19, (2), (2013), pp. 254-259; A. Conti, *Quarantine through History*, in «International Encyclopedia of Public Health», Vol. 6, (2017), pp. 229-235.

5 A. Bashford, *The Age of Universal Contagion’: History, Disease and Globalization*, in *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, a cura di A. Bashford, New York, Palgrave MacMillan, 2014, p. 1.

6 B. Bulmuş, *Plague, Quarantines and Geopolitics in the Ottoman Empire*, Edinburg, Edinburgh University Press, 2012; M. C. Low, *Imperial Mecca: Ottoman Arabia and the Indian Ocean Hajj*, New York, Columbia University Press 2020 (edizione digitale); Y. Ayalon, *Natural Disasters in the Ottoman Empire: Plague, Famine, and Other Misfortunes*. Cambridge, Cambridge University Press, 2014 (edizione digitale).

7 A. Bashford, *The Age of Universal...*, cit. p. 7.

In tale campo di studi, i lavori di Michael C. Low e Birsen Bulmuş hanno confermato la rilevanza della lotta contro le epidemie attraverso l'istituzione di frontiere e cordoni sanitari, sottolineando l'importanza del caso ottomano e delle sue province. Partendo da tale presupposto, il presente saggio analizza i casi della commissione sanitaria di Sarajevo nel 1866 e di quella per la delimitazione del Montenegro tra il 1879 e il 1883 per mostrare quel processo evolutivo delle misure quarantenarie e delle politiche di intervento sanitario identificato da Patrick Zylberman⁸, ed esamina, inoltre, l'evoluzione sul campo delle commissioni internazionali attraverso la lettura di documenti diplomatici. I documenti presi in considerazione vennero prodotti dal vice-consolare italiano Cesare Durando il quale non solo ebbe una posizione consultiva all'interno della commissione sanitaria di Sarajevo, ma fu anche attento osservatore degli eventi politici ed epidemici nei Balcani occidentali. Già l'"Ordinamento Consolare" sardo del 1859 aveva posto tra le priorità dei consoli la comunicazione dello «stato sanitario del Paese» ospitante al governo, in quanto la «materia sanitaria» era da considerarsi «uno degli interessi più vitali per lo Stato»⁹, invitando i consoli a fornire e verificare tutte le informazioni utili per contrastare eventuali epidemie. Per tale ragione, i documenti di Durando rappresentano un'importante fonte di informazioni sull'epidemia di colera di Sarajevo del 1866, e sulla commissione per la delimitazione del Montenegro, perché scritti da uno dei protagonisti coinvolti nelle vicende e, soprattutto, per la descrizione delle attività dei membri delle conferenze sanitarie e delle commissioni internazionali negli anni Sessanta e Settanta, che mette in evidenza il ruolo svolto dagli amministratori locali e dai consoli nello sviluppo dei confini statali e delle misure sanitarie.

Riforme sanitarie nei Balcani

A partire dal XIV secolo, gli Stati europei e mediterranei si erano trovati a fronteggiare ondate epidemiche di peste provenienti dall'Asia Minore, portate dai mercanti attraverso le principali rotte commerciali. A causa del ruolo centrale della penisola italiana nei traffici mediterranei dell'epoca, gli Stati italiani furono tra i primi ad elaborare strategie di contenimento davvero efficaci per il controllo delle emergenze epidemiche. Questi Stati giocarono un ruolo fondamentale, non solo in quanto centri di sperimentazione, ma anche perché l'efficacia dei sistemi adottati spinse altri Stati a usarli come punti di partenza per lo sviluppo delle proprie tecniche di contenimento delle epidemie.

8 P. Zylberman, *Civilizing the State: Borders, Weak States and International Health in Modern Europe*, in *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, a cura di A. Bashford, New York, Palgrave MacMillan, 2014, p. 34.

9 F. Jesné, *Normes et Pratiques de l'Information Consulaire. Le consulat de Sardaigne à Smyrne (1857-1861)*, in *Les Consuls en Méditerranée, agents d'information, XVIe-XXe siècle*, a cura di S. Marzagalli, Paris, Classiques Garnier, 2015, pp. 279-280.

Le grandi epidemie di peste tra XVII e XVIII secolo permisero lo sviluppo di metodi all'avanguardia che contribuirono a limitarne la diffusione nel continente europeo¹⁰. Nella tarda epoca moderna anche le monarchie illuminate diedero un importante contributo allo sviluppo di misure quarantenarie interstatali come il cordone sanitario. Fu proprio a partire dalla seconda metà del XVIII secolo che queste conoscenze iniziarono gradualmente a fondersi con il concetto di confine di Stato in senso moderno. Ne è un esempio il cordone sanitario tra i territori dell'Impero asburgico e dell'Impero ottomano voluto nel 1770 dall'Imperatrice Maria Teresa d'Austria al fine di evitare l'arrivo di persone e prodotti infetti dai Balcani ottomani¹¹. Venne stabilito che il cordone sanitario seguisse proprio il confine militare tra i due imperi e venne imposta una quarantena di 21 o 48 giorni a merci e persone¹². Tale imponente misura quarantenaria fu ritenuta talmente efficace che venne mantenuta fino al 1871, limitando al territorio ottomano le epidemie di peste e preservando in buona parte i territori dell'Europa centrale.

L'effettivo decremento di tali epidemie rappresentò uno dei traguardi più importanti della scienza alla fine dell'età moderna. Sebbene strutture quarantenarie più o meno permanenti come lazzeretti e quarantene fossero presenti fin dalla prima epoca moderna nei Balcani, all'inizio del XIX secolo le élite modernizzatrici ottomane appoggiarono l'introduzione di misure sanitarie all'europea nei loro territori. Le riforme sanitarie rappresentarono una parte ragguardevole delle innovazioni promosse dalle élite ottomane miranti ad incrementare la prosperità della società e a promuoverne gli obiettivi espansionistici¹³. Le riforme gettarono le basi dell'adozione da parte ottomana di quelle misure che in seguito sarebbero andate a formare un generico standard sanitario europeo¹⁴, modificando quelle utilizzate in territorio ottomano nell'epoca precedente¹⁵.

Malgrado l'opposizione degli elementi conservatori della società ottomana, dopo il 1826 cominciarono ad essere introdotte sistematicamente tutte quelle misure sanitarie ritenute necessarie per l'eradicazione della peste dai territori ottomani. Tra il

10 B. Bulmuş, *Plague, Quarantines and Geopolitics...*, cit. p. 98.

11 J. Pešalj, *Monitoring Migrations. The Habsburg-Ottoman Border in the Eighteenth Century*, PhD Thesis Leiden, 2019.

12 I. Marin, *Contested Frontiers in the Balkans. Ottoman and Habsburg Rivalries in Eastern Europe*, London-New York, I.B. Tauris, 2013, pp. 32-33.

13 A. M. Moulin, Y. I. Ulman, *History of Medicine in the Ottoman Empire and the Middle East from the 19th Century Onwards*, Istanbul, The Isis Press, 2010, p. 7.

14 B. Bulmuş, *Plague, Quarantines and Geopolitics...*, cit. p. 98.

15 D. Panzac, *La peste dans l'empire Ottoman, 1700-1850*, Leuven, Peeters Pub & Booksellers, 1985; S. Speciale, *Il Contagio del Contagio. Circolazione di saperi e sfide bioetiche tra Africa ed Europa dalla Peste Nera all'AIDS*, Reggio Calabria, Città del Sole edizioni, 2016; N. Varlık, *The plague that never left: Restoring the Second Pandemic to Ottoman and Turkish history in the time of Covid-19*, in «New Perspectives on Turkey», 63, (2020), pp. 176-189.

1831 e il 1838 i governatori delle città di Sarajevo, Niş, Sofia, Skopje, Selânik, Belgrado e Priština ricevettero ordini imperiali finalizzati all'applicazione della quarantena nei territori posti sotto la loro amministrazione¹⁶. Sebbene si trattasse di misure temporanee, tali quarantene sperimentali riuscirono effettivamente a proteggere Costantinopoli e l'esercito ottomano dalle epidemie di colera e di peste¹⁷. Perciò, nel 1838, il Sultano Mahmud II promosse la stabilizzazione delle misure quarantenarie nelle principali città e porti dell'Impero ottomano, seguendo anche le direttive del medico austriaco Anton Lago¹⁸. Il più importante degli organismi introdotti fu il "Karantina Meclisi", o "Consiglio di Quarantena" di Costantinopoli, avente l'obiettivo di promuovere l'adozione e l'applicazione di misure quarantenarie. Il consiglio di tale organismo imperiale era composto da sei pascià ottomani e sei delegati stranieri, tra diplomatici ed esperti.

Sebbene tale organismo possa essere considerato come un'emanazione del Diritto Capitolare, attraverso il quale le Grandi Potenze europee cercarono di imporre il loro controllo sulle strutture quarantenarie dell'Impero ottomano¹⁹, e rappresentasse indubbiamente anche un indiretto riconoscimento ottomano delle superiori conoscenze raggiunte dagli Stati europei nel contrasto alle epidemie²⁰, esso promosse anche l'estensione delle tecniche sanitarie al di là dei confini canonici del continente europeo²¹. Attraverso il loro utilizzo, gli ottomani riuscirono ad imporre misure quarantenarie efficaci a Costantinopoli e nelle province limitrofe²² e a eradicare o limitare in buona parte la diffusione della peste. I risultati ottenuti dagli ottomani nel contrasto alle epidemie furono attestati da diversi osservatori europei, i quali confermarono come, nella seconda metà degli anni Quaranta, i sudditi del sultano fossero riusciti a proteggere i propri territori dalle ondate epidemiche provenienti dal resto del Mediterraneo²³. Si può quindi dire che, nella prima metà del XIX secolo, gli ottomani elaborarono ed imposero con successo nuove misure quarantenarie unendo alle proprie conoscenze quelle elaborate in alcuni Stati europei tra XIV e XIX secolo. Tale adozione non fu né acritica, né dovuta unicamente all'ingerenza delle Grandi Potenze²⁴.

Già alla fine del XVIII secolo, le élite ottomane avevano ben compreso l'importanza delle conoscenze medico-sanitarie sviluppate in Europa, ed erano ansiose di metterle in pratica per promuovere lo sviluppo economico e sociale dell'Impero e per

16 Y. Ayalon, *Natural Disasters...*, cit. p. 186.

17 M. C. Low, *Imperial Mecca...*, cit. p. 160.

18 *Ibidem*.

19 *Ibidem*.

20 Y. Ayalon, *Natural Disasters...*, cit. p. 188.

21 B. Bulmuş, *Plague, Quarantines and Geopolitics...*, cit. p. 98.

22 Ivi, p. 136.

23 Ivi, p. 97.

24 M. C. Low, *Imperial Mecca...*, cit. p. 152.

rafforzare l'amministrazione imperiale garantendo il benessere dei propri sudditi. Tale dottrina, sviluppata tra gli anni Trenta e Quaranta, avrebbe poi preso il nome di *medeniyyet* o "civilizzazione", divenendo il pensiero dominante delle élite ottomane educate all'europea²⁵. Il prevalere di tale pensiero modernizzatore è dimostrato anche dalla spontanea adozione della "teoria contagionista" che le élite mediche ottomane difesero dalle istanze liberiste di alcuni Paesi dell'Europa settentrionale come la Gran Bretagna²⁶, i quali già negli anni Quaranta cominciarono a metterne in dubbio l'efficacia con l'intento di eliminare le strutture quarantinarie dei Paesi mediterranei, considerate ormai come una «violazione irrazionale del principio del libero commercio»²⁷. Inoltre, il governo ottomano aveva ormai da tempo intuito i vantaggi derivanti dall'imposizione delle misure quarantinarie al fine di rafforzare la propria sovranità su territori di fatto autonomi.

Attraverso l'osservazione di altri casi, come quello di Mehmet Ali Pascià, il quale fondò la sua politica sanitaria sulla salute dell'esercito, e quindi della popolazione, proprio per contrastare l'Impero ottomano²⁸, Mahmud II e i suoi pascià avevano pienamente compreso che il rafforzamento della legittimità dello Stato poteva passare anche attraverso la sua capacità di imporre l'osservanza di misure anti-epidemiche. La manifestazione fisica del potere imperiale poteva dunque avvenire anche attraverso strutture e commissioni che sarebbero poi andate a formare il sistema quarantinario ottomano²⁹. Anche il successore di Mahmud II, Abdülmeçid I, e i suoi ministri condivisero tale idea e portarono avanti il progetto di sviluppo delle strutture quarantinarie, adottando ufficialmente quelle misure che essi ritenevano rappresentassero lo standard internazionale. Questa precisa volontà di conformarsi ad un'ideale standard europeo alimentò la determinazione ottomana a partecipare alle conferenze sanitarie internazionali del XIX secolo³⁰. Gli obiettivi fondamentali dovevano essere: riafferma-

25 K. A. Reinhart, *Civilization and its discussants: Medeniyyet and the Turkish Conversion to Modernism*, in *Converting Cultures. Religion, Ideology and Transformations of Modernity*, a cura di Dennis Washburn and Kevin A. Reinhart, Leiden, Brill, vol. 14, 2007, pp. 267-289; M. Reinkowski, *The State's Security and the Subjects Prosperity: Notions of Order in Ottoman Bureaucratic Correspondence (19th Century)*, in *Legitimizing the Order. The Ottoman Rhetoric of State Power*, a cura di H.T. Karateke, & M. Reinkowski, Leiden, Brill, 2005, pp. 195-212.

26 I. A. Bolaños, *The Ottomans during the Global Crises of Cholera and Plague: the View from Iraq and the Gulf*, in «International Journal of Middle East Studies», 51, (2019), p. 607.

27 W. H. McNeill, *La Peste nella Storia. L'impatto delle pestilenze e delle epidemie nella storia dell'umanità*, Milano, Edizioni Res Gestae, 2020, pp. 244-245; S. Speciale, *Oltre la Peste. Sanità, popolazione e società in Tunisia e nel Maghreb (XVIII-XX secolo)*, Cosenza, Luigi Pellegrini Editore, 1997, p. 108.

28 S. Jagailloux, *La médicalisation de l'Égypte au XIXe siècle 1798-1918*, Paris, Editions Recherche sur les civilisations, 1986; L. Kuhnke, *Lives at Risk: Public Health in Nineteenth-Century Egypt*, Oakland, University of California Press, 1990.

29 M. C. Low, *Imperial Mecca...*, cit. p. 160.

30 Le conferenze sanitarie internazionali furono una serie di riunioni di rappresentanti di diversi Paesi al fine di costituire un primo sistema di cooperazione per la prevenzione e il controllo di situazioni epidemiche su scala globale che ebbero luogo tra il 1851 e il 1938. S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste*

re il ruolo della Porta nel sistema delle Grandi Potenze europee; garantire la salute dei sudditi e la floridità del sistema economico; rafforzare la sovranità ottomana sulle province, grazie al supporto delle Grandi Potenze nell'imposizione di regole e norme igienico-sanitarie valide per tutto l'Impero. Con tali motivazioni, il governo ottomano prese parte alla Prima Conferenza Sanitaria Internazionale del 1851³¹. I suoi rappresentanti parteciparono attivamente, proponendo la creazione di una rete di quarantene tra il Mar Nero e il Golfo Persico, passando per Bassora³².

Nel 1865, con l'arrivo di una nuova ondata di colera legata alle rotte del pellegrinaggio attraverso il Mar Rosso, le Grandi Potenze richiesero la convocazione di una nuova conferenza. Perciò nel 1866 venne ospitata al "*Galatasaray Lisesi*" la Terza Conferenza Sanitaria Internazionale³³. Questa riunione segnò una nuova era per l'internazionalismo sanitario³⁴. In particolare, per gli ottomani essa rappresentò un punto di svolta in quanto i possedimenti britannici in India, e non i territori arabi dell'Impero ottomano, vennero identificati dalla conferenza come la fonte del contagio³⁵ e il governo ottomano ricevette un alto livello di legittimità internazionale avocando a sé il controllo sulle stazioni quarantenarie lungo il Mar Rosso e le coste del Mediterraneo orientale³⁶. Gli ottomani, quindi, rafforzarono la loro legittimità anche grazie al supporto della diplomazia internazionale interessata ad arginare l'epidemia di colera in arrivo dall'India. Infatti, sebbene le commissioni sanitarie ottomane fossero organismi misti e, in quanto tali, composte sia da ufficiali ottomani che da diplomatici ed esperti europei, l'ultima parola e l'imposizione pratica delle misure spettarono sempre alle autorità ottomane³⁷. Grazie all'appoggio internazionale, la Sublime Porta poté quindi rafforzare il suo controllo su aree fino a quel momento di fatto autonome come l'Hejaz³⁸. È in questi territori che, nel corso degli anni Sessanta, le conoscenze europee ibridate³⁹ finirono per giocare un ruolo fondamentale nel rafforzamento dell'autorità amministrativa ottomana. Se infatti a livello centrale Costantinopoli elaborava ed inviava le direttive per la

d'Orient à l'OMS, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019 (edizione digitale), p. 12 ; L. Chantre, *Entre pandémie et panislamisme. L'imaginaire colonial du pèlerinage à La Mecque (1866-1914)*, in «Archives de Sciences Sociales des Religions», 163, (2013), pp. 163-190.

31 Y. Ayalon, *Natural Disasters...*, cit. p. 190.

32 I. A. Bolaños, *The Ottomans...*, cit. p. 608.

33 M. C. Low, *Imperial Mecca...*, cit. p. 158.

34 S. Chiffolleau, *Genèse...*, cit. p. 106.

35 M. C. Low, *Imperial Mecca...*, cit. p. 159.

36 Ivi, p. 162.

37 B. Bulmuş, *Plague, Quarantines and Geopolitics...*, cit. p. 136.

38 M. C. Low, *Imperial Mecca...*, cit. p. 152.

39 Con "conoscenze ibridate" qui si intende quell'insieme di nozioni sviluppate in alcuni Paesi europei che, nel corso del XIX secolo, membri delle élite ottomane acquisirono e rielaborarono al fine adattare alla realtà della società ottomana. C. Aydın, *Il lungo Ottocento. Una storia politica internazionale*, Torino, Einaudi, 2019, p. 96.

gestione della situazione epidemica nelle province, a livello provinciale e locale le situazioni epidemiche particolari erano gestite da commissioni sanitarie miste composte da rappresentanti consolari, notabili locali e da ufficiali ottomani. Mentre i primi avevano una funzione essenzialmente consultiva, erano le autorità ottomane, e principalmente il *vali*, o governatore provinciale, ad avere l'ultima parola sulle misure da approntare⁴⁰.

Il presente paragrafo ha riassunto brevemente lo sviluppo dei sistemi quarantari europei e le ragioni culturali e di politica estera che furono alla base delle riforme sanitarie promosse dal governo ottomano nel XIX secolo. Da esso emerge in maniera evidente come queste riforme non siano state semplicemente il frutto di un'imposizione dall'esterno, ma si basassero soprattutto sul desiderio della Sublime Porta di venire inclusa nel Concerto delle Grandi Potenze e di migliorare la vita dei propri sudditi, aumentando la propria legittimità internazionale attraverso le riforme e la partecipazione alle conferenze sanitarie internazionali.

Cesare Durando e la Commissione Sanitaria di Sarajevo

A partire dalla Convenzione di Londra del 1840, i consoli delle Grandi Potenze godettero di una posizione privilegiata, che li poneva nella posizione di valutare l'efficacia delle riforme ottomane ed eventualmente di utilizzare il prestigio e l'influenza del proprio Stato per forzare la Sublime Porta ad adottare o a modificare talune risoluzioni. Le ambasciate di Costantinopoli avevano indubbiamente una posizione privilegiata nel "suggerire" alla Porta le riforme da adottare, ma anche i consolati provinciali, soprattutto in zone delicate come ad esempio il Libano o la Bosnia, potevano utilizzare la pressione internazionale per indurre il governo imperiale a modificare la propria condotta. Infine, a partire dal 1865 essi furono i principali agenti delle Grandi Potenze nel promuovere una strategia "preventiva" nel tentativo di impedire il diffondersi delle epidemie fuori dai confini ottomani. Tale strategia veniva applicata attraverso la cooperazione con i governi mediterranei, favorendo la normalizzazione e standardizzazione delle misure quarantenarie⁴¹. Ma nel caso del Regno d'Italia è necessario fare un discorso differente.

In seguito al Congresso di Parigi del 1856 il Regno di Sardegna e l'Impero ottomano vennero inclusi nel Concerto delle Grandi Potenze. Questo poneva teoricamente il Regno di Sardegna nella posizione di essere uno degli Stati garanti dell'integrità dell'Impero ottomano. Ciononostante, la sua capacità di far valere la propria influenza nella gestione della cosiddetta Questione d'Oriente rimase piuttosto circoscritta a cau-

40 I. A. Bolaños, *The Ottomans...*, cit. p. 606.

41 P. Zylberman, *Civilizing the State...*, cit. p. 34.

sa della limitatezza delle sue risorse rispetto ad altri Stati. Inoltre, malgrado il governo sardo avesse relazioni diplomatiche dirette con la Sublime Porta fin dal Congresso di Vienna, la Seconda Guerra d'Indipendenza italiana del 1859 aveva mutato la situazione internazionale, andando ad intaccare anche le relazioni sardo-ottomane. L'espansione del Regno di Sardegna e la fondazione del nuovo Regno d'Italia tra il 1859 e il 1861 obbligarono le élite sabaude a negoziare il riconoscimento del proprio Stato anche col governo ottomano. Dopo tale riconoscimento e la normalizzazione della situazione internazionale, il nuovo governo italiano riprese a rafforzare e ad espandere la propria rete diplomatica nel Mediterraneo, e soprattutto in quelle aree dell'Impero ottomano dove ancora mancava una rappresentanza italiana.

L'11 giugno del 1863, il Segretario generale del Ministero per gli Affari esteri Marcello Cerruti assegnò a Cesare Durando la carica di vice-console e lo incaricò di aprire il primo consolato italiano a Sarajevo, capitale amministrativa dell'*Eyâlet-i Bōsnâ* che, con la "Legge dei Vilayet" del 1864, sarebbe poi divenuta la *Vilâyet-i Bōsnâ* ("la provincia ottomana della Bosnia")⁴². Nipote di Giacomo Durando, ex legato a Costantinopoli e Ministro per gli Affari esteri del gabinetto Rattazzi, Cesare Durando fu un diplomatico italiano di lunga carriera nei Balcani⁴³.

Come indicato da Cerruti, gli obiettivi della missione in Bosnia di Durando erano essenzialmente: la fondazione del consolato italiano a Sarajevo; riferire della situazione generale della Bosnia e degli interessi che l'Italia aveva in quella provincia ed infine la protezione della locale comunità italiana. Nel corso della sua lunga missione, Durando adempì agli ordini ricevuti da Torino, cercando anche di dare il suo personale contributo all'opera di riforma ottomana suggerendo agli ufficiali imperiali riforme e miglierie da adottarsi per rilanciare lo sviluppo economico della provincia⁴⁴. L'obiettivo finale restava comunque l'espansione dell'influenza italiana sui cattolici di Bosnia, dei quali, scriveva Durando, sarebbe stato possibile «accaparrarne gli animi per il nostro interesse»⁴⁵. Infine, tra il 1863 e il 1866, egli riportò il diffondersi sia di un'epizoozia che di un'epidemia di colera nella Bosnia ottomana, riferendo a Torino e cercando di suggerire alle autorità di Sarajevo quali misure sanitarie sarebbe stato meglio adottare al fine di contenere il contagio.

Il 28 novembre 1863, Durando riportò che un'epizoozia arrivata dalla Bulgaria ottomana e spintasi fino nella Croazia austriaca aveva «distrutto intere mandrie» di

42 G. Ennas, *Reports of Cesare Durando Italian Vice-Consul in Sarajevo (1863-1867)*. "Accaparrarne gli animi per il nostro interesse", Istanbul, The Isis Press, 2020, p. 19.

43 Ivi, p. 12.

44 Ivi, pp. 46-47.

45 G. Ennas, *Reports of Cesare Durando Italian Vice-Consul in Sarajevo (1863-1867)*, (d'ora in poi RCD), 12, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 28 novembre 1863, Sarajevo. Ivi, pp. 39-40.

cavalli, di pecore e di bovini⁴⁶. Nel commentare questo evento, Durando fu molto critico nei confronti sia delle autorità ottomane che di quelle austriache. Egli attribuì la diffusione del morbo al fatto che, secondo lui, le autorità locali non avevano preso alcuna precauzione. Durando descrisse come le bestie ammalate venissero lasciate morire accanto a quelle sane, sia nei pascoli che nei recinti, e i cadaveri fossero lasciati là dove l'animale era morto, in città come nei villaggi, divenendo una possibile fonte di contagio.

Se il tifo non era stato in grado di passare la frontiera austro-ottomana, vi era invece riuscita l'epizoozia, che aveva infestato le province periferiche dell'Impero austriaco con la stessa virulenza dimostrata in Bosnia. Per Durando, di ciò si dovevano incolpare le autorità di confine austriache, le quali non avevano preso le necessarie precauzioni, stabilendo cordoni sanitari troppo tardi. Infine egli riportò i suoi sospetti che, considerando la vicinanza e la posizione geografica della penisola, l'epizoozia scoppiata parallelamente nelle Marche era forse stata portata da «qualche bestia venuta di Dalmazia». Secondo Durando, la floridità degli scambi col porto di Ancona rendeva plausibile una tale ipotesi.

Ancora nel gennaio del 1864, Durando riportò che, nonostante l'inverno eccezionalmente freddo, l'epizoozia stava continuando ad imperversare⁴⁷. Egli temeva che, se fosse passata anche ai cavalli facendone strage, l'intera economia e i trasporti della Bosnia avrebbero potuto risentirne, non essendoci molti altri animali adatti all'agricoltura e al trasporto nella provincia. Durando annotò che le carcasse degli animali venivano lasciate insepolti per lungo tempo, sia nei dintorni della città che dei fiumi, malgrado le pressioni consolari e gli ordini dati dal *vali* in persona. Il vice-console italiano attribuì tale penosa situazione alla «solita fenomenale incuria di quanto riguarda la pubblica amministrazione» nelle province ottomane. In un paragrafo intitolato *Sanità Pubblica*, Durando fece un breve rapporto sullo stato «poco soddisfacente» della sanità pubblica bosniaca. Egli scrisse che ai casi di tifo registrati erano andati poi ad aggiungersi anche casi di vaiolo e di carbonchio legati probabilmente al consumo di animali affetti da antrace. Inoltre, diversi casi attribuiti alla peste a Srebrenica, a pochi chilometri da Sarajevo, avevano richiesto l'invio del capo medico militare⁴⁸.

Poco tempo dopo, tra il 1865 e il 1866 la quarta ondata di colera seguita all'*Hacc-ı ekber*, o Grande Pellegrinaggio, era dilagata in tutto il Mediterraneo attraverso il Mar Rosso. In base a quanto deciso durante la Terza Conferenza Sanitaria Internazionale, il corpo consolare doveva cooperare con le autorità ottomane nell'imposizione di misure

46 G. Ennas, RCD, 14, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 28 novembre 1863, Sarajevo. Ivi, p. 43.

47 G. Ennas, RCD, 17, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 21 gennaio 1864, Sarajevo. Ivi, pp. 49-50.

48 G. Ennas, RCD, 18, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 5 febbraio 1864, Sarajevo. Ivi, pp. 51-52.

sanitarie nel tentativo di prevenire il diffondersi dell'epidemia. A tal fine vennero create commissioni sanitarie nei principali centri urbani delle aree colpite.

Nell'autunno del 1866 Durando scrisse che i recenti casi di colera registrati in Bosnia a partire dal 12 settembre gli facevano credere che un'epidemia sarebbe presto scoppiata nella provincia e in città, seguendo il suo «corso naturale»⁴⁹. Al manifestarsi dei primi casi, gli ottomani avevano ordinato la creazione di una commissione sanitaria composta di «notabili». Durando ricevette «all'unanimità» dal resto del corpo consolare l'incarico di «seria ma onorifica importanza» di «assistere» la commissione. Tale organismo era presieduto dal *kaymakam*, o luogotenente, di Sarajevo, coadiuvato dai principali membri dell'amministrazione, un rappresentante per ogni comunità religiosa e due medici, uno civile e uno militare. Il 27 ottobre Durando confermò lo scoppio dell'epidemia di colera a Sarajevo⁵⁰. Egli riportò che nella fase iniziale dell'epidemia la mortalità sarebbe arrivata a toccare il 90% dei malati, per poi stabilizzarsi nel periodo successivo intorno al 60-70%.

Fin dall'inizio, il vice-console fece emergere il suo scetticismo riguardo all'effettiva efficacia della commissione. Egli scrisse che, fino a quando l'epidemia era rimasta «in stato sporadico», i componenti musulmani della commissione e lo stesso governatore generale erano stati i più restii ad ammettere l'esistenza di un'epidemia a Sarajevo. Gli stessi avevano ignorato apertamente sia i suoi consigli che quelli del medico civile austriaco Kröchet, facendogli anche «talora aperta talora nascosta resistenza». Durando e Kröchet avevano infatti proposto una serie di misure igienico-sanitarie destinate a contenere la diffusione del colera: stipendiare un gruppo di «vigili» incaricati di vegliare sull'igiene pubblica e che si occupassero delle disinfezioni necessarie; ordinare che i cadaveri venissero chiusi in casse; che la loro esposizione nelle chiese e nelle moschee fosse limitata e non avvenisse nello stesso momento; inviare agenti che verificassero se le sepolture fossero effettivamente di oltre un metro e mezzo; proibire le sepolture in città; assicurare l'isolamento degli edifici con persone infette; rendere obbligatoria la pulizia attorno alle case. Infine avevano chiesto di incrementare il numero di medici, visto che due soli medici per una popolazione di oltre 30.000 abitanti erano da considerarsi «una derisione»⁵¹.

Malgrado le loro indicazioni, una «disperante inazione» avrebbe caratterizzato questa prima fase della commissione. Durando riportò che «non una di queste propo-

49 G. Ennas, RCD, 58, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 16 settembre 1866, Sarajevo. Ivi, p. 138.

50 G. Ennas, RCD, 59, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 27 ottobre 1866, Sarajevo, Ivi, p. 139.

51 Il numero è piuttosto sorprendente. È possibile che Durando considerasse autentici medici soltanto coloro che avevano ricevuto quella che lui riteneva essere un'autentica educazione di tipo europeo, non tenendo in considerazione intenzionalmente altri che esercitavano la professione medica in Bosnia a vario titolo.

ste fu messa in esecuzione». A detta del vice-console, una volta dichiarata l'epidemia, «la maggior parte dei membri della commissione scomparve», come anche la maggior parte dei pubblici funzionari. Ritenendo che l'«apatia» del *kaymakam* rappresentasse il maggior problema, il corpo consolare guidato da Durando richiese espressamente al governatore generale di occuparsi della presidenza di una seconda commissione, che imponesse il rispetto delle misure elaborate da quest'ultima. Nella lettera congiunta indirizzata al governatore Şerif Osman Pascià, venne ribadito che era stata l'amministrazione ottomana a chiedere la collaborazione dei diplomatici e venne sottolineata la precarietà della situazione sanitaria di Sarajevo⁵². La dissoluzione della commissione per l'apparente defezione dei suoi membri aveva richiesto che il governatore in persona ne assumesse la presidenza, ma non essendo stata la commissione in grado di imporre il rispetto delle misure igienico-sanitarie alla popolazione, il corpo consolare declinò ogni responsabilità e richiese di essere esentato dal prendere ulteriormente parte alle eventuali deliberazioni di quest'ultima.

Nella sua risposta al corpo consolare, Osman Pascià si affrettò a riconoscere lo «zelo» e la «dedizione» mostrati da Durando, sottolineando che questi erano stati ampiamente apprezzati dall'amministrazione ottomana⁵³. Il governatore difese l'operato della commissione, ribadendo che essa aveva lavorato per settimane durante l'epidemia, e che le diverse defezioni del 23-24 ottobre erano state causate dall'epidemia e da incarichi ufficiali inderogabili. Egli ascrisse la non applicazione di talune misure più allo «spirito superstizioso» degli abitanti piuttosto che ad un'effettiva «cattiva volontà» di eludere l'applicazione delle misure sanitarie da parte dei notabili. Infine, la graduale diminuzione dei casi aveva convinto le autorità locali che presto la malattia sarebbe scomparsa ed era perciò inutile continuare a portare avanti i lavori della commissione, pur mantenendo in vigore le misure sanitarie ancora per qualche tempo.

Al governo italiano Durando scrisse che, anche se a parole il governatore aveva espresso la convinzione che il colera sarebbe presto scomparso, in realtà questi si era ritirato in una fortezza militare a mezz'ora dal centro abitato, mentre la mortalità continuava ad aumentare tra la popolazione locale. Gli unici due medici presenti a Sarajevo erano «sopraffatti dal lavoro» e il medico militare sarebbe stato presto troppo impegnato coi militari per potersi occupare dei civili. Secondo Durando la maggior parte dei contagiati «morivano per non essere soccorsi» e i cadaveri non venivano chiusi in casse, ma venivano esposti come prima nelle chiese e nelle moschee e «tanto i mussulmani che dei cristiani si facevano processioni di dieci, quindici cadaveri in

52 G. Ennas, RCD, 59, annesso (d'ora in poi a.) 2, il Corpo Consolare al Governatore Generale della Bosnia, Osman Pascià, 24 ottobre 1866, Sarajevo. Ivi, pp. 142-143.

53 G. Ennas, RCD, 59, a. 1, Governatore Generale della Bosnia, Osman Pascià, al Corpo Consolare, 28 ottobre 1866, Sarajevo. Ivi, pp. 141-142.

pieno giorno», portando i corpi infetti attraverso le principali vie della città. Per il vice-console tali processioni spaventarono la popolazione civile e «chi poté scappò». In città rimase solo «la poveraglia e la mezza gente», coloro che erano sprovvisti dei mezzi per lasciare il centro abitato. Durando continuò ad accusare la «trascuraggine» delle autorità locali, responsabili della «mancanza d'ogni soccorso e d'ogni provvedimento igienico», visto che più di una volta «la malattia segnò un sensibile miglioramento ma poi riprese più fortemente»⁵⁴. Solo alla fine del novembre 1866, Durando riportò che l'epidemia andava finalmente diminuendo, pur senza scomparire mai del tutto⁵⁵. Il morbo rimaneva endemico nei vari quartieri della città, come nel resto della Bosnia, malgrado il gelo dell'inverno. Perciò, egli si aspettava una recrudescenza della malattia anche per l'anno successivo⁵⁶.

Invece, nell'agosto del 1867, il sostituto temporaneo di Durando, il console francese Moulin, dichiarò che l'epidemia risultava ormai sparita dalla Bosnia⁵⁷. Quell'anno essa era rimasta essenzialmente circoscritta all'Erzegovina, dove, secondo quanto riportato dal console, aveva mietuto oltre cento vittime al giorno nel mese precedente. Moulin sottolineò il ruolo avuto dall'esercito ottomano nel soccorso alle popolazioni dell'Erzegovina, soprattutto nel centro di Nikšić, dove gli stessi abitanti attribuivano la fine della malattia più alla sollecitudine dei militari, che all'attività dei medici.

Dai documenti analizzati emerge chiaramente la volontà delle autorità consolari di bloccare la diffusione delle epidemie sul territorio ottomano per prevenirne il diffondersi oltre confine. Negli anni Sessanta tale attività preventiva veniva considerata dai consoli europei come una questione di rilevanza internazionale e il diffondersi della malattia oltre i confini ottomani come un pericolo da prevenire attraverso l'applicazione di misure igienico-sanitarie o quarantenarie.

Durando tra confine di Stato e confine sanitario in Montenegro

Nella seconda metà degli anni Settanta la situazione cambiò completamente. La Quarta Conferenza Sanitaria Internazionale di Vienna del 1874 aveva evidenziato la spaccatura esistente tra i Paesi dell'Europa settentrionale e quelli mediterranei sull'utilizzo delle misure quarantenarie. Il compromesso di permettere ai diversi governi

54 G. Ennas, RCD, 59, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, Emilio Visconti Venosta, 27 ottobre 1866, Sarajevo, Ivi, p. 139.

55 G. Ennas, RCD, 61, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, 27 novembre 1866, Sarajevo, Ivi, p. 143.

56 G. Ennas, RCD, 64, dal Vice-Console, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri, 24 gennaio 1867, Sarajevo, Ivi, p. 150.

57 G. Ennas, RCD, 68, dal Console di Francia, P. Moulin, al Ministro degli Affari Esteri, 29 agosto 1867, Sarajevo, Ivi, p. 155.

europei di scegliere tra il sistema delle quarantene e quello delle ispezioni sanitarie⁵⁸ aveva accantonato la cooperazione e favorito la prevenzione delle epidemie attraverso la creazione di molteplici sanità nazionali poste sotto la sorveglianza delle Grandi Potenze⁵⁹. In questo modo, si consolidò la logica dell'imperialismo coloniale, già espressa dalla tendenza a creare un regime sanitario "eccezionale" per Stati del Mediterraneo come l'Impero ottomano e l'Egitto⁶⁰. Infine, le scoperte di Louis Pasteur tra il 1877 e il 1879 e Robert Koch nel 1882 assestarono un duro colpo alla teoria anti-contagionista che aveva avuto grande fortuna fino all'inizio degli anni Settanta⁶¹.

Dopo il Congresso di Berlino del 1878 venne avviata nei Balcani una titanica opera di ridefinizione dei confini nazionali. Nuovi Stati vennero creati separando entità territoriali fino a quel momento facenti parte più o meno nominalmente dei territori ottomani. Le commissioni internazionali che si occuparono di tale gigantesca opera finirono per unire la questione della definizione di confini nazionali precisi con la creazione di nuovi sistemi sanitari. Lo sviluppo di nuovi confini e di misure sanitarie finì quindi per divenire un aspetto della cosiddetta "diplomazia dell'imperialismo". I documenti di Cesare Durando e del Ministro plenipotenziario incaricato Giuseppe Ottolenghi ci aiutano a chiarire questa trasformazione.

La Commissione per la delimitazione del Montenegro, i cui lavori si svolsero tra il 1879 e il 1883, si occupò di ampliare i confini dello Stato montenegrino annettendo alcuni territori ottomani secondo le disposizioni del Congresso. I membri della commissione erano essenzialmente esperti diplomatici e militari degli Stati coinvolti e delle Grandi Potenze, coadiuvati da tecnici ed esperti.

Nel corso dei lavori Durando, ora incaricato d'affari per il Montenegro, riportò le lamentele del governo montenegrino riguardo all'attitudine del rappresentante austriaco⁶². Il governo principesco era infatti desideroso di mantenere buoni rapporti con Vienna, ma non a scapito della propria «dignità e indipendenza». Nel suo successivo rapporto, Durando scrisse che in base al Trattato di Berlino, vista la chiusura e la neutralizzazione del porto di Antivari e delle acque montenegrine, l'esercizio della polizia marittima e della gestione sanitaria avrebbero dovuto essere affidati all'Austria-Ungheria da effettuarsi con «bastimenti leggieri guarda coste»⁶³. Come si evince

58 S. Chiffolleau, *Genèse...*, cit. pp. 128-129.

59 P. Zylberman, *Civilizing the State...*, cit. pp. 34-35.

60 S. Chiffolleau, *Genèse...*, cit. pp. 129-131.

61 I. A. Bolaños, *The Ottomans...*, cit. p. 610.

62 Archivio Storico del Ministero degli Affari Esteri, (d'ora in poi ASMAE), Fondo Moscati VI (d'ora in poi F. M. VI), Busta (B.) 1377, dispaccio (d'ora in poi d.) 14, Riservato (d'ora in poi R.), l'Incaricato d'Affari italiano in Montenegro, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri italiano, Benedetto Cairoli, Cetinje, 22 agosto 1879.

63 ASMAE, F. M. VI, B. 1377, d. 15, Serie Politica (d'ora in poi Ser. Pol.), l'Incaricato d'Affari italiano in Montenegro, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri italiano, Benedetto Cairoli, Cetinje, 26 agosto 1879.

dal rapporto di Durando, Vienna intendeva rafforzare la sua influenza sul principato attraverso la gestione della sua neutralità, così come anche della sua sicurezza sanitaria⁶⁴. Le proposte del governo imperiale riguardanti «la nomina d'un funzionario suo proprio o capitano di porto in Antivari e litorale annesso» e la sua «dipendenza assoluta [...] dall'Imperiale Regio marittimo di Trieste», preoccupava profondamente il governo principesco. Per tale ragione, Nicola I del Montenegro cercò di coinvolgere i governi russo e italiano nella diatriba al fine di contrastare le ingerenze austriache in materia marittima e sanitaria.

Nel dicembre 1879, Durando riportò come, durante il suo viaggio a Vienna, Nicola I avesse ottenuto le personali rassicurazioni dell'Imperatore Francesco Giuseppe riguardo all'autonoma gestione marittima e sanitaria della capitaneria del porto di Antivari da parte del Montenegro⁶⁵. In cambio Nicola I si era impegnato a impedire ad agenti italiani e russi «di nulla intraprendere là in contrario agli interessi della monarchia austriaca». Allora i diplomatici austriaci accantonarono l'idea di un controllo diretto sul porto di Antivari, raccomandando però «l'applicazione per parte del Montenegro delle leggi marittime dalmate», e chiedendo che fossero consentiti periodici controlli da parte imperiale. Agli inizi del 1880, dopo lunghe negoziazioni, l'accordo tra le due parti venne infine stabilito: il Montenegro avrebbe mantenuto il controllo della capitaneria del porto di Antivari, a patto che questa adottasse il diritto di navigazione dalmata e che venisse sottoposta a regolari ispezioni da parte delle autorità austriache, le quali avrebbero mantenuto in ogni caso il diritto di revoca nel caso in cui il Montenegro avesse mancato di impedire attività sovversive. Nella sua lettera a Durando Nicola I ammise di essere stato costretto a cedere alle pressioni di Vienna. Egli scrisse che «il destino dei piccoli è quello di cedere qualche volta ai forti, nonostante i loro diritti incontestabili»⁶⁶.

Il presente paragrafo ha evidenziato come, negli anni Settanta, la gestione internazionale delle epidemie si era evoluta, accantonando la prevenzione attraverso la cooperazione internazionale, e favorendo processi di costruzione nazionale in Stati posti sotto l'influenza delle Grandi Potenze, come nel caso del Montenegro. I documenti presi in considerazione confermano questa evoluzione: dalla prevenzione attraverso la cooperazione, a quella basata sullo sviluppo di molteplici sanità nazionali sotto influenza europea. In un certo senso, l'abolizione dell'antico cordone sanitario tra l'Impero asburgico e ottomano nel 1871 rappresentò il preludio della fine dei confini sanitari-imperiali e la nascita dei confini sanitari-nazionali nei Balcani. L'assimilazione dei confini sanitari con quelli nazionali era ormai completa.

64 A. Bashford, *The Age of Universal...*, cit. pp. 4-5.

65 ASMAE, F. M. VI, B. 1377, d. 23, Ser. Pol., l'Incaricato d'Affari italiano in Montenegro, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri italiano, Benedetto Cairoli, Gravosa, 1° dicembre 1879.

66 ASMAE, F. M. VI, B. 1377, d. 34, Ser. Pol., l'Incaricato d'Affari italiano in Montenegro, Cesare Durando, al Ministro degli Affari Esteri italiano, Benedetto Cairoli, Gravosa, 8 febbraio 1880.

Conclusion

Nel presente saggio, i documenti consolari prodotti da Cesare Durando hanno evidenziato in primo luogo la realtà delle commissioni internazionali per la prevenzione delle epidemie e di quelle per la delimitazione territoriale, tra gli anni Sessanta e Settanta dell'Ottocento. In secondo luogo essi hanno mostrato l'evoluzione del concetto di prevenzione basato sulla cooperazione internazionale ad uno legato invece alla costruzione di confini e sistemi sanitari nazionali, giustificando in parte l'influenza esercitata dalle potenze europee su altri Stati con la necessità di prevenire il diffondersi delle epidemie⁶⁷.

In conclusione, questo contributo vuole essere un'introduzione ad un discorso più vasto legato all'evoluzione dell'idea di confine di Stato e sanitario nel corso del XIX secolo e di come queste abbiano finito per coincidere con il concetto di confine nazionale. Per quanto questo saggio rappresenti solo l'inizio di un'analisi più approfondita, esso ha dimostrato, attraverso i documenti selezionati, l'evoluzione del concetto di prevenzione e l'idea che le procedure quarantenarie elaborate da diplomatici e tecnici e messe in atto dai diversi governi abbiano reso i confini di Stato più concreti rispetto a semplici linee su una mappa⁶⁸. Un'ulteriore analisi dei documenti diplomatici europei ed ottomani del XIX secolo potrebbe offrire nuove ed interessanti risposte riguardo allo sviluppo del concetto di confine nazionale alla fine dell'età moderna.

Bibliografia

- Abbott Andrew, *Time Matters: on theory and method*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.
- Ayalon Yaron, *Natural Disasters in the Ottoman Empire: Plague, Famine, and Other Misfortunes*, Cambridge, Cambridge University Press, 2014 (edizione digitale).
- Aydin Cemil, *Il lungo Ottocento. Una storia politica internazionale*, Torino, Einaudi, 2019.
- Bashford Alison, *The Age of Universal Contagion': History, Disease and Globalization*, in Bashford Alison (a cura di), *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, London, Palgrave MacMillan, 2014, pp. 1-17.
- Bolaños A. Isacar, *The Ottomans during the Global Crises of Cholera and Plague: the View from Iraq and the Gulf*, in «International Journal Middle East Studies», 51, (2019), pp. 603–620.

67 N. E. Gallagher, *Medicine and power in Tunisia, 1780-1900*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983; H. Boujarra, *Fiqh, médecine et makhzen face à la peste ou La pénible naissance d'une administration publique de santé en Tunisie à l'époque modern*, in *Les savoirs de l'administration: histoire et société au Maghreb du XVI^e au XX^e siècle*, a cura di H. Elboudrari e D. Nordman, Casablanca, Fondation du Roi Abdul-Aziz Al Saoud pour les Études Islamique et les Sciences Humaines, 2015, pp. 99-117.

68 A. Bashford, *The Age of Universal...*, cit. p. 7.

- Boujarra Hussein, *Fiqh, médecine et makhzen face à la peste ou La pénible naissance d'une administration publique de santé en Tunisie à l'époque moderne*, in Elboudrari Hassan, Nordman Daniel (a cura di), *Les savoirs de l'administration : histoire et société au Maghreb du XVI^e au XX^e siècle*, Casablanca, Fondation du Roi Abdul-Aziz Al Saoud pour les Études Islamique et les Sciences Humaines, 2015, pp. 99-117.
- Bulmuş Birsen, *Plague, Quarantines and Geopolitics in the Ottoman Empire*, Edinburg, Edinburgh University Press, 2012.
- Chantre Luc, *Entre pandémie et panislamisme. L'imaginaire colonial du pèlerinage à La Mecque (1866-1914)*, in «Archives de Sciences Sociales des Religions», 163, (2013), pp. 163-190.
- Chiffolleau Sylvia, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019 (edizione digitale).
- Conti Andrea, *Quarantine through History*, in «International Encyclopedia of Public Health», Vol. 6, (2017), pp. 229-235.
- Ennas Giorgio, *Reports of Cesare Durando Italian Vice-Consul in Sarajevo (1863-1867). "Accaparrarne gli animi per il nostro interesse"*, Istanbul, The Isis Press, 2020.
- Fuchs Stefan, *Herrschaftswissen und Raumerfassung im 16. Jahrhundert. Kartengebrauch im Dienste des Nürnberger Stadtstaates*, Zürich, Chronos Verlag, Medienwandel-Medienwechsel-Medienwissen, vol. 35, 2018.
- Gallagher Nancy Elisabeth, *Medicine and power in Tunisia, 1780–1900*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
- Jagailoux Serge, *La médicalisation de l'Égypte au XIX^e siècle 1798-1918*, Paris, Editions Recherche sur les civilisations, 1986.
- Jesné Fabrice, *Normes et Pratiques de l'Information Consulaire. Le consulat de Sardaigne à Smyrne (1857-1861)*, in Marzagalli Silvia (a cura di), *Les Consuls en Méditerranée, agents d'information, XVI^e-XX^e siècle*, Paris, Classiques Garnier, 2015, pp. 273-294.
- Kuhnke Laverne, *Lives at Risk: Public Health in Nineteenth-Century Egypt*, Oakland, University of California Press, 1990.
- Low Michael Christopher, *Imperial Mecca: Ottoman Arabia and the Indian Ocean Hajj*, New York, Columbia University Press, 2020 (edizione digitale).
- Marin Irina, *Contested Frontiers in the Balkans. Ottoman and Habsburg Rivalries in Eastern Europe*, London-New York, I.B. Tauris, 2013.
- McNeill H. William, *La Peste nella Storia. L'impatto delle pestilenze e delle epidemie nella storia dell'umanità*, Milano, Edizioni Res Gestae, 2020.
- Menchinger L. Ethan, *The First of the Modern Ottomans: The Intellectual History of Ahmed Vastf*, Cambridge, Cambridge University Press, 2017.
- Moulin Anne Marie, Ulman Yeşim Işıl, *History of Medicine in the Ottoman Empire and the Middle East from the 19th Century Onwards*, Istanbul, The Isis Press, 2010.
- Panzac Daniel, *La peste dans l'empire Ottoman, 1700-1850*, Leuven, Peeters Pub & Booksellers, 1985.

- Panzac Daniel, *Quarantaines et lazarets. L'Europe et la Peste d'Orient (XVIIe-XXe siècles)*, Aix-en-Provence, Edisud, 1986.
- Pedani Maria Pia, *Dalla Frontiera al Confine*, Venezia, Herder Editrice, 2002.
- Pešalj Jovan, *Monitoring Migrations. The Habsburg-Ottoman Border in the Eighteenth Century*, Leiden, PhD Thesis, 2019.
- Reinhart A. Kevin, *Civilization and its discussants: Medeniyet and the Turkish Conversion to Modernism*, in Dennis Washburn, Kevin A. Reinhart (a cura di), *Converting Cultures. Religion, Ideology and Transformations of Modernity*, Leiden, Brill, vol. 14, 2007, pp. 267-289.
- Reinkowski Maurus, *The State's Security and the Subjects Prosperity: Notions of Order in Ottoman Bureaucratic Correspondence (19th Century)*, in Hakan T. Karateke, Maurus Reinkowski (a cura di), *Legitimizing the Order. The Ottoman Rhetoric of State Power*, Leiden, Brill, vol. 34, 2005, pp. 195-212.
- Rutz Andreas, *Die Beschreibung des Raums. Territoriale Grenzziehungen im Heiligen Römischen Reich*, Köln, Böhlau, Norm und Struktur. Studien zum sozialen Wandel in Mittelalter und Früher Neuzeit, vol. 47, 2018.
- Sahlins Peter, *Boundaries: The Making of France and Spain in the Pyrenees*, Berkeley, University of California Press, 1989.
- Snowden Frank, *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, London, Yale University Press, 2019.
- Speciale Salvatore, *Oltre la Peste. Sanità, popolazione e società in Tunisia e nel Maghreb (XVIII-XX secolo)*, Cosenza, Luigi Pellegrini Editore, 1997.
- Speciale Salvatore, *Il Contagio del Contagio. Circolazione di saperi e sfide bioetiche tra Africa ed Europa dalla Peste Nera all'AIDS*, Reggio Calabria, Città del Sole edizioni, 2016.
- Tilly Charles, *Coercion, Capital, and European States AD 990-1990*, Boston, Blackwell, 1990.
- Tognotti Eugenia, *Lessons from the History of Quarantine: From Plague to Influenza A*, in «Emerging Infectious Diseases», 19, (2), (2013), pp. 254-259.
- Varlık Nükhet, *Plague and Empire in the Early Modern Mediterranean World: The Ottoman Experience, 1347-1600*, Cambridge, Cambridge University Press, 2015 (edizione digitale).
- Varlık Nükhet, *The plague that never left: Restoring the Second Pandemic to Ottoman and Turkish history in the time of Covid-19*, in «New Perspectives on Turkey», 63, (2020), pp. 176-189.
- Zylberman Patrick, *Civilizing the State: Borders, Weak States and International Health in Modern Europe*, in Bashford Alison (a cura di), *Medicine at the Border. Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*, New York, Palgrave MacMillan, 2014, pp. 21-40.

“Viribus unitis”. Premesse e digressioni della lotta antitubercolare fascista

DI

GIORGIO LUCARONI

Abstract

Muovendo dalle fonti offerte dagli archivi e dalle biblioteche dell'INPS, l'intervento vuole ricostruire l'approccio politico e legislativo del regime fascista alla lotta antitubercolare, i concetti che ne determinano l'azione, i suoi risultati. Contestualmente, esso intende ripercorrere l'evoluzione del discorso scientifico, sociale e medico nei confronti del *mal sottile* rintracciando i soggetti e le istituzioni coinvolti nel campo antitubercolare e le lacune del sistema fascista.

Parole chiave: tubercolosi, fascismo, INPS, patrimonio umano, difesa sociale

This essay aims to reconstruct the fight of the Fascist regime against tuberculosis by exploring the connections between concepts and praxis. Drawing from archival and printed sources of the Italian National Institute for Social Security (INPS), it first intends to retrace the evolution of the scientific, social, and medical discourse on the white plague by tracing the subjects and institutions involved in the fight. Second, it assesses the limits and shortcomings of the Fascist state's anti-turbecolosis policy.

Keywords: tuberculosis, italian fascism, INPS, human capital, social defence

Tra età giolittiana e fascismo

Nel 1920, per i tipi della «Collana Rossa»¹ della “Federazione Italiana delle Biblioteche Popolari di Milano”, veniva pubblicato un agile «volumetto» curato da Guido Salvini – medico e funzionario per le politiche sanitarie del comune meneghino – titolato *La Tuberculosis e l'igiene*². Ennesimo prodotto di quell'opera di pedagogia e divulgazione dei saperi scientifici promossa fin dagli esordi dello Stato liberale, il volume si presentava come un prontuario per il buon italiano interamente dedicato al morbo tubercolare, espressione di un lungo processo di conoscenza e consapevolezza del *mal sottile* avviato in Italia nella seconda metà dell'Ottocento e ancora in evoluzione nel primo dopoguerra. Calmierata agli inizi del XIX secolo, stando ai disorganici dati disponibili³, dalla scarsa urbanizzazione della penisola, la tubercolosi era esplosa in età post-risorgimentale con tassi di mortalità del 4% ogni mille abitanti ed elevati picchi di incidenza tra donne, bambini e giovani al di sotto dei trent'anni [Tabb. 1-2]. Favorita dalla malnutrizione e dai vapori delle officine eppure trascurata dai governi postunitari, essa riecheggia nel teatro, nella poesia e nella prosa nazionali⁴ assumendo consistenza nel dibattito pubblico attraverso l'opera di igienisti, sociologi, medici del lavoro ed economisti fermi nel sollecitare le prime campagne di sensibilizzazione⁵, denunciare le condizioni dei contesti lavorativi e abitativi⁶ ed evidenziare l'inefficienza

-
- 1 Finanziata da enti locali e nazionali quali la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, il Ministero dell'Istruzione, il Ministero dell'Interno, il Ministero degli Esteri, il Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio, il Ministero di Guerra e delle Colonie, la «Collana» era stata pensata per costituire un nucleo orientativo di letture da distribuire nelle edicole, nelle biblioteche e nelle scuole popolari. Suddivisa in tre serie – Corsi organici d'insegnamento; Questioni sociali d'attualità; Lettere ed Arti – essa comprendeva testi di astronomia e geologia, fisica, chimica, scienze biologiche, igiene, scienze economiche, diritto, storia, geografia, tecnologia e storia delle grandi invenzioni, scienza e filosofia.
 - 2 G. Salvini, *La tubercolosi e l'igiene*, Parma, Casa Editoriale Libreria della Associazione Nazionale fra Mutilati e Invalidi di Guerra, 1920.
 - 3 È opinione comune che i dati sulla mortalità tubercolare siano nettamente sottostimati e che essa possieda un impatto superiore sul contesto nazionale già nel primo cinquantennio del XIX secolo. Si vedano C. Borro Saporiti, *L'endemia tubercolare nel secolo XIX: ipotesi per ripensare un mito*, in *Storia d'Italia: Annali* vol. VII. *Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984; G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai nostri giorni*, Roma-Bari, Laterza, 2010, p. 311 ed E. Tognotti, «Il morbo lento». *La tisi nell'Italia dell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 2012.
 - 4 Si pensi al Manzoni – che vide morire di tisi la figlia Matilde –, a Verga, Leopardi, Negri, Tommaseo, Gozzano e Dossi. O ancora, passando alla lirica, alla Violetta de «La Traviata» o alla Mimì de «La Bohème». Cfr. A. Cherubini, *Della tubercolosi. La letteratura. La società. Psicologia dell'artista tubercolotico*, Roma, Istituto di Medicina Sociale, 1960; G. Perletti, *Dal mal sottile al mal gentile. La malattia polmonare e il morboso 'interessante' nella cultura dell'Ottocento*, in «Paragrafo. Rivista di Letteratura & Immaginario», 1, (2006), pp. 179-198; F. Serra, *La morte ci fa belle*, Torino, Bollati Boringhieri, 2013.
 - 5 Tra cui, la più celebre, contro lo sputo: P. Darmon, *Vietato sputare!*, in *Per una storia delle malattie*, a cura di J. Le Goff e J. C. Sournia, Bari, Dedalo, 1986, pp. 285-288.
 - 6 C. Giovannini, *Risanare le città. L'utopia igienista di fine Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1996; G. Zucconi, *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book, 1999.

del sistema sanitario giolittiano⁷. Sistema che palesa le sue lacune agli albori del primo conflitto mondiale.

Priva di strutture profilattiche e assistenziali adeguate, l'Italia non può che rimanere atterrita di fronte alla violenta recrudescenza del morbo emersa fin dai primi anni di guerra. Anche solo guardando alle statistiche – da considerarsi comunque al ribasso – alla fine del 1915 i morti per tubercolosi sono aumentati di 5.000 unità rispetto al triennio 1912-1914 fino a toccare la cifra di 73.944 vittime nel 1918. La guerra, poi, livella il tenore di vita, facilita il contagio tra i richiamati, decurta il personale ospedaliero, costringe donne, bambini, anziani a convergere nelle industrie per sopperire all'incessante produzione bellica. D'altro canto, essa impone allo Stato di coltivare le sue responsabilità tutoriali obbligando le istituzioni a sostenere concretamente chi aveva offerto sé stesso sull'altare della causa nazionale. Da qui, nel campo antitubercolare, i decreti luogotenenziali del 26 luglio 1917 e del 4 aprile 1918 che concedevano fondi per le spese di spedalità dei soldati tubercolosi, mutui senza interessi per la gestione dei ricoveri, sussidi giornalieri per le vittime e le loro famiglie creando, infine, Comitati Provinciali Antitubercolari – presieduti da prefetti – a vigilare sull'attuazione delle disposizioni in vigore. Una struttura legislativa inedita, e forse per questo acerba e inefficace⁸, rinnovata dalla legge del 24 luglio 1919. Approvata al termine di un lungo iter parlamentare, la legge spostava l'asse dell'intervento statale dall'esercito alla società soffermandosi sulle patologie extra respiratorie e aggiungendo alle "contratte" negli anni di guerra quelle "aggravate" durante il servizio militare. Ancora, essa elevava i mutui per la costruzione di sanatori portandone l'onere da 23 a 45 milioni e dettando le norme per costituire appositi Consorzi fra province e comuni. Infine, stanziava due milioni *una tantum* per l'impianto di dispensari, altri due annui per la loro gestione, un milione e mezzo ogni anno per le spese di ricovero, mezzo milione per le altre opere di assistenza e per il funzionamento dei Consorzi e centomila lire per la preparazione di personale specializzato.

Create «le premesse perché l'obiettivo di dotare il Paese di una rete di istituti di profilassi, cura ed educazione antitubercolare scendesse dal regno delle buone intenzioni a quello delle concrete possibilità»⁹, la tubercolosi trasmigrava dalle trincee

7 F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in «Studi storici», XXI, 4, (1980), pp. 713-759; P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, il Mulino, 1986; G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, Bologna, il Mulino, 1997, pp. 195-223 e da ultimo R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2019.

8 A un primo bilancio del 31 gennaio 1919 risultava che soltanto la metà delle somme stanziati per il ricovero dei tubercolosi di guerra e solo un quarto delle risorse previste per i sanatori e i mutui senza interesse erano state impegnate. Cfr. T. Detti, *Stato, guerra e tubercolosi (1915-1922)*, in *Storia d'Italia: Annali* vol. VII. *Malattia e Medicina*, cit. pp. 920-921 e più in generale l'intero saggio per le riforme promosse nel periodo bellico e i vari passaggi politici e legislativi.

9 Ivi p. 925.

al fronte interno assurgendo, nei primi anni Venti, a «malattia sociale per eccellenza», piaga collettiva – scriveva Salvini – provvista dei più «svariati e intimi rapporti con tutte le modalità della convivenza sociale»¹⁰, minaccia al capitale umano della nazione e degna, perciò, delle più serie premure e di sintesi che fossero al contempo scientifiche e divulgative, teoriche e pratiche. Muovendo da questa atmosfera oscillante tra la paura e la volontà di agire che coinvolge tanto la medicina quanto la politica primonovecentesche, il medico milanese approcciava la questione tubercolare suddividendola in otto lezioni, aprendo il volume con un'analisi scientifica del morbo e proseguendo con una disamina delle problematiche storico-sociali dovute alla sua diffusione. Soffermandosi sulla seconda sezione, l'opera indagava il rapporto tra tubercolosi e igiene pubblica riprendendo temi già sviscerati dal dibattito ottocentesco ma anche questioni sollevate con maggiore vigore dal primo conflitto mondiale. La guerra, sosteneva Salvini, aveva determinato l'improcrastinabilità di un massiccio intervento statale nel terreno della lotta antitubercolare: intervento che tenesse conto non soltanto della cura degli individui ma anche della loro "protezione". Più della malaria, della pellagra, del colera o del tifo, infatti, la "peste bianca" attentava oscuramente non soltanto il singolo ma «tutta la vita sociale» e, con essa, la «fonte prima della società: il lavoro»¹¹. Stigmatizzato da antiche credenze, emarginato e reietto, il tubercoloso si differenziava dalla massa perché "anormale", improduttivo, dannoso per sé stesso e per la collettività in virtù di una colpa e di un male sì fisici ma anche morali, spirituali ed economici. La difesa contro il «flagello tubercolare» necessitava, allora, di coinvolgere «l'individuo e la società»: l'uno nelle vesti del «figlio bisognoso di soccorso», l'altro nell'abito del «padre che gli viene in aiuto, esigendo però dal figlio il concorso di buona volontà e di interessamento»¹². Operando non più in una logica filantropica ma all'interno di un quadro normativo regolato dalle istituzioni, l'iniziativa antitubercolare andava perciò dotata di una visione centralizzata che ripensasse la salute del singolo non come concessione paternalistica ma quale prerogativa dello Stato poiché dalla salubrità del corpo sociale dipendevano la sopravvivenza ma anche la ricchezza materiale e spirituale della nazione. Per tali ragioni, occorreva agire alla sorgente favorendo iniziative pedagogiche, progetti di edilizia popolare, bonifiche degli ambienti pubblici e lavorativi che permettessero non la semplice degenza del malato ma la sua reintegrazione nello spazio sociale. Catechizzare e «prevenire – concludeva Salvini – per non dover essere costretti a reprimere»¹³.

Nel suo essere opera scientifica ma anche divulgativa, il libello appare come un utile strumento di confronto con i linguaggi e i temi fondanti del campo antitubercolare

10 G. Salvini, *La tubercolosi e l'igiene...*, cit. p. 3.

11 Ivi p. 7.

12 Ivi p. 151.

13 Ivi p. 216.

agli inizi degli anni Venti: la salvaguardia del “patrimonio umano”, l’interdipendenza di valore umano e valore economico, l’affermazione di una comunità produttiva, morale e spirituale sui bisogni e le volontà dell’individuo. Prima ancora, quindi, che il fascismo mussoliniano esprima qualsiasi direttiva di politica sociale, tali riflessioni appartengono al dibattito scientifico italiano coinvolgendo istituzioni, intellettuali, riviste¹⁴. È il caso di «Difesa sociale» – edita dall’Istituto Italiano d’Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale diretto da Ettore Levi – nata nel gennaio del 1922 e tra i promotori di una gestione dell’esistente che passasse dalla protezione del singolo e dal monitoraggio continuo dei fenomeni epidemici con un approccio analitico ma al contempo pedagogico: «condurre o provocare inchieste, indagini, ricerche, ecc. sulle cause delle malattie sociali [...] sui danni morali ed economici che da esse derivano all’individuo ed alla comunità, sulle provvidenze legislative e di medicina preventiva atte a correggere tali cause e ad evitare tali danni»¹⁵. Non diversamente ragionava un altro periodico inaugurato nei primi anni Venti: la «Rivista dell’Assistenza per l’infanzia la maternità e la vecchiaia». Pur focalizzandosi su alcune specifiche categorie, anche il *Programma* redatto dalla fondatrice Gina Giannini Alessandri ricalcava le necessità esposte tanto da Salvini quanto dalle pagine di «Difesa sociale»: l’opera di studio e conoscenza da raccordare con un approccio di matrice educativa; la formazione di una «coscienza nazionale dell’assistenza»; il superamento delle espressioni «di filantropia, di amore per il prossimo, di bontà e di tenerezza per gli umili ed i sofferenti» da elevarsi «a funzione di interesse nazionale»¹⁶. Non più, quindi, un impianto frammentato, imposto o promosso da isolati mecenati ma la creazione di un senso comune che preservasse il bene più prezioso della nazione: «la sua gente laboriosa, alacre, d’intelligenza pronta e di braccio saldo, e di una vitalità così esuberante, da potere non soltanto soddisfare ai bisogni della Patria, ma portarne anche alto il nome e diffusa l’influenza oltre i confini, nelle più lontane terre»¹⁷. Citando Giovanni Indri, senatore e Presidente della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, poi INFPS, bisognava allora istruire «la pubblica opinione» sul più alto «valore dell’igiene sulla cura, della profilassi sulla terapia»¹⁸

14 Sul rapporto scienza/fascismo si vedano almeno R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia, 1999; C. Mantovani, *Rigenerare la società. L’eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2004; F. Cassata, *Molti, sani e forti. L’eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006 e Idem, *Verso l’«uomo nuovo»: il fascismo e l’eugenetica «latina»*, in *Storia d’Italia: Annali* vol. XXVI. *Scienza e cultura dell’Italia unita*, a cura di C. Pogliano e F. Cassata, Torino, Einaudi, 2011, pp. 131-156.

15 *Programma*, in «Difesa sociale», I, 1, (1922).

16 *Il nostro programma*, in «Rivista dell’Assistenza per l’infanzia la maternità e la vecchiaia», I, 1, (1925), p. 1. Nata nel marzo 1925 e poi divenuta rivista ufficiale dell’ONMI, la rivista cambierà veste e patrocinio nel gennaio del 1927 quando prenderà il nome di «L’Assistenza Sociale» passando sotto la direzione del Patronato Nazionale della Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti (CNSF) gestito da Edmondo Rossoni.

17 *Ibidem*.

18 G. Indri, *Attuale orientamento della previdenza sociale*, in «Le Assicurazioni Sociali», I, 5, (1925), p. 15.

sostituendo «a mezzi inadeguati» e singolari «mezzi adeguati» e collettivi affinché alla ricostruzione «di valori economici e di valori morali» si affiancasse una più viva conoscenza e coscienza di «quale inestimabile valore [avessero] la vita dell'uomo» e la «sua salda e completa efficienza»¹⁹.

Che si guardi, quindi, ai medici, agli economisti o agli scienziati sociali, pare evidente che il discorso antituberculare agli esordi del ventennio sia costruito attorno a un'esigenza condivisa: difendere l'individuo non solo in quanto corpo malato ma perché economia, demografia e produttività. Convinzione che ritornava, fiancheggiata da sfumature nazionaliste e razziali, in un lungo articolo firmato da Ettore Levi e intitolato *Per l'avvenire della razza. Valori umani e difesa sociale*. «La guerra – affermava Levi – ha profondamente intaccato il patrimonio umano della Nazione, ma le ferite inferte dai nemici esterni al tronco della razza durante il tragico episodio bellico sono minima cosa di fronte alle oscure, silenziose perdite quotidiane che insidiosi e più temibili nemici interni, gli inevitabili mali sociali, arrecano al popolo nostro che tollera supinamente così inutile sacrificio»²⁰. Pur non sminuendo la tragicità dell'intermezzo bellico, Levi ricalibrava il rapporto tra le conseguenze manifeste della guerra e la subdola sofferenza che affliggeva la popolazione italiana, l'«innegabile, dolorosa ineguaglianza sociale di fronte alla sofferenza, alla malattia ed alla morte»²¹. «Si muore troppo presto; ci si ammala troppo presto; si soffre inutilmente: non si sa abbastanza, né in alto, né in basso, che la malattia è evitabile, che la morte è troppo spesso prematura, che la vita media può essere di molto prolungata, resa più piena, più lieta, più produttiva, con incalcolabile vantaggio individuale e collettivo»²². Riassumendo concetti già emersi negli scritti precedenti, l'articolo restituiva la necessità di una maggiore conoscenza del nemico e l'impellente di un'azione pedagogica che stimolasse le coscienze di individui e istituzioni. Ancora, esso ribadiva la rappresentazione di morte e malattia come fonti di squilibrio economico e morale; i vantaggi di un approccio che agisse all'origine del male; la inderogabile «opera di previdenza e di assistenza, cioè di tempestiva, [...] difesa dei valori umani»²³. Difesa che non poteva passare dalla beneficenza o dall'imposizione del sapere scientifico ma che doveva pervadere il senso comune e la politica italiane. «Quel governo, quella classe, quel partito – concludeva – che, sulla base di tali postulati di salute pubblica e di pubblica economia, saprà teneramente tendere alla ricostruzione nazionale, avrà la vittoria e sarà vittoria meritata!»²⁴.

19 *Ibidem*.

20 E. Levi, *Per l'avvenire della razza. Valori umani e difesa sociale*, in «Difesa sociale», I, 1, (1922), p. 7.

21 *Ibidem*.

22 *Ivi* p. 8.

23 *Ivi* p. 7.

24 *Ivi* p. 10.

Ciò che si avverte in Levi, nella Alessandri, in Salvini e in Indri è allora il bisogno di una frattura, di un ridimensionamento delle strutture politiche e sociali che converga verso l'interesse collettivo, verso la costruzione di una comunità ideale di matrice scientifica e valoriale. Merito, o meglio astuzia, del primo fascismo fu di recepire tali aspettative ammantandole di immaginari e retoriche, imponendosi come quel soggetto tanto agognato perché radicalmente diverso – nelle forme e nella prassi – da ciò che l'aveva preceduto. Operazione tutt'altro che fallimentare se nel settembre del 1925 Giovanni Indri poteva annunciare l'inizio «di un'era novella» di «una rinascita [...] asserzione e promessa di vittorie feconde», modellata dall'«Uomo eminente che, per fortuna d'Italia, dirige e compendia questa resurrezione dei destini eterni della Patria ridesta» e cui spettava una più grande impresa a favore della «tutela della salute e della vita dei lavoratori»²⁵.

Senza sovrastimare la *captatio benevolentiae* del senatore, tutto ciò lascia intravedere quale potesse essere il *fil rouge* tra il nascente regime fascista e coloro che, già in epoca giolittiana, invocavano la ristrutturazione del panorama sanitario e previdenziale italiano. Entrambe le parti, infatti, condividono una *forma mentis* organicista, interessata più alla collettività, alla «mirabile macchina umana, fonte unica e prima di ogni progresso civile»²⁶ che all'individuo. Entrambe, ancora, ragionano sulla salvaguardia del patrimonio umano ricusando la diversità a favore del controllo e del perfezionamento del vivente. Entrambe, infine, vivono la consapevolezza di dover inaugurare un rinascimento della nazione che estirpi alla radice ciò che si oppone a tale progetto condiviso: «la tubercolosi, l'alcoolismo, le malattie sessuali» che intaccano le energie del singolo stroncandone «l'attività e la produttività economica»²⁷. Una bonifica, quindi, citando ancora Ettore Levi, di corpi, spiriti ma anche spazi: le «case incivili», «le scuole ove non penetra luce di sole, né l'alito di uno spirito nuovo», «le officine e i campi» al fine di valorizzare l'uomo come solo elemento capace di rinnovare «la grandezza civile e la potenza economica del Paese [nostro], in una visione superiore di difesa e di ricostruzione delle energie potenziali, fisiche ed intellettuali degli individui e della collettività»²⁸.

A questa concordanza di radici e prospettive ispirata dal regime si devono le indagini di funzionari e medici quali Cesare Giannini e Guido Malan sulle evoluzioni storiche e statistiche del morbo tubercolare²⁹, le rassegne sulle condizioni abitative, i

25 G. Indri, *Attuale orientamento della previdenza sociale*, in «Le Assicurazioni Sociali», I, 5, (1925), p. 15.

26 E. Levi, *Alle radici dei mali sociali: il fascismo alla prova*, in «Difesa sociale», II, 1, (1923), p. 2.

27 Ivi p. 3.

28 Ivi p. 4.

29 Rispettivamente Direttore dei Servizi Sanitari della Cassa delle Assicurazioni Sociali e primario dell'Ospedale San Luigi di Torino. Cfr. C. Giannini, *La tubercolosi malattia sociale*, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», I, 6-7, (1925), pp. 19-23; Idem, *I nuovi orientamenti nella lotta antitubercolare*, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», II, 10, (1926), pp. 25-34; G. Malan, *Lo Stato attuale della*

saggi sulla protezione dell'infanzia³⁰, i resoconti degli enti coinvolti nella lotta – su tutti la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali³¹ –, le riflessioni sui possibili impianti legislativi da opporre alla malattia³² a riprendere quel confronto sulla difesa e l'educazione del vivente già emerso nel primo dopoguerra arricchendolo di interlocutori, spazi di discussione, temi. Se da un lato, infatti, si aspira idealmente alla prevenzione, alla pianificazione igienica, alla profilassi, dall'altro si ragiona pragmaticamente sul versante curativo, sui provvedimenti da adottare nel breve periodo per agire in modo repressivo e squisitamente sanitario. Su riviste e bollettini compaiono analisi sugli impianti sanatoriali, sulle colonie e i convalescenziari ridiscutendo l'operato dei Consorzi Provinciali³³ e i benefici offerti dalle pratiche del ricovero, dell'ospedalizzazione e dell'allontanamento sociale del malato. Posizione, quest'ultima, ben sintetizzata da un articolo del patologo Gioacchino Breccia intitolato *La più grande moria moderna: la tubercolosi*.

Adottando parole e immagini abituali nella retorica fascista, il medico milanese si soffermava sulla tubercolosi come fattore di rischio per la sopravvivenza e la «robustezza della Stirpe», «causa di minorazione organizzativa e spirituale della razza, che cagiona insensibilmente il decadimento delle forze materiali, e spessissimo anche morali dei soggetti». Contrariamente, però, a quanto espresso da Indri o Levi, Breccia sosteneva che «per preservare il singolo e la comunità» vi fosse un solo e «unico mezzo [...] la sanità»³⁴. Di conseguenza, l'articolo volgeva la propria attenzione all'aspetto clinico, alla separazione tra corpo sano e corpo malato, tra norma ed eccezione poiché

lotta antitubercolare in Italia, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», II, 9, (1926), pp. 10-13.

30 Per gran parte ricavati dalle esperienze sul campo nei preventori e nei primi istituti sanatoriali. *La difesa della salute e la scuola*, in «Difesa sociale», I, 4, (1922), pp. 9-10; F. Valagussa, *La lotta contro la tubercolosi infantile*, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», I, 1, (1925), pp. 18-19; L. Spolverini, *Sulla profilassi sociale della tubercolosi infantile*, in «Le Assicurazioni Sociali», I, 6, (1925), pp. 14-21; G. Pirani, *La tubercolosi polmonare nell'infanzia e la necessità dei Sanatori per bambini*, in «Difesa sociale», V, 10-11, (1926), pp. 3-6.

31 *La Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali e i suoi compiti di medicina preventiva*, in «Difesa sociale», III, 10, (1924), pp. 11-12; C. Giannini, *La Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali nell'assistenza e nella previdenza*, in «Difesa sociale», VI, 7, (1927), pp. 4-11; G. Sangiorgi, *Per un Ente Nazionale di lotta contro la Tubercolosi*, in «Difesa sociale», V, 12, (1926), pp. 4-5.

32 P. Zanoni, *L'assicurazione contro la "Peste Bianca"*, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», I, 2, (1925), pp. 15-16; C. Giannini, *La tubercolosi problema previdenziale*, in «Le Assicurazioni Sociali», II, 3, (1926), pp. 21-41; G. Loriga, *La funzione igienica dell'assicurazione contro la malattia*, in «Le Assicurazioni Sociali», III, 2, (1927), pp. 24-42.

33 Tra gli esempi: *Per una colonia sanatoriale nell'Appennino Centrale*, in «Difesa sociale», IV, 5-6, (1925), pp. 147-148; *Per il Sanatorio antitubercolare in Sicilia*, in «Difesa sociale», IV, 5-6, (1925), pp. 157-159; *Per la creazione di un sanatorio antitubercolare nella città giardino di Mussolinia*, in «Le Assicurazioni Sociali», I, 2, (1925), p. 104; C. Sartori, *Le opere di assistenza della città di Cremona. Il Consorzio Antitubercolare*, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», I, 4-5, (1925), pp. 41-42; G. Malan, *La lotta antitubercolare. Il consorzio antitubercolare della provincia di Torino*, in «Rivista dell'Assistenza per l'infanzia la maternità e la vecchiaia», I, 4-5, (1925), pp. 42-43.

34 G. Breccia, *La più grande moria moderna: la tubercolosi*, in «Difesa sociale», III, 4, (1924), p. 6.

«i deboli», osservava Breccia, non rappresentavano altro che «il peso morto della stirpe, i disadatti, i non redditivi, gl'inabili alle fatiche della esistenza»³⁵. Esacerbando il rapporto tra umanità e produttività e sfumandolo di tinte razziali e classiste, Breccia si schierava a favore di un atteggiamento repressivo perché ciò che era marcio e infetto non contagiasse la salubrità fisica e spirituale della nazione: non accudire e reintegrare il malato, quindi, ma «toglierlo dalla circolazione» perché quell'«immensa sciagura nazionale» non debilitasse una comunità già flagellata dal conflitto bellico e di cui il male sottile si presentava come «malattia indice [...] dello stato di miseria e d'incuria sanitaria, civile e morale della popolazione [...] della fiacchezza ed insufficienza della razza»³⁶. Combattere la tubercolosi significava allora combattere «la debolezza organica, la gracilità della costituzione» perché «bonifica umana antitubercolare e bonifica umana ortobiologica per l'incremento della razza» erano «*unum et idem*»³⁷.

Forse anche per l'impazienza di arginare il morbo, tali riflessioni non mancavano di riscuotere notevole successo. Tra il 1925 e il 1927, infatti, non pochi dirigenti sanatoriali, accademici e primari quali Luigi Guerra-Coppioli, Oreste Cignozzi e Gustavo Pisenti si dichiaravano favorevoli a una campagna antitubercolare fondata sull'isolamento e il ricovero³⁸ riconoscendo la scarsa incidenza delle politiche pedagogiche e l'impellenza di un intervento repressivo. Citando Giuseppe Sangiorgi, Direttore dell'Istituto di Igiene della Regia Università di Parma: «La scottante verità è che il flagello in casa nostra non è arretrato di un passo dalle vecchie posizioni: esso è ancora lì, tenace e tracotante, vorace e famelico, ché a dispetto di tutto e di tutti divora ogni anno 60 e più mila persone [...] il che significa che ciò che si è fatto e si fa, colle opere e colle parole, è rimasto e rischia di rimanere l'eterna fatica di Sisifo se una buona volta non s'infila coraggiosamente la via maestra. E la via maestra è lì: l'isolamento del tubercoloso». Prima di qualsiasi opera di prevenzione e profilassi, scriveva il medico toscano, era allora necessario togliere «dalla circolazione» il malato adoperandosi per la costruzione di una diffusa rete sanatoriale: «letti, letti, letti, ci vogliono!», concludeva Sangiorgi, mirando all'agente patogeno, al tubercoloso, «tagliandone i rapporti con la Società sana»³⁹, espiantando la cancrena perché il corpo potesse sopravvivere.

35 Ivi p. 7.

36 *Ibidem*.

37 Ivi p. 8.

38 L. Guerra-Coppioli, *L'ospedalizzazione nella lotta antitubercolare*, in «Difesa sociale», IV, 10, (1925), pp. 263-265; G. Pisenti, *I preventori antitubercolari e la nostra incomprendione di ciò che devono essere*, in «Difesa sociale», V, 3, (1926), pp. 3-7; O. Cignozzi, *La funzione ospedaliera nell'assistenza sociale*, in «L'Assistenza Sociale», I, 9, (1927), pp. 434-437; C. Giannini, *I nuovi orientamenti nella lotta antitubercolare*, in «Difesa Sociale», VI, 3, (1927), pp. 17-19.

39 Per questa e le citazioni precedenti G. Sangiorgi, *Contro un flagello sociale*, in «L'Assistenza Sociale», III, 1, (1927), pp. 12-13.

Nell'oscillare tra un'azione di stampo preventivo e un approccio repressivo che colpisse il morbo senza debellarne le cause, il fascismo scelse di operare nel mezzo attingendo ai due estremi del dibattito scientifico senza soddisfare pienamente né l'una né l'altra prospettiva. Certo dei benefici futuri di una vasta azione profilattica ma anche pressato dalla necessità di celebrare la sua opera nel tempo presente, il regime costruì una struttura antitubercolare interessata più alla superficie che alla profondità, largamente ispirata alle riforme promosse dai governi liberali e centrata su un provvedimento legislativo seminale: la legge n. 2055 del 27 ottobre 1927 ossia l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

La lotta antitubercolare tra il 1927 e il 1939

I polmoni son corrosi / dalla rea tubercolosi, / dove il sole non si vede, /
dove l'aria a stento riede, / dove manca pulizia, / dove il cibo scarso sia, /
dove polvere s'inalza / e il bisogno troppo incalza; / dove volano le mosche /
grigie – brune – aurate – fosche, / dove spendesi nel vino / fino all'ultimo quattrino; /
dove, alfin, tabacco e venere / ti riducon l'uomo in cenere.

*Filastrocca di propaganda antitubercolare*⁴⁰

Lungamente auspicata dalla comunità medica italiana⁴¹, la legge n. 2055 prevedeva la creazione di un impianto previdenziale esclusivamente rivolto alla tubercolosi ponendo al suo vertice la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali. Ancora, essa rimodellava le competenze dei dispensari e dei Consorzi Provinciali Antitubercolari – soppressi nel dicembre 1923 – cui riservava l'onere di occuparsi della popolazione non sostenuta da contributi, favorire la propaganda e la profilassi locale, vigilare sui focolai del morbo. Infine, predisponeva un imponente piano edilizio sovvenzionato dalla Cassa, dallo Stato e dagli enti locali imponendosi la creazione di oltre 20.000 posti letto da distribuirsi sul territorio nazionale. Figlia, ricordava Giuseppe Belluzzo, della Carta del Lavoro⁴², l'assicurazione si presentava come un provvedimento «destinato a contribuire nel modo più efficace e sicuro» alla lotta che la nazione si preparava «a combattere contro il terribile flagello che ogni giorno più insidia[va] la saldezza fisica

40 La poesiola è contenuta in E. Fambri, *La propaganda*, in «Difesa sociale», VII, 6-7, (1929), p. 47.

41 Il progetto di un'assicurazione contro la tubercolosi era già presente tra gli articoli del disegno di legge del 24 luglio 1919. Passato alla Camera e al Senato, esso naufragò, poi, di fronte alla radicalizzazione del clima politico e al successivo crollo dello Stato liberale. T. Detti, *Stato, guerra e tubercolosi (1915-1922)*..., cit. pp. 926-930.

42 In particolare, nell'articolo XXVII della Carta, si precisava come l'introduzione di una «assicurazione delle malattie professionali e della tubercolosi» non fosse altro che una premessa per l'avvio «dell'assicurazione generale contro tutte le malattie». Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, il Mulino, 2021, p. 146.

e la potenzialità produttiva del popolo italiano»⁴³. Un'«opera meravigliosa» sapientemente affidata alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali cui spettava di gestire il «campo di lotta che ha per sua fulgida mèta la difesa e la conservazione della salute della proba e laboriosa razza italiana»⁴⁴ ponendo rimedio alle lacune ereditate dai governi giolittiani.

Eppure, a fronte di tali eccessi retorici, non pochi risultavano i debiti del neonato impianto previdenziale nei confronti del riformismo postunitario. Fatti salvi, infatti, l'inedito dispositivo assicurativo e il ruolo della Cassa – tanto preminente in questo ambito da sostituirsi all'apparato statale –, la legge ricalcava o estendeva gran parte degli istituti già presenti nei provvedimenti emanati tra il 1917 e il 1919. Tornavano i Comitati Provinciali Antitubercolari approvati nel 1919 e qui divenuti Consorzi. Tornavano, ancora, i sussidi pensati tra il 1917 e il 1918 come palliativi della recrudescenza epidemica in tempo di guerra e qui ricondotti all'interno di un sistema assicurativo. Tornava, infine, la progettazione edilizia appena avviata nel primo dopoguerra e invece dominante nella pianificazione antitubercolare fascista. Genealogie e similitudini che non soltanto rinnovavano dubbi e incertezze già espressi dalla classe medica giolittiana ma che sollevavano ulteriori criticità su diversi fronti: i rapporti tra benefattori e beneficiari; la scelta dello strumento contributivo e la sua distribuzione; la predilezione della cura sanatoriale; il carattere circoscritto e non generale del provvedimento assicurativo. Elementi che certo non minavano le fondamenta e la bontà dell'operazione eppure ripetutamente dibattuti negli anni immediatamente successivi.

Attente analisi della riforma comparivano su bollettini e riviste quali l'«Assistenza sociale» e le «Assicurazioni sociali» mentre «Difesa sociale» affidava alla penna di Arcangelo Ilvento – prossimo direttore dell'Ufficio Igiene di Roma e vicedirettore generale della Sanità Pubblica – una lunga disamina del decreto che ben sintetizzava le osservazioni mosse dal comparto medico. Pur definendo la legge come «uno degli avvenimenti di politica sanitaria più grandiosi che siano stati compiuti da un popolo civile» ed esempio di una «intima rispondenza fra Popolo e Governo»⁴⁵, Ilvento si soffermava sul rapporto tra poteri periferici e poteri centrali, sulla formazione del personale sanitario direttivo e subalterno, sulla gestione dell'azione post-sanatoriale e sull'estensione della legislazione assicurativa. Vi era il timore, infatti, che rimandando ancora una volta quel progetto di assicurazione generale contro le malattie tanto agognato dalla comunità scientifica liberale⁴⁶, il provvedimento potesse regredire a

43 G. Belluzzo, *L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in «Le Assicurazioni sociali», III, 5, (1927), p. 1.

44 Ivi p. 4.

45 A. Ilvento, *L'Assicurazione contro la tubercolosi al Congresso di Milano*, in «Difesa sociale», VI, 12, (1927), pp. 1-2.

46 Cfr. A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale. 1860-1960*, Roma, Editori Riuniti, 1977, pp. 225-248; Idem, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1980, pp. 285-305; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia...*, cit. pp. 77-90.

isolata vittoria di Pirro agendo sull'effetto e non sulla causa, edificando un sistema impositivo e non preventivo, curandosi dell'«isolamento dei malati» invece di occuparsi dell'«immunizzazione dei sani»⁴⁷.

Tanto sul piano delle strutture, quindi, quanto su quello dei soggetti, la legge palesava delle criticità latenti, in parte già note alla lotta antitubercolare giolittiana e in parte dovute alle nuove direttive fasciste. Se è vero, infatti, che la Cassa veniva indicata come il *deus ex machina* della lotta antitubercolare fascista è anche indubbio che a Consorzi e dispensari fossero affidati oneri estremamente gravosi e delicati. Mentre la prima, poi, osservava Cesare Giannini⁴⁸, beneficiava di un finanziamento a costo zero perché corrisposto dagli stessi contribuenti, i secondi apparivano impreparati, insufficienti e mal distribuiti sul territorio. Resi nuovamente obbligatori in ogni provincia, i Consorzi possedevano regolamenti diversi sia per i modi e gli organi della loro amministrazione che per la richiesta e gestione dei contributi finanziari versati dalle istituzioni locali. Dipendendo dalla ricchezza delle comunità di riferimento, essi dovettero ricorrere alla beneficenza privata e limitare la propria azione alle situazioni emergenziali producendo una netta sperequazione tanto tra il Nord e il Sud della penisola quanto tra i centri urbani e gli ambienti rurali. Largamente penalizzati dalla volontà politica di dirigere le maggiori premure non alla cura domiciliare, al monitoraggio o alla riabilitazione ma all'indennità, all'epurazione e al contenimento, i Consorzi furono spesso incapaci di provvedere alla completa guarigione del malato disattendendo, inoltre, quegli obiettivi di pedagogia igienica tanto declamati dal regime e invece ridotti a meri proclami retorici.

A bilanciare tali storture, l'idea che la legge si dovesse giudicare all'interno di un quadro normativo comunque in evoluzione⁴⁹ e la soddisfazione unanime – o meglio corporativa – di una classe medica che vedeva riconoscersi autorità non soltanto scientifiche ma anche gestionali e politiche. Posti al vertice del sistema, tisiologi e igienisti promuovono indagini dai e sui Consorzi e analisi tecniche dei nascenti sanatori. Luminari quali Eugenio Morelli e Guido Mendes dedicano articoli minuziosi alla disposizione degli edifici, alla distribuzione degli spazi interni ed esterni, alle distinzioni

47 *Un grave errore strategico nella lotta contro la tubercolosi*, in «Bollettino della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi», V, 2, (1929), p. 55.

48 C. Giannini, *Correlazioni e rapporti nella assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in «Le Assicurazioni sociali», IV, 4, (1928), pp. 1-16; Idem, *L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in «Lotta contro la Tubercolosi», I, 3, (1930), pp. 262-272 e Idem, *L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in «Lotta contro la Tubercolosi», I, 4, (1930), pp. 344-353.

49 Tanto l'allora Presidente della Federazione Italiana Fascista contro la tubercolosi Raffaele Paolucci quanto il suo successore Federico Bocchetti rimarcavano, infatti, il carattere transitorio della legislazione, primo passaggio verso una futura assicurazione generale contro le malattie. Cfr. ad esempio R. Paolucci, *Alcune considerazioni sulla lotta antitubercolare e sulla Carta del Lavoro*, in «Le Assicurazioni sociali», Anno IV, n. 5, settembre-ottobre 1928, pp. 18-21; F. Bocchetti, *Le prime critiche all'assicurazione obbligatoria*, in «Bollettino della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi», V, 5, (1929), pp. 106-115.

tra impianti di pianura e d'alta quota, tra strutture d'élite e strutture per le classi meno abbienti⁵⁰. Si descrivono la vita all'interno e fuori dei sanatori, le normative in fatto di disciplina e divisione dei sessi⁵¹ immaginando le attività di formazione, la rieducazione al lavoro e alla vita sociale⁵². Tutto ciò avviene anche per i dispensari con scritti rivolti alle questioni meramente progettuali e articoli sulle competenze e le collaborazioni da approntare con gli organi locali e nazionali. D'altronde, sono i dispensari a dover gestire la lotta sul territorio attivandosi, inoltre, nelle opere di propaganda ed educazione igienica⁵³. È dal dispensario, quindi, che passa l'individuazione e la selezione dei soggetti.

Come per le strutture, anche per i soggetti la legge risultava debitrice verso la stagione riformistica del primo dopoguerra ereditandone i criteri di amministrazione, la gestione dei beneficiari ma anche le limitazioni e i difetti. Sul primo fronte, il provvedimento rimandava all'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia premiando operai e iscritti alla Cassa ed escludendo, invece, notevoli porzioni di popolazione⁵⁴. Inspiegabile, ad esempio, pareva la scelta di escludere i braccianti, gli esponenti del ceto medio e gli impiegati pubblici, indirizzo – scriveva Nicola Sforza, medico romano – «né umano, né previdente, né giusto, né giovevole al successo della lotta antitubercolare»⁵⁵ perché anch'essi parte di un'ossatura necessaria al benessere collettivo. Critico, poi, risultava il dispositivo della denuncia obbligatoria, spesso lar-

50 G. Mendes, *Questioni sanatoriali*, in «Bollettino della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tuberculosis», V, 1, (1929), pp. 5-8; G. Mendes, *Questioni sanatoriali*, in «Bollettino della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tuberculosis», V, 2, (1929), pp. 50-52, e il saggio in quattro parti di Eugenio Morelli, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tuberculosis*, in «Lotta contro la Tuberculosis», I, 1, (1930), pp. 11-16; «Lotta contro la Tuberculosis», I, 2, (1930), pp. 131-138; «Lotta contro la Tuberculosis», I, 3, (1930), pp. 245-251; «Lotta contro la Tuberculosis», I, 4, (1930), pp. 339-343.

51 A. Varisco, *Considerazioni sulla disciplina negli istituti di ricovero dei tubercolosi*, in «Lotta contro la Tuberculosis», III, 10, (1932), pp. 1101-1108.

52 G. Mendes, *Il periodo della cura in sanatorio deve essere limitato?*, in «Lotta contro la Tuberculosis», I, 1, (1930), pp. 27-32.

53 C. Bartolotti, *Dispensari antitubercolari in Italia*, in «Difesa sociale», VII, 6-7, (1929), pp. 27-37; G. Francioni, *Il dispensario antitubercolare e l'assicurazione obbligatoria*, in «Difesa sociale», VIII, 5, (1930), pp. 183-189; G. Botteri, *Per una riforma del servizio dispensariale*, in «Lotta contro la Tuberculosis», II, 7, (1931), pp. 737-742; G. Ferrando, *Sulla prassi dispensariale per la lotta antitubercolare nell'ultimo biennio*, in «Difesa sociale», XI, 3, (1932), pp. 126-133; A. Campani, *Per una organizzazione dispensariale totalitaria. Nuove proposte e iniziative*, in «Difesa sociale», XIII, 11, (1934), pp. 607-610; L. Bianchi, *Rose e spine nell'organizzazione dispensariale italiana*, in «Lotta contro la Tuberculosis», VI, 4, (1935), pp. 391-407.

54 La stima ministeriale prevedeva una copertura di 20.600.000 su una popolazione di 41.000.000. L'assicurazione, infatti, era obbligatoria per i lavoratori subordinati d'ambo i sessi in età compresa tra i 15 e i 65 anni mentre tralasciava gli impiegati con stipendio superiore alle 800 lire, i dipendenti statali e altre categorie minori quali mezzadri, coloni e maestri elementari raggiunti dal provvedimento soltanto nei secondi anni Trenta.

55 N. Sforza, *La tuberculosis di Monsù Travet*, in «Difesa sociale», VII, 3, (1928), p. 14 ma anche A. Di Natale, *Sull'opportunità dell'estensione dell'assicurazione obbligatoria contro la tuberculosis*, in «Difesa sociale», XII, 3, (1933), pp. 143-152.

gamente disattesa⁵⁶, così come critica appariva la possibilità del ricovero solo in caso di tubercolosi «conclamata» e la rinuncia, quindi, ad assistere il malato negli stadi iniziali del contagio. Critica, infine, l'assenza di una visione prospettica sul fronte post-sanatoriale in virtù di un sostegno assicurativo che cessava appena al di fuori delle strutture sanatoriali⁵⁷. Da qui le inchieste di un medico del lavoro quale Aristide Ranelletti⁵⁸ in cui riecheggiano i dibattiti sull'igiene urbana, domestica e lavorativa e sulla necessità di concepire la lotta antitubercolare non come una battaglia campale contro il malato ma come una «profilassi integrale»⁵⁹ dello spazio pubblico. Da qui, ancora, tra il 1932 e il 1935, le riflessioni sul reintegro dei malati e sul lavoro terapeutico come strumento di cura ma anche di rieducazione alla vita collettiva⁶⁰ perché è dalla produttività, dall'economicità del corpo guarito che passa il risanamento morale e fisico della nazione. Eppure, a fronte di una classe medica comunque critica verso le scelte del regime, a imporsi nei secondi anni Trenta è un approccio fondato sull'ospedalizzazione, sulla repressione e il controllo, testimoniato dalle indagini sulla disciplina e la sorveglianza non soltanto nelle colonie, nei preventori e nei centri di villeggiatura⁶¹ ma anche oltre le mura sanatoriali⁶². Una scelta tutt'altro che sanitaria e invece politica che si riflette tanto nei risultati sul fronte medico quanto nelle parole e nelle immagini della propaganda fascista.

Citando Chiara Giorgi e Ilaria Pavan, la «campagna antitubercolare rappresentò uno degli sforzi propagandistici che più impegnarono il regime» poiché «l'uso metaforico di questa patologia come simbolo di disordine sociale ne permetteva molteplici applicazioni»⁶³. Insidia costante e sotterranea, la tubercolosi appariva al regime come l'esempio più puro di quella «morte permanente» rievocata da Michel Foucault⁶⁴, ennesimo nemico interno da aggredire collettivamente perché nefasto al benessere di

56 C. Bartolotti, *La denuncia obbligatoria di ogni caso di tubercolosi*, in «Le Assicurazioni sociali», IV, 6, (1928), pp. 30-35.

57 Cfr. Il saggio in tre parti di G. Giannatempo, *Scopi e organizzazione dell'assistenza post-sanatoriale*, in «Difesa sociale», XI, 11, (1932), n. 11, pp. 478-485; in «Difesa sociale», XI, 12, (1932), pp. 535-542; in «Difesa sociale», XII, 1, (1933), pp. 85-92.

58 Vedi l'inchiesta in quattro parti di A. Ranelletti, *La tubercolosi in rapporto al lavoro*, in «Difesa sociale», VII, 9, (1928), pp. 1-5; «Difesa sociale», VII, 10, (1928), pp. 1-6; «Difesa sociale», VII, 11, (1928), pp. 1-5; «Difesa sociale», VII, 1, (1929), pp. 9-16.

59 G. Salvini, *Verso la profilassi integrale*, in «Difesa sociale», XIV, 3, (1935), pp. 125-131.

60 P. Marabottini Marabotti, *La cura di lavoro nei tubercolosi*, in «Difesa sociale», XI, 8, (1932), pp. 344-350; F. Bocchetti, *La terapia del lavoro sanatoriale e post-sanatoriale*, in «Lotta contro la Tubercolosi», VI, 10, (1935), pp. 1.017-1.028.

61 V. Zamorani, *Le Colonie infantili nel quadro della lotta antitubercolare*, in «Difesa sociale», XV, 6, (1937), pp. 549-556; *Profilassi della tubercolosi nei Centri di villeggiatura e in quelli dichiarati Stazioni di cura*, in «Difesa sociale», XV, 5, (1936), pp. 299-312; G. Ferrando e A. Rabino, *L'importanza sociale del sanatorio popolare moderno in Italia*, in «Lotta contro la Tubercolosi», IX, 11, (1938), pp. 1.044-1.055.

62 M. Reale, *La sorveglianza dei tubercolotici dimessi dagli istituti di cura*, in «Difesa sociale», XVI, 3, (1938), pp. 265-272.

63 C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia...*, cit. pp. 77-90.

64 M. Foucault, «Bisogna difendere la società», Milano, Feltrinelli, 2010, pp. 210-211.

una comunità nazionale salubre e produttiva, in marcia sotto le insegne del littorio. Per tali ragioni, la lotta antitubercolare doveva coinvolgere «tutte le iniziative disperse e le energie bisognose di inquadramento»⁶⁵ producendo filastrocche, film, francobolli, opere teatrali, mostre, trasmissioni radio, opuscoli. Un'opera inizialmente saltuaria e frammentata che trova modo invece, agli inizi degli anni Trenta, di esprimersi in Campagne antitubercolari annuali bandite al grido di «Viribus Unitis». Dal 1931 e poi per le successive nove annate, le Campagne rappresentano il fiore all'occhiello della propaganda antitubercolare, un'organizzazione totalitaria e totalizzante che dovrebbe premere per l'educazione igienica del popolo italiano e che, molto spesso, assume toni semplicemente retorici e celebrativi. Più che incidere sulle statistiche, e anche riscuotendo un buon successo finanziario⁶⁶, le Campagne finiscono per agire non sulla realtà sanitaria ma sugli immaginari politici costruendo una narrazione idilliaca percorsa da famiglie ricongiunte, bambini guariti, visite del Duce ai sanatori, degenti restituiti al lavoro. Supportato da una congiuntura favorevole che vede la flessione – ma non la diminuzione radicale – del contagio⁶⁷, il regime sfrutta l'apparato propagandistico non tanto come risorsa pedagogica quanto come strumento di consenso dando vita a una sovrabbondanza retorica pervasiva eppure incapace di riformare il sistema assicurativo inaugurato nel 1927, appagato di una «vittoria»⁶⁸ che merita alcune confutazioni.

Ha scritto Domenico Preti che il limite più tangibile della campagna antitubercolare fascista fu di aver combattuto il malato più che la malattia, il tubercoloso più che la tubercolosi, riducendo la lotta a un intervento meramente clinico-sanitario: «Individuare, prelevare ed isolare in luoghi appositi la fonte del contagio, questa fu la maggiore preoccupazione che animò la lotta antitubercolare nel ventennio fascista, facendola ben presto degenerare in un'attività prevalentemente edilizia: la costruzione, appunto, di un certo numero di posti di isolamento sanatoriale»⁶⁹. Senza lo sviluppo di un sistema assicurativo onnicomprensivo, con una rete ospedaliera carente e una

65 *La I Campagna nazionale per il francobollo antitubercolare chiudilettera. La giornata del fiore e della doppia croce*, in «Lotta contro la Tubercolosi», II, 3, (1931), p. 273.

66 «Per avere idea dello iato tra l'assenteismo economico dello Stato e quanto la Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi raccoglieva annualmente, si pensi che nel 1936 il Ministero dell'Interno aveva erogato circa 2 milioni di lire a fronte dei 17 raccolti dalla Federazione». Cfr. C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia...*, cit. p. 170.

67 L. De Berardinis, *Mortalità per tubercolosi*, in «Lotta contro la Tubercolosi», IV, 8, (1933), pp. 821-825; G. Mikelli, *La mortalità per tubercolosi in Italia nel periodo dal 1925 al 1935*, in «Le Assicurazioni sociali», XIII, 3, (1937), pp. 361-380; L. De Bernardinis, *La mortalità per tubercolosi nel triennio 1930-32 e negli anni 1935 e 1936*, in «Lotta contro la Tubercolosi», IX, 1, (1938), pp. 3-15

68 *Nel segno della doppia croce. Tappe di vittoria nella lotta fascista contro la tubercolosi*, Roma, Ricci-Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi, 1941.

69 D. Preti, *La modernizzazione corporativa (1922-1940). Economia, salute pubblica, istituzioni e professioni sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 1987, p. 155 ma anche D. Preti, *La lotta antitubercolare nell'Italia fascista*, in *Storia d'Italia: Annali* vol. VII. *Malattia e Medicina...*, cit. pp. 953-1.015.

gerarchia sanitaria critica ma spesso prona alle volontà della politica, nel ventennio mussoliniano la tubercolosi fu sì rallentata ma non sconfitta.

Troppo occupato a approfondire risorse nella creazione di posti letto [Tab. 3], il regime preferì il controllo e il disciplinamento a scapito della riqualificazione dei contesti abitativi e lavorativi, della ristrutturazione del comparto sanitario nazionale e della creazione di un sistema di protezioni che andasse oltre la cura emergenziale occupandosi del malato anche al di fuori dei contesti sanatoriali. Dispensari e Consorzi furono perennemente costretti a inseguire il morbo [Tab. 4], condannati a operare in una situazione di continuo difetto e subordinare i loro piani alle possibilità offerte dalla realtà locale producendo squilibri territoriali e riducendo l'azione preventiva a un tamponamento che garantiva – e solo in parte – l'isolamento e non la guarigione. Frenati da una legislazione al contempo rigida nella selezione dei soggetti da ammettere alle cure e disinteressata alla loro riabilitazione, essi dovettero ripensare i loro caratteri originari occupandosi più del singolo che della comunità, disattendendo – anche all'interno degli stessi nuclei familiari [Tab. 5] – quell'opera di monitoraggio e pedagogia igienica voluta dalla classe medica italiana e invece risoltasi in un nulla di fatto. La scelta, poi, di affidare alla Cassa/INFPs la gestione finanziaria ed edilizia della lotta privò i presidi territoriali delle risorse necessarie all'opera di prevenzione e profilassi. Venute meno queste ultime, e in assenza di ulteriori disposizioni legislative, si perse la possibilità di inserire il malato in quel percorso di reintegro lavorativo e sociale tanto discusso da medici, igienisti ed economisti e infine concretizzatosi in semplici strutture contenitive. Da qui, il circolo vizioso di una statistica, quella dei decessi [Tab. 6], che a una prima flessione negli anni Venti fece seguire la stagnazione degli anni Trenta, a raccontare di un regime che ripiegò sul sensazionalismo e l'autocelebrazione perché impotente di fronte alle cause del problema. Pur beneficiando di una volontà politica totalizzante, gli sforzi del regime si imposero, quindi, non come fratture ma quali evoluzioni di direttive espresse fin dal primissimo dopoguerra. I costi dell'assicurazione antitubercolare furono ammortizzati dai contributi dei lavoratori producendo iniquità e discriminazioni mentre la spesa pubblica fu trainata non dalle necessarie opere di profilassi e bonifica ma dalla progettazione edilizia declinando quelle responsabilità tutoriali già invocate agli inizi del Novecento e preferendo invece la delega, la sussidiarietà e il tamponamento emergenziale. La stessa classe medica italiana, poi, passata indenne dalle istituzioni liberali a quelle del ventennio, non ebbe la forza – né forse la volontà – di elevare la critica dei contenuti a critica di sistema contribuendo non di rado alle riforme del regime, scommettendo su una futura progettualità di stampo preventivo e profilattico mai realizzatasi.

A voler riprendere la bellicosa retorica fascista, la lotta contro il mal sottile si svolse, quindi, non tanto come una "crociata" o una "battaglia campale" quanto come una guerra di trincea, attendista e disinteressata alle perdite, mossa da uno Stato che

non seppe valicare le criticità seminali del fronte antitubercolare di derivazione giolittiana demandando alla futura età repubblicana sia la sistemazione del comparto sanitario nazionale sia la costruzione di un sistema assicurativo fondato non sul paternalismo e la concessione ma sul diritto e la matrice pubblica.

Appendice

Tabella 1. *Morti per tisi e per tubercolosi in tutte le forme in Italia nel periodo 1887-1908*

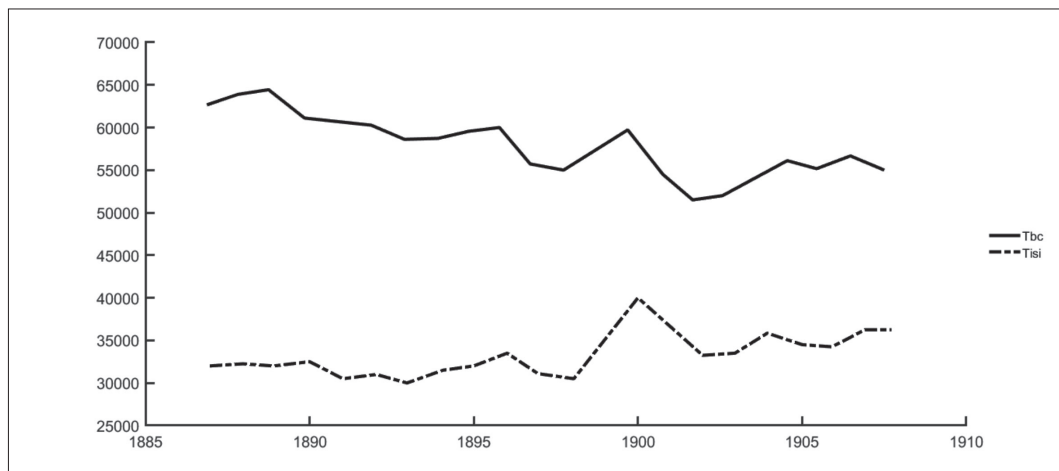
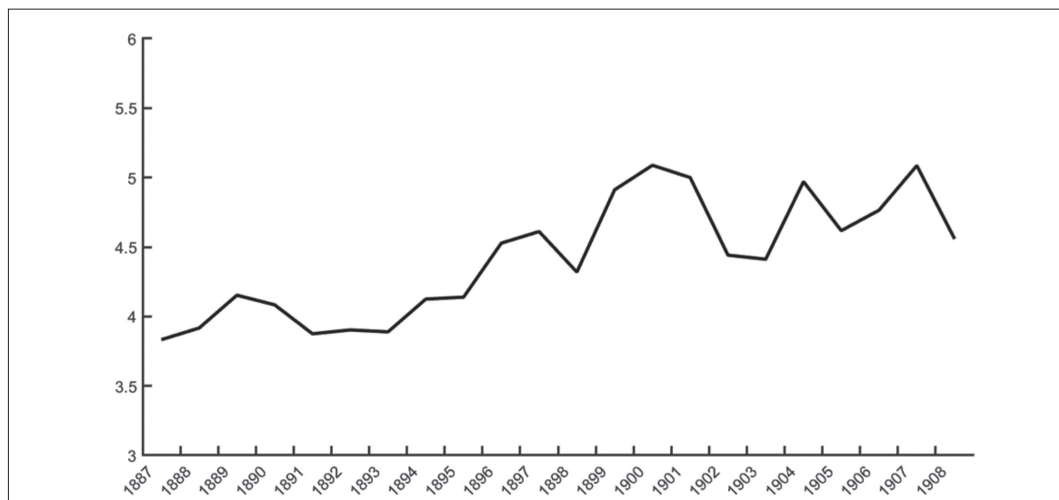


Tabella 2. *Incidenza della tisi sul complesso della mortalità in Italia⁷⁰*



⁷⁰ Fonte per entrambe: E. Tognotti, «Il morbo lento»..., cit. p. 122.

Tabella 3. Numero dei posti letto per la cura dei tubercolotici 1924-1937⁷¹

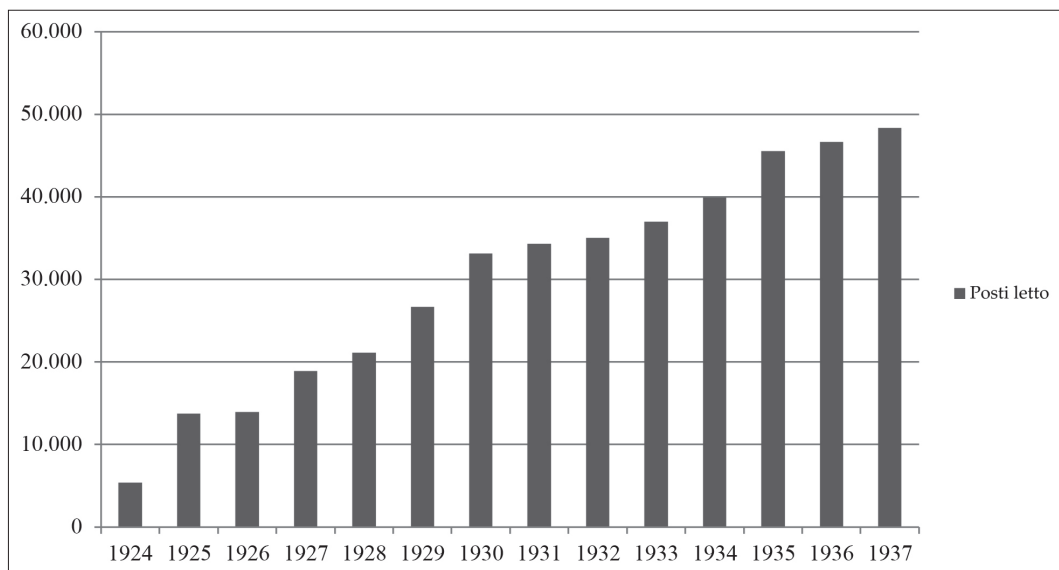
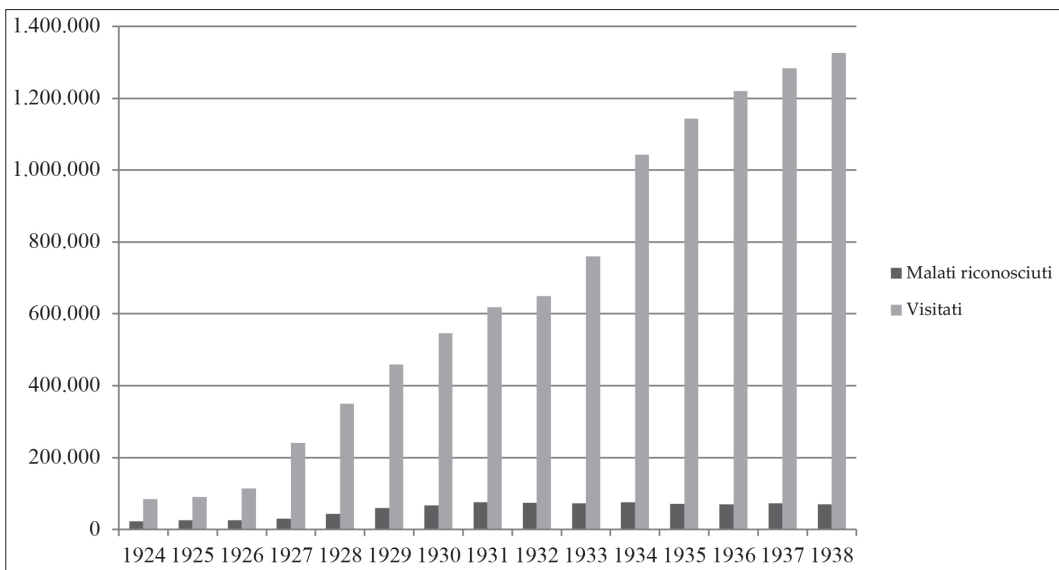


Tabella 4. Attività dei dispensari antitubercolari 1924-1938⁷²



71 *Nel segno della doppia croce. Tappe di vittoria nella lotta fascista contro la tubercolosi...*, cit. p. 256.

72 Ivi p. 214.

Tabella 5. Giornate di presenza consumate negli istituti di cura 1929-1938⁷³

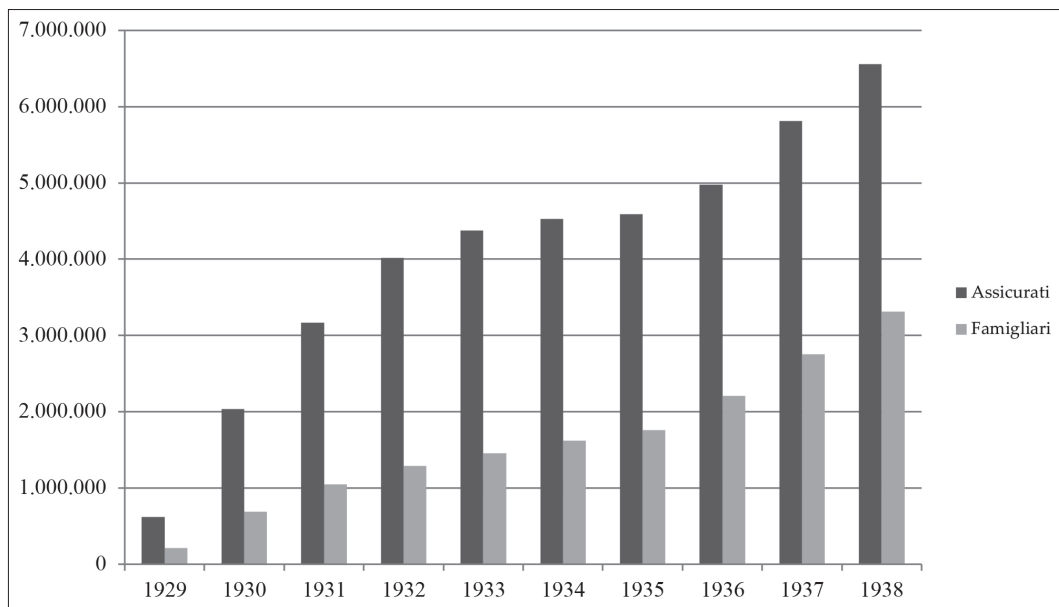
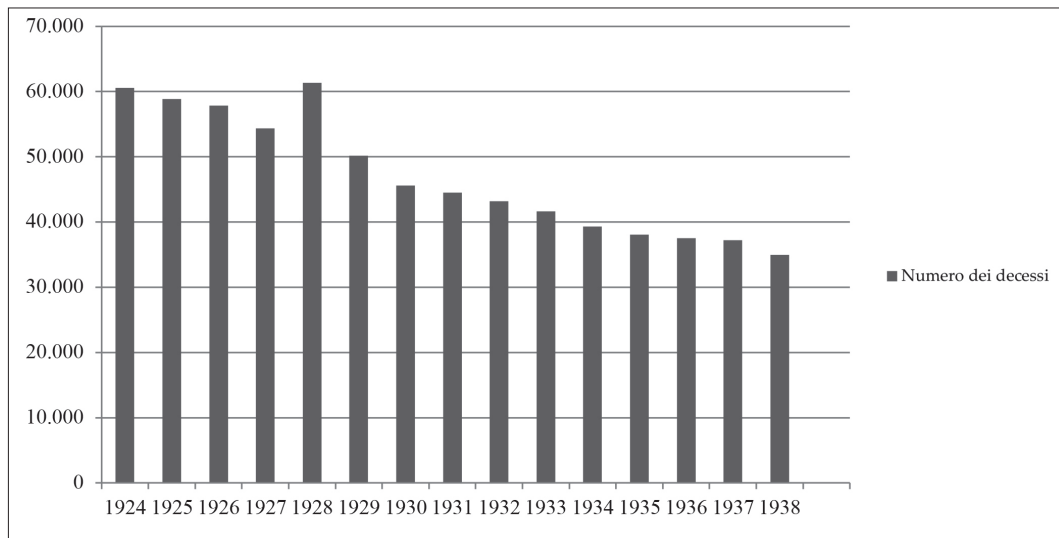


Tabella 6. Mortalità per tubercolosi in Italia 1924-1938⁷⁴



⁷³ M. Lepri, *L'Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Origini e sviluppi. L'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale nella lotta antitubercolare*, Roma, Tipografia Editrice "Luigi Morara", 1954, p. 173.

⁷⁴ G. L'Eltore, *La tubercolosi in Italia*, Roma, Tipografia Operaia Romana-Federazione Italiana per la Lotta contro la Tubercolosi, 1947, p. 35.

Rubriche

Conversazioni storiografiche

La storia della medicina in Italia Un'intervista

DI

DONATELLA LIPPI, COSTANZA BONELLI, FRANCESCO CUTOLO

Abbiamo chiesto a Donatella Lippi, Professore Ordinario di Storia della medicina presso l'Università di Firenze, di rispondere ad alcune domande sulla posizione ricoperta dalla Storia della medicina nel quadro della ricerca storica in Italia, delineando i caratteri e le specificità dei lavori italiani e cercando di far emergere le ragioni dell'interesse limitato che questo campo di studi ha suscitato nella storiografia contemporanea. L'intervista è stata curata da Costanza Bonelli (Università degli Studi di Roma "La Sapienza") e Francesco Cutolo (Scuola Normale Superiore di Pisa).

1. *All'estero, in Francia e nei paesi anglosassoni, gli studi di Storia della medicina e delle malattie hanno da anni maggior spazio e rilevanza nella riflessione storiografica. Invece, nel quadro della ricerca storica italiana, la Storia della medicina, specie quella che si occupa dell'età contemporanea (Otto e Novecento), è stata spesso percepita come un argo-*

mento di nicchia, per eruditi o appassionati, e trattata con un certo disinteresse dalla platea degli storici, almeno fino a qualche decennio fa. Trovando, alla fine, più spazio nelle Facoltà di medicina. Anche se in parte è ancora così, ci pare che la situazione stia mutando e, già prima della pandemia di Covid-19, si registra un maggior interesse da parte degli storici, con l'apertura verso nuovi campi e l'integrazione con altri approcci (la storia sociale e culturale). Perché, a suo parere, la storiografia italiana ha a lungo tenuto questo atteggiamento? Quando e perché la situazione ha iniziato a mutare? Quali sono stati i punti di svolta? Cosa ha influenzato questi cambiamenti?

La Storia della medicina nasce nelle Facoltà mediche: a Firenze, nel 1805, compare come "Istoria filosofica della Medicina", per educare all'esercizio della logica e alla «formazione di un retto criterio medico» (A. Murri), ma l'aggettivo "filosofica", oscurato dal nazionalismo

scientifico, aveva ceduto alla più facile via del recupero antiquario e celebrativo, trasformando questa disciplina di confine in una antologia di «biografie dettagliate, aneddoti piccanti, commemorazioni edificanti» (Lecourt D., 1972), gallerie di medaglioni, in cui proporre la falsa certezza di un *iter mentis in veritatem*.

Col passare del tempo, si è perso l'aggettivo "filosofica" ed è diventata una disciplina antiquaria, infarcita di curiosità e di aneddoti e, mentre il "virus del precursore" mieteva le sue vittime, la Storia della medicina si configurava come «l'inventario divertito [...] delle singolarità di un tempo [...] un'erudizione amabile e aneddotica, cui il vecchio dottore consacra il "ben meritato" tempo libero, in cui rivivono i ricordi un po' confusi della lezione di latino e delle gioie del collegio» (Starobinski J., 1953).

Questa cosiddetta Storia della medicina, comune alle "Introduzioni storiche" dei manuali scientifici, finalizzata a cercare i quarti di nobiltà della medicina stessa, regalando autorità e prestigio alla tradizione, in una lineare e semplicistica visione teleologica, in realtà, poco ha a che fare con la Storia vera, quella che insegna «il senso del possibile», che non vuole «ricostruire un inizio, ma mostrare le possibilità storiche di una rottura» (Canguilhem G., 1971).

Era stato H. E. Sigerist, verso il 1950, a portare «la medicina nel quadro della storia» (Grmek M. D., 1993), aprendo la strada agli storici veri e ai letterati: mentre scompariva, tra i medici, la formazione classica, si andava costruendo, infatti,

una nuova Storia della medicina, forte di precisione esegetica, potenzialità interpretativa critica, competenza filologica e filosofica coscienza di metodo.

Gli storici della sanità e gli storici della scienza, insieme anche ai filosofi della scienza, hanno aperto nuove strade e indicato nuovi percorsi, che solo in parte incrociano quelli della Storia della medicina che si insegna nelle Facoltà/Scuole di medicina, dove, oggi, le impostazioni sono diverse rispetto al passato, potendo beneficiare dell'apporto di altre competenze e dovendo finalizzare questo tipo di riflessione a esigenze nuove, nel quadro di una medicina che ha profondamente cambiato il suo statuto.

Alma Ata, Ottawa: dal concetto anatomico a quello microbiologico, a teorie eziologiche nuove, la conoscenza scientifica – precisa, esatta, pronta a sostituire le vecchie teorie con quelle più recenti – si misurava con necessità altre e la malattia, al di là della norma biologica, si vestiva di implicazioni antropologiche e sociali, su cui la Storia della medicina ha imparato a rinnovare metodo, contenuti, obiettivi.

Nel quadro delle Medical Humanities, la nuova Storia della medicina insegna, infatti, ad ascoltare e a narrare, a comprendere (*verstehen*) e non soltanto a spiagare (*erklären*) e dimostra che il concetto di "evidenza" non indica soltanto la prova empirica e statistica, ma anche il giudizio immediato, valido per la diagnostica, la terapia, la relazione malato-medico e la ricerca: questa è la vera, scientifica e umana "evidence based medicine".

Non un lusso scientifico, quindi, ma una metodologia trasversale, «indispensabile per il medico [...] la storia è la scienza della medicina; e la scienza medica è essenzialmente storia [...] Non distaccate quindi la storia dal complesso dell'insegnamento medico, se volete che escano dalle Università allievi dotti nella scienza, saggi nell'arte» (De Renzi S., 1848).

Coscienza critica nel mondo dell'high tech, la Storia della medicina ricorda che la base concettuale della medicina clinica è la convergenza di tre attività del pensiero, intimamente legate anche dal punto di vista etimologico: "*meditari, mediri, mederi*" indicano, infatti, la necessità di una riflessione filosofica sul significato dell'incontro tra esseri umani, di una giusta "misura" in ogni atto professionale, di un "prendersi cura" globale del sofferente, in una visione etica della professione.

2. Su quali tematiche la Storia della medicina, in Italia, si è orientata negli ultimi decenni? Quali filoni di ricerca stanno prevalendo? Quali periodi e temi di ricerca, a suo parere, sono rimasti in secondo piano e meriterebbero approfondimenti più specifici?

La Storia della medicina, una volta che è diventata anche campo di lavoro degli storici, ha iniziato a vivere una situazione molto complessa: da una parte, gli storici, forti del loro metodo; dall'altra parte, molti medici, entusiasti cultori del loro passato.

Questa natura duplice della Storia della medicina ha fatto sì che sia diventata spesso terreno di conquista per salti di

carriera, ottenuti lavorando su improbabili "filoni di ricerca".

«Se vogliamo che tutto rimanga com'è, bisogna che tutto cambi»: in riferimento agli arditi giri di valzer compiuti in questi ultimi tempi tra i vari Settori Scientifico Disciplinari, il Comitato Universitario Nazionale, di fronte alle numerose domande di passaggio ricevute, ha a più riprese ricordato la necessità della accuratezza procedurale, per garantire uniformità di trattamento.

La normativa prevede, infatti, un iter preciso, ma sono necessari anche specifici requisiti: i professori ordinari o associati confermati possono chiedere il passaggio se hanno la qualificazione scientifica nel settore a cui aspirano di essere destinati o se ne sono già stati titolari per almeno tre anni accademici. I ricercatori confermati, invece, devono dimostrare di essere autori di una produzione scientifica adeguata nel settore di destinazione.

Le motivazioni delle molteplici richieste di passaggio sono verosimilmente da ricercare in quel D. M. 29 luglio 2011, recante Determinazione dei settori concorsuali, raggruppati in macrosettori concorsuali, di cui all'art. 15, legge 30 dicembre 2010, n. 240, con cui audaci connubi hanno ridisegnato le mappe dei futuri concorsi.

Nel Macrosettore 06/A2, Patologia generale e Patologia clinica, all'ombra del grandissimo Virchow, la Storia della medicina (MED/02) sembra dover celebrare lei stessa il quesito che fu di Morgagni: *Ubi est morbus?*

Conversioni tardive, ripensamenti professionali, improbabili verginità: negli

organici del MIUR, *homines novi* millantano competenze antiche e, per i sedicenti Gattopardi, il «ballo militare, tutto battute di piedi e giravolte», la mazurka, lascia spazio alle morbide volute del valzer...

In questi inebrianti volteggi, la Storia della medicina è Angelica, al ballo di Palazzo Ponteleone: «A un certo momento vi fu una vera calca di giovanotti che volevano farsi presentare e richiedere un ballo: a ciascuno Angelica dispensava un sorriso [...] a ciascuno mostrava il suo carnet [...]».

Assorbita dalla Patologia generale, la Storia della medicina è diventata esercizio per stravaganti curricula, parcheggio temporaneo per veloci carriere, luogo di espiazione per medici pentiti, sognanti Bengodi, Atlantide, Utopia, da guadagnare a colpi di Impact Factor. E invece, diletterismo, improvvisazione, riciclaggio: «il sempre più frequente fenomeno di carriere dalle porte girevoli» (Jefferson T., 2012) inabissa di nuovo la Storia della medicina nei gorghi polverosi dell'agiografia, nelle voragini dell'inutile pressapochismo amatoriale.

Sono le ultime note del valzer.

«Il valzer [...] solo una stilizzazione di quell'incessante passaggio dei venti, che arpeggiavano il proprio lutto sulle superfici assetate [...] Sentendo che il ballo stava per finire, i servitori assonnati non cambiavano più le candele dei lampadari: i mozziconi corti spandevano nei saloni una luce diversa, fumosa, di mal'augurio [...] La luce dell'alba s'insinuava dai giunti delle imposte, plebea» (G. Tomasi di Lampedusa, *Il Gattopardo*).

Se questi non possono essere considerati veri e propri filoni di ricerca, tanto più che, spesso, il punteggio dell'IF è basato su pubblicazioni di altra natura (un IF può essere modesto in una disciplina di ambito medico-scientifico, ma, passando a MED/02, diventa automaticamente altissimo), la Storia della medicina "seria" ha maturato linee di ricerca ben marcate: la storia delle idee mediche, soprattutto in prospettiva di lunga durata; la ricezione e rielaborazione dei saperi scientifici antichi sino al primo evo moderno; la storia delle pratiche e delle professionalità in medicina; in associazione con gli studi paleopatologici e bioarcheologici, lo studio degli stili di vita, delle condizioni di salute e malattia delle popolazioni antiche e tardoantiche.

Ampio spazio viene dato alla patobiografia, che si avvale dell'apporto pluridisciplinare di medici, storici, storici dell'arte.

Problematiche di carattere etico hanno stimolato la storia della sperimentazione medica e di altri temi, che riguardano l'esercizio della medicina, il rapporto medico-paziente e la relazione clinica, il consenso informato...

Anche la museologia medica propone percorsi nuovi come strumenti didattici per i professionisti della salute.

Sono tanti i terreni da esplorare e i temi da consolidare: sicuramente, se ci sono validi ricercatori nell'ambito della medicina classica e bizantina, è un campo che merita di essere approfondito quello relativo alla medicina medievale...

3. In Francia e nei paesi anglosassoni, la Storia della medicina ha conosciuto un profondo rinnovamento, influenzata dalle trasformazioni che hanno interessato, a partire dagli anni Settanta e Ottanta, gli studi di storia e sociologia della scienza, sempre più attenti alla dimensione "materiale" e "situata" dei saperi, delle pratiche e delle tecniche scientifiche. Il risultato di queste trasformazioni è la creazione di una storia della scienza come storia della molteplicità di tecniche, pratiche, attori e luoghi che hanno contribuito alla formazione della conoscenza; una storia che ha al suo centro le forme di circolazione, trasferimento e rielaborazione dei saperi e che privilegia uno sguardo di continuità e di lunga durata. Come la storiografia italiana si è confrontata con queste prospettive? Quale ricezione hanno avuto in Italia?

La ricerca storica, da parte degli storici, si è articolata in filoni di ricerca sempre più legati alla dimensione "materiale", ma credo che sia necessario ampliare la riflessione non solo alla Storia *stricto sensu* ma a quelle che oggi si chiamano *Medical Humanities* e che sottendono un approccio interdisciplinare per conciliare la medicina e le *humanities*, per poter promuovere un atteggiamento centrato sul paziente e umanizzare la pratica medica.

Al di là della difficile traduzione di questa espressione, appare fondamentale il riconoscimento di una esigenza di base; volendo evitare una mera elencazione dei saperi, che possano rientrare nelle "scienze umane", infatti, l'elemento caratterizzante che queste condividono può essere individuato nel loro particolare approccio

metodologico, basato su un paradigma storico-narrativo, contro quello logico-formale delle cosiddette "scienze dure".

Nel momento in cui si intende la Medicina come "scienza della natura" *tout court*, infatti, alle *Medical Humanities* viene attribuito un ruolo marginale, in quanto basate su discipline non scientifiche; in tempi recenti, però, la spersonalizzazione generalizzata del malato causata dall'enorme sviluppo tecnologico, ha attribuito alle *Medical Humanities*, in molti casi, una funzione "compensativa", per bilanciare l'approccio prevalentemente tecnico dell'atto medico.

Partendo, invece, da una concezione della Medicina come "arte", in cui giocano un ruolo fondamentale le pratiche comunicative e relazionali, i dati tecnico-strumentali vengono a rappresentare un insostituibile e provvidenziale supporto, calando le evidenze scientifiche nella storia del singolo paziente.

In una prospettiva della Medicina, che sia rivolta non verso la cura della malattia (*disease*), ma verso la cura dell'uomo malato (*disease/illness*), le *Medical Humanities* superano, infatti, la dimensione disciplinare, per configurarsi come strumenti privilegiati trasversali per la comprensione, trasformando l'anamnesi del paziente nella sua storia e rivalutando la competenza narrativa contro la predominanza esclusiva della capacità logico-scientifica.

In questa prospettiva epistemologica narrativa, le *Medical Humanities*, che utilizzano le "scienze umane" per raggiungere una interpretazione profonda del vissuto, diventano occasioni di studio e

di approfondimento sistematico: l'obiettivo di questo approccio non è, quindi, quello di voler spiegare un fenomeno (*erklären*), ma di volerlo comprendere (*verstehen*).

La relazione che si instaura attraverso la narrazione, infatti, innesca un percorso circolare di connessione transpersonale con progressiva influenza ed interdipendenza, da cui scaturiscono la condivisione di valori, sentimenti, intenti. Ma, per realizzare un efficace rapporto narrativo-comunicativo, è fondamentale l'attitudine del medico ad utilizzare la varietà degli strumenti o "codici semiologici" oltre la parola parlata e l'apprendimento dei principi e l'applicazione del "counseling".

Molto spesso, la frequente tendenza attuale del linguaggio medico e della raccolta anamnestica è ispirata alla considerazione della persona malata come un "campione biologico" e non un individuo sofferente, a descrivere i disturbi ed i problemi del paziente con linguaggio esclusivamente biomedico in modo depersonalizzato, a tradurre la storia di malattia e di sofferenza vissuta del paziente (*illness*) come descrizione impersonale di disfunzione biologica (*disease*), a trasformare il "soggetto" paziente-persona in "oggetto" da sottoporre ai mezzi tecnologici attuali, a considerare l'itinerario prognostico del paziente prevalentemente in termini di erogazione di cure.

In questa prospettiva, la Storia della medicina, come "coscienza critica" del percorso formativo del medico, assume un ruolo fondamentale.

4. *Quale impatto l'epidemia di Covid-19 sta esercitando, secondo lei, sugli studi di Storia della medicina? È corretta la nostra impressione che l'emergenza sanitaria abbia dato un nuovo impulso a questo campo di studi e convogliato l'interesse verso gli eventi epidemici del passato, la gestione della sanità e dell'igiene pubblica? Quali prospettive e indirizzi di ricerca potrebbero aprirsi, secondo lei, nei prossimi anni? In che modo l'evento pandemico potrebbe ridefinire le direzioni di indagine di questo campo di studi?*

In questo ultimo anno e mezzo, sono stata invitata a trasmissioni tv e radio e ho partecipato a tante interviste, proprio per l'effetto della pandemia: abbiamo voltato lo sguardo al passato, per capire cosa ci sarebbe aspettato nel futuro, abbiamo cercato risposte nella storia. E, in effetti, la lezione della storia era davvero attuale. I vaccini, la prevenzione, i negazionisti, il contagio...

Basta leggere il *Consiglio contro la pestilentia* di Marsilio Ficino, scritto in volgare fiorentino tra il 1478 e il 1479 e pubblicato nel 1481...

L'opera di Ficino è stata pensata come strumento utile per capire, curare e prevenire la peste: l'Autore proponeva l'esame di teorie e pratiche mediche, validate dalla sua esperienza, in una inedita reciprocità tra fonti aristoteliche e tradizione platonica.

Secondo Ficino, la peste era un particolare veleno, avverso allo «*spirito vitale*», che ha origine nell'aria, in certe circostanze naturali, e si diffonde soprattutto tra le persone che assistono gli infermi e tra coloro

che hanno natura simile, per complessione fisica e per caratteristiche astrologiche.

Ficino proponeva, inoltre, alcuni suggerimenti per diminuire il rischio di contrarre la malattia.

«Che tu fugga le conversationi e, quando conversi, stia discosto dal compagno 2 braccia almeno et a luogo aperto e quando si è di suspecto, almeno 6 braccia e fa' che il vento non venga da lui inverso a te. La mensa et il lecto et luoghi stretti et molti fiati insieme sono di gran pericolo. Fuggi dal luogo pestilentialia et torna tardi».

Se accettiamo questo punto di vista, la pandemia ha insegnato quanto scriveva Walter Benjamin nel 1940: il quadro di Paul Klee che s'intitola *Angelus Novus* mostra un angelo che sembra in atto di allontanarsi da qualcosa su cui fissa lo sguardo. Ha gli occhi spalancati, la bocca aperta, le ali distese. L'angelo della storia deve avere questo aspetto. Ha il viso rivolto al passato.

5. Domanda personale. Viste le difficoltà sempre sofferte dalla Storia della medicina in Italia, perché ha scelto di specializzarsi nella Storia della medicina?

Quando ho scelto di seguire questo percorso, non sapevo e non potevo immaginare il dibattito di cui la Storia della medicina sarebbe stata protagonista. Per me, la Storia della medicina aveva il nome di Enrico Coturri, un uomo di una cultura straordinaria, oppure quello di Mirko D. Grmek, un pioniere del metodo storico, che ha segnato una svolta, ha trovato il punto di incontro tra Storia e Medicina, dando un esempio elevatissimo di conta-

minazione dei saperi.

Ricordo il primo incontro con lui, a Fermo: gli chiesi, ingenuamente, se fosse laureato in Medicina o in Lettere. Lui, di una modestia disarmante, mi citò almeno tre lauree, raccontandomi che era in partenza per il Tibet, per perfezionare la sua conoscenza linguistica di una cultura, che, altrimenti, non avrebbe potuto approcciare in modo critico... «Come posso studiare la storia della medicina tibetana, se non conosco la lingua?»... Certi incontri segnano i destini...

In realtà, noi storici abbiamo pagato un prezzo elevatissimo e, per certi aspetti, continuiamo a pagarlo: come ho detto, siamo sottoposti al regime bibliometrico e un libro "pesa" molto meno di una lettera di una pagina, pubblicata su una rivista medica importante.

Non solo, quando abbiamo iniziato a frequentare la Società Italiana di Storia della medicina, c'erano Soci ordinari, laureati in Medicina, e Soci aggregati, laureati in altre discipline, a cui era precluso l'accesso ai ruoli più alti. Per statuto.

Nei concorsi, siamo stati spesso penalizzati, in quanto in commissione c'erano solo patologi, che, sicuramente ricercatori di eccellenza nel loro campo, non avevano le competenze per giudicare un lavoro di storia... *ne dicam* di coloro che hanno preso posizioni negative aprioristiche...

Perché ho scelto questa strada?

Perché ho incontrato anche tante persone straordinarie, con cui è stato possibile instaurare rapporti proficui anche dal punto di vista del lato umano e non solo professionale e poi perché le sfide vanno raccolte...

Bibliografia

- Canguilhem Georges, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1971.
- De Renzi Salvatore, *Storia della Medicina italiana*, 5 voll., Napoli, Tipografia di Filiale Sebezio, 1845-48.
- Grmek Mirko D., *Introduzione*, in AA.VV., *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. I. *Antichità e Medioevo*, Bari, Laterza, 1993, pp. I-XXXII.
- Lecourt Dominique, *Pour une critique de l'épistémologie*, Paris, Maspero, 1972.
- Murri Augusto, *Del buon senso nella medicina pratica (Prelazione del 18 novembre 1899)*, in Id., *Scritti medici*, a cura del Comitato promotore delle onoranze, Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1902.
- Starobinski Jean, *Le Passé de la médecine*, in «Critique», 70, (1953), pp. 256-270.

Forum storiografico

Memorie della “spagnola”

CON

ROBERTO BIANCHI, ALESSANDRO CASELLATO, GIOVANNI CONTINI

A CURA DI

COSTANZA BONELLI, FRANCESCO CUTOLO

Presentiamo un dialogo realizzato il 28 giugno 2020 sul tema delle “memorie” dell’influenza “spagnola” del 1918-1920. Il testo che segue è la trascrizione dell’incontro, moderato da Costanza Bonelli e Francesco Cutolo, a cui hanno preso parte Roberto Bianchi (Università degli Studi di Firenze), Alessandro Casellato (Università “Ca’ Foscari” di Venezia) e Giovanni Contini (Istituto storico della Resistenza e dell’Età contemporanea di Pistoia).

Francesco Cutolo

L’idea di svolgere questo incontro è stata stimolata dalla crescente visibilità guadagnata dalla pandemia di influenza “spagnola” nell’ambito del discorso pubblico, a causa dell’emergenza sanitaria odierna. L’opinione pubblica dei Paesi occidentali, fin dalle prime notizie provenienti da Wuhan tra la fine del

2019 e l’inizio del 2020, ha ricercato dei termini di paragone per comprendere un presente che appariva (e appare) anacronistico. Nella visione occidentale, questi fenomeni epidemici sono ormai confinati alle regioni dei Paesi in via di sviluppo, che si ritengono non aver raggiunto un livello igienico-sanitario equiparabile agli Stati più sviluppati. All’inizio soprattutto, almeno in Italia, si tendeva a confrontare gli eventi contemporanei alle grandi epidemie letterarie, in particolare le grandi pestilenze narrate da Giovanni Boccaccio (la “Morte nera” del ‘300) e da Alessandro Manzoni (peste di Milano del 1630). Poi, sono diventati prevalenti gli accostamenti con l’influenza “spagnola”, la grande pandemia del Novecento, che vittima di una “congiura del silenzio”, come ha scritto Eugenia Tognotti, dopo oltre un secolo di oblio ha conosciuto una

riscoperta nel discorso pubblico. Senz'altro, la "spagnola" si presta meglio di altri fenomeni infettivi a questo paragone, non fosse altro perché si tratta dell'ultima grande pandemia ad aver colpito con veemenza il mondo occidentale. Tuttavia, credo possa essere interessante riflettere sui modi in cui la pandemia influenzale è stata mobilitata dall'opinione pubblica, su quali aspetti ci si è maggiormente soffermati, come l'esperienza presente ha condizionato il ricordo della pandemia passata e come la storiografia ha reagito di fronte a questo rinnovato interesse. Probabilmente, la pandemia di Covid-19 ci aiuterà indirettamente a comprendere meglio le dinamiche con cui si è ricordato o, meglio, dimenticato l'influenza del 1918-20.

Si iscrive in questa nuova stagione d'interesse per l'argomento, l'esperimento didattico promosso dal professor Alessandro Casellato, che ha prodotto interessanti risultati di ricerca poi confluiti nella pubblicazione *Memorie della "spagnola": un'antologia*, disponibile sul sito dell'Associazione italiana di storia orale (AISO).

Alessandro Casellato

Memorie della "spagnola": un'antologia è stato un esperimento didattico, nato da un corso di storia sociale che tenevo l'anno scorso per la prima volta. Inizialmente, il corso avrebbe dovuto tenersi attorno al libro di Forgacs, *Margini d'Italia*, ma poi c'è stata l'irruzione non prevista della pandemia che ha, da un lato, rivoluzionato il modo in cui potevamo fare didattica e, dall'altro, sollecitato a pensare

alla storia sociale in quelle circostanze, in un modo un po' diverso. I miei ricordi del corso si sono già un po' attenuati, ma grazie alla piattaforma Moodle è rimasto un diario quasi in presa diretta di quelle lezioni e degli scambi con gli studenti, che si svolgevano attraverso la piattaforma. Fu un corso molto partecipato.

Eravamo tra marzo e aprile 2020, in un momento di grande smarrimento, che siamo stati costretti ad affrontare non essendo preparati e non avendo esperienza della didattica a distanza, se non in maniera limitata. Abbiamo avuto due settimane di sospensione della didattica prima che questo corso iniziasse e, in questo periodo, tra docenti, tra colleghi, abbiamo cercato di riflettere su come mantenere viva la relazione, appunto la didattica, attraverso questi strumenti. Le due settimane che precedevano l'inizio del nuovo corso, in qualche modo, hanno consentito di ripensare l'organizzazione delle lezioni e mi parve fin da subito inevitabile che avremmo dovuto affrontare i temi di storia della medicina e della pandemia, pur non avendoli io mai direttamente trattati. Mi sono, con qualche difficoltà a causa della chiusura delle biblioteche, documentato e ho tratto alcune informazioni (libri, video, articoli sul web) che aiutassero me e gli studenti. Il metodo storico doveva diventare una sorta di ammortizzatore psicologico per superare il disorientamento del presente, mettendo in pratica gli insegnamenti di Marc Bloch sul rapporto tra presente e passato. Queste lezioni avrebbero potuto fornire agli studenti una maggiore consapevolezza

rispetto al “frullatore” di informazioni che i mass media davano e che, a volte, erano assolutamente inattendibili, rivelando la difficoltà di prendere le misure a un fenomeno contemporaneo, nonostante l’ampio dispiegamento di strumenti, osservatori e mezzi scientifici. Non riuscivamo a capire quanti fossero i contagiati, quanti fossero i morti, da dove venisse il virus. Ecco, riflettere con gli studenti sulla fatica, sulla difficoltà di analizzare criticamente i dati di un fenomeno del tempo presente ci ha resi molto consapevoli della fragilità e del carattere congetturale di tutto il nostro mestiere, che si applica a fenomeni del passato, attraverso dati molto più limitati, molto più frammentari, che noi chiamiamo fonti. Anzi, ho notato un passaggio interessante: con le fonti noi siamo consapevoli di dover usare un atteggiamento critico, basato innanzitutto sulla necessità di capire la genesi di queste fonti, e soprattutto di interpretarle. A fronte dei dati numerici, quantitativi duri che imperversavano in quelle settimane, non si riusciva a prendere la consapevolezza di quanto fossero poco attendibili. Abbiamo un po’ rivalutato l’importanza del metodo storico critico. Questa è stata, diciamo, una prima acquisizione.

L’altra è appunto la possibilità che avevamo di mettere in prospettiva storica il nostro presente e quindi provare ad analizzare dei casi analoghi di pandemie avvenute in passato per provare a vedere sia le analogie sia le differenze. Insomma, nel fare questo esercizio, è stato ovvio pensare alla “spagnola”, da un lato, ma da un altro era non proprio ovvio, perché ef-

fettivamente io non ne sapevo quasi nulla. In linea generale, sapevo che c’erano stati milioni imprecisati di morti; milioni che erano davvero imprecisati anche nella mia coscienza, mentre avevo una contezza abbastanza precisa dei caduti in guerra. Poi mi sono ricordato i racconti di mia nonna, di quando era andata profuga con la famiglia dalla zona del Piave, a Napoli, e lì aveva perso la sorella Palmira, morta di “spagnola”. Mi è tornato alla mente il ritratto di Palmira che mia nonna teneva in casa; ho chiesto a mia mamma e alle zie se qualcuna di loro lo avesse conservato e ho cominciato a nutrire il desiderio di capire chi fosse stata quella ragazza che aveva l’età dei miei figli quando morì. Insomma, il presente drammatico che stavamo vivendo di fronte all’esplosione del Covid-19 aveva innescato delle domande nuove sul passato, in cui si saldavano fragili ricordi familiari e labili conoscenze sulla storia sociale della “spagnola”. Ho pensato che su questa traccia potesse essere proposta un’attività di didattica attiva con gli studenti.

Proprio le piattaforme hanno consentito delle attività che non avevamo previsto e che hanno reso molto più partecipi gli studenti. Il fatto di avere questi tempi in qualche modo dilatati, occupati da nient’altro che dalle lezioni per molti di noi docenti, ma anche per gli studenti, permetteva di ipotizzare che ci fosse del tempo da dedicare, più che alla singola lezione, a tutto quel contorno di attività asincrone che si svolgono attorno alle lezioni stesse, compreso l’avvio di piccole ricerche individuali. Ecco, ma come si fa

a fare ricerca storica, non potendo uscire di casa oppure potendo uscire per poche decine o centinaia di metri, perché quello era il limite che c'era dato? Poteva essere una risorsa usare la casa, muoversi all'interno dello spazio familiare. La permanenza forzata nell'aggregato domestico e comunque il legame con il paesello, con l'intorno dell'abitazione. Si poteva appunto provare a fare una indagine, diciamo così, in qualche modo in profondità, sfruttando questi strumenti.

Quello che, appunto, era nato come un esperimento, ha rivelato un insospettato tesoro di informazioni; informazioni molto complicate, frammentate, opache, ma tante: e questa è una cosa che personalmente sempre mi sorprende. Quando faccio iniziative simili con gli studenti, vengono fuori sempre moltissime informazioni da quell'aggregato che è la famiglia. Nello specifico, il compito assegnato era di consultare gli anziani di casa: insomma i nonni, gli zii; di provare a visitare, se possibile, il cimitero [locale] o il monumento, la lapide ai caduti della guerra ecc., per vedere che cosa fosse rimasto anche in quelle fonti. Poi consigliavo, quando possibile, di visitare l'archivio parrocchiale e l'archivio comunale. La ricerca a "chilometri zero" ha portato alla luce decine di testimonianze, frutto di trasmissioni orali all'interno delle famiglie, delle ricerche avviate dagli studenti. Tra questi archivi "locali" la casa era un primo luogo di ricerca per gli oggetti che conteneva, in particolare le fotografie di parenti morti di "spagnola" che sappiamo supportano, aiutano, diciamo così, il ricordo.

Si è poi scoperto che in alcuni casi gli archivi comunali hanno digitalizzato una parte dei loro documenti e quindi alcuni studenti hanno potuto fare una verifica e prendere atto che c'era un altissimo numero di morti per malattia. Quasi mai nei documenti ufficiali, come sappiamo, viene usata la denominazione di febbre "spagnola" o influenza "spagnola". Se ne usano molte e varie, ma la sintomatologia descritta nei racconti lascia intuire che i testimoni facevano riferimento alla pandemia.

Gli archivi parrocchiali sono stati, diciamo così, un po' più generosi, anche dal punto di vista qualitativo; in alcuni casi, come nel documento che in qualche modo funge da copertina per l'articolo pubblicato sul sito dell' AISO¹, sono emersi dei voti, cioè dei documenti che testimoniano la domanda "dal basso" di funzioni religiose propiziatrici, per chiedere l'intercessione della Madonna e dei Santi per porre termine al morbo, promettendo una qualche forma di restituzione una volta superata la crisi pandemica.

Poi, appunto, c'è il tema delle memorie, memorie che inevitabilmente portano indietro i ricordi di cento anni, quindi siamo a tre generazioni: sono tutti racconti di seconda mano che sfumano com'è inevitabile nella dimensione mitica, in cui quindi la precisione dei ricordi non c'è quasi mai. C'è un alone, ma è molto for-

1 *Memorie della "spagnola": un'antologia*, con introduzione di Giovanni Contini, AISO, 2020, disponibile al sito: <https://www.aisoitalia.org/memorie-della-spagnola-unantologia/> (consultato in data 20 luglio 2021).

te e ancora molto vibrante il significato che questi racconti “mitici” conservano: la “spagnola” fu un fenomeno enorme nelle dimensioni, poco spiegabile e che faceva quindi paura, dove il confine tra vita e morte non era netto e le morti sono associate all’incontrollabilità della malattia. Racconti di persone che improvvisamente, camminando, crollano; di persone che si credono morte, ma poi in qualche modo si risvegliano; di carretti che giravano per i paesi a raccogliere i cadaveri che poi venivano sepolti nelle fosse comuni; di oggetti appartenuti ai morti che venivano sepolti a loro volta, oppure bruciati. Questi racconti restituiscono la grande impressione suscitata dalla malattia.

Alla fine del corso, ho chiesto agli studenti l’autorizzazione a raccogliere i frutti delle loro indagini, per sottoporle a uno sguardo “esterno”, di Giovanni Contini, specialista di storia della memoria, e poi pubblicarle nel sito di AISO, in un lungo post è che tuttora il più visitato da quando abbiamo cominciato a tenere il conto degli accessi al sito. Ciò che forse lì non emerge, dato che si tratta di un’antologia di testi molto brevi, è il processo, che viene invece fuori ripercorrendo il forum in *Moodle*, dove nel giro di pochi giorni questa ricerca è stata “riversata”. Insomma, è stato un esperimento di ricerca, oltre che di didattica, molto vivace, molto partecipato, che ha contribuito a rinsaldare ciò che stava mancando in quel momento, cioè il contatto con gli studenti, con il gruppo classe; circa 80 persone hanno potuto lavorare insieme, in maniera laboratoriale, leggendo gli uni degli altri e in

una modalità che in un’aula universitaria tradizionale non sarebbe stato possibile. Quindi abbiamo scoperto anche le virtù della didattica a distanza.

Francesco Cutolo

Ci sono tanti spunti. A mio avviso, la ricerca sulla memoria della “spagnola” attraverso le fonti orali restituisce forse anche elementi per comprendere come ci rapportiamo con l’emergenza sanitaria presente. Vedo delle analogie con i fatti che sembrano essere rimasti maggiormente impressi nella mentalità collettiva: della pandemia di Covid-19 prevale il ricordo degli aspetti più orrifici e impressionanti, come i cortei di camion militari carichi di salme che lasciavano Bergamo.

Cederei ora la parola a Giovanni Contini, che, oltre ad aver scritto l’introduzione all’antologia disponibile sul sito di AISO, in questo anno ha iniziato a riflettere sulla memoria della pandemia influenzale.

Giovanni Contini

Sì, dunque, anch’io devo dire che sapevo pochissimo dell’influenza “spagnola”. Sapevo che la madre di uno zio di mia moglie era morta di “spagnola” quando lui, figlio unico, tornava dalla guerra. Così dopo l’esperienza in trincea e la prigionia nei lager dopo Caporetto, ebbe anche questo terribile trauma. Questa vicenda veniva molto raccontata in famiglia per spiegare anche il carattere particolare di questo zio, che poi era un socialista perseguitato dal fascismo, il quale aveva dei caratteri di ombrosità particolari. Nel-

la mia famiglia, invece, c'era un fratello del mio bisnonno che muore nel 1918 di malattia e proprio nell'autunno: immagino che anche lui sia morto di "spagnola", ma nessuno ne parlava come di un morto di "spagnola", quindi?

Anche per me la "spagnola" era una tabula rasa e, tra l'altro, anche io non me ne sono mai interessato, e la cosa mi stupisce, visto che mi occupo di storia sociale. Avrei dovuto interessarmi alla "spagnola" prima che venisse il Covid, ma invece no. Devo dire che le interviste messe insieme dagli studenti di Alessandro sono state per me molto interessanti. Avevo appena letto il libro di Francesco Cutolo, notando la dimensione tragica della pandemia su più livelli: nazionale, toscano, pistoiese. Secondariamente, le grandissime responsabilità di tutte le istituzioni, da Orlando, che scrive la circolare per imporre il silenzio sull'emergenza sanitaria, scendendo tutta la piramide della struttura gerarchica, ai giornalisti, che imposero una specie di autocensura sulle notizie riguardanti la pandemia. Del resto, i giornali che pubblicavano sulla "spagnola" venivano solitamente sequestrati.

Ritenevo l'assenza di memoria, memoria collettiva, ma anche di memoria individuale e familiare una conseguenza dell'irresponsabile comportamento delle istituzioni nei confronti della pandemia. Che in fondo, se ci pensiamo era completamente rovesciato rispetto a quello che abbiamo vissuto noi, che dall'inizio di questa pandemia abbiamo sentito in modo martellante migliaia di trasmis-

sioni con tantissimi esperti più o meno d'accordo tra di loro, che hanno parlato, parlato, parlato. Alla fine, l'emergenza sanitaria è entrata nei nostri sogni, è entrata nella nostra vita quotidiana, nelle nostre conversazioni. L'impressione è invece che 100 anni fa tutto si sia svolto in modo completamente opposto; quindi, io mi spiegavo l'oblio della memoria con la censura imposta sull'emergenza. Mi balzava agli occhi il fatto che nella memoria familiare, come ha già evidenziato Alessandro, venissero ricordati soprattutto i casi particolarmente truculenti, come il morto che si sveglia, oppure il parente che viene sepolto vivo: c'è una donna, una giovane donna di cui non rimane neanche una fotografia, che viene seppellita ancora viva. Come numerose sono le storie riguardanti le medicine, le più stravaganti medicine prescritte dai medici e i rimedi ancora più stravaganti escogitati dai pazienti, ad esempio i salassi fatti con le sanguisughe. Un altro tema ricorrente è quello delle persone che obbediscono al medico e muoiono; invece, coloro che si ribellano al medico, una sorta di novax attuale, invece sopravvivono². Conoscevo, per esempio, quella testimonianza di Rosai, che con il suo solito tono spaccone, afferma di aver bevuto non sa quanto superalcolico e poi di aver avuto una scarica di diarrea tremenda, che lo guarì, mentre i medici già preparavano la calce viva per la disinfezione e la sepoltura.

2 O. Rosai, *Il libro di un teppista*, Milano, RCS Media Group, 1930, (2016), p. 155.

Successivamente, mi sono messo a riflettere sul fatto che anche io, la mia famiglia e gli amici, quando sembrava che tutto fosse finito, in qualche modo avevamo dimenticato quei mesi con una velocità impressionante. Ciò è stato tra l'altro notato da Irene Bolzon, che aveva organizzato una ricerca in parte simile a quella di Alessandro, tentando di raccogliere testimonianze sull'esperienza quotidiana durante la prima ondata del Covid-19³. L'emergenza sanitaria sembrava come sparire, non interessava più a nessuno e l'impressione era che anche io stavo dimenticando, nonostante tutto il battage mediatico al quale ero esposto. Era in atto un fenomeno collettivo di dimenticanza, poi interrotto dall'ondata iniziata in autunno e credo che ora sarà più difficile che succeda di nuovo un fenomeno simile. Intanto i morti sono all'incirca 100.000 in più e poi abbiamo trascorso un periodo molto più lungo dentro la pandemia.

Tra l'altro, mentre leggevo il saggio di Francesco e i lavori degli studenti di Alessandro, pensavo che anche il fascismo, con la sua mitologizzazione dei caduti in guerra avesse contribuito a questo fenomeno di amnesia collettiva. Ciò che emerse in un'altra occasione è il fatto che i socialisti non avessero per niente utilizzato come arma nel dibattito politico l'atteggiamento del governo e di tutta la classe dirigente nei confronti della "spagnola". Nel dopoguerra il tema poteva essere del

tutto funzionale alle campagne dei socialisti, mentre ho l'impressione che tutte le forze politiche abbiano obbedito a un pregiudizio comune nei confronti della pandemia influenzale.

Possiamo utilizzare la contemporaneità e l'esperienza dell'oblio del Covid-19 per comprendere certi meccanismi del passato, per quanto si tratti di contesti completamente diversi. Forse il mancato ricordo della "spagnola" dipende dal fatto che la memoria collettiva e la memoria individuale, soprattutto la prima, hanno bisogno di una narrazione. La guerra viene ricordata perché durante il periodo bellico e soprattutto dopo il conflitto è stata un tema dibattutissimo: c'era un nemico, c'erano le battaglie, c'erano le sconfitte, c'era la rotta di Caporetto, il successo di Vittorio Veneto, il gigantesco flusso di lettere sgrammaticate tra i soldati e le loro famiglie, che poi sono state ampiamente utilizzate nella ricerca storica. Poi, nel dopoguerra, vi è stato il processo di monumentalizzazione della memoria del conflitto: i cimiteri di guerra, i sacrari, come Redipuglia. L'imponente memoria della guerra mondiale è un qualcosa che viene dopo una narrazione altrettanto consistente, multifocale: tutti, in qualche modo, hanno riflettuto, parlato e scritto del conflitto.

E poi, soprattutto, nella guerra mondiale sono presenti dei nemici, che hanno un nome: i "crucchi", i *boches*, gli Unni, cioè i tedeschi "cattivi". Marc Bloch ha messo in evidenza le dicerie circolanti sulle atrocità commesse dai tedeschi in Belgio. Nella guerra, la figura dell'anta-

3 *Memorie della Spagnola: un'antologia*, disponibile al sito: https://www.youtube.com/watch?v=_6dHACEFgaw (consultato in data 3 luglio 2021).

gonista è ben presente e sono antagonisti di alto livello come il Kaiser e il soldato tedesco, che ti viene ad ammazzare a colpi di mazza ferrata, che getta i gas asfissianti. Quindi, forse, l'assenza di memoria della "spagnola" dipende dal fatto che la "spagnola" come il Covid non è, in realtà, un soggetto fisico e ben identificabile che puoi odiare. Non è un antagonista umano, non è qualcosa di storicamente evidenziabile, di politicamente rilevante, di socialmente diverso, all'opposto del nemico dello scontro bellico.

Quindi questi innumerevoli morti di "spagnola" sono tante morti individuali, piante singolarmente dalle famiglie, senza che ci fosse un filo che collegava questi lutti e senza che si potesse poi incolpare qualcuno per queste morti, tranne che la malattia. Pertanto, i morti di questo grande fenomeno collettivo, gigantesco come la guerra mondiale, non sono stati pianti collettivamente, non c'è stato nessun altare della patria che ha ospitato il "milite ignoto" della "spagnola". Chi è rimasto a piangerli sono state le famiglie. Tra l'altro immagino che si sia trattato di morti ancor più dolorose delle morti in guerra, proprio per questa mancanza di una cornice che potesse aiutare a elaborare il lutto. Non era l'eroe caduto sul fronte. Credo che questo sia un motivo per il quale anche molti dei soldati morti per "spagnola" sono stati registrati sotto la voce appunto di "caduto in azione bellica". Forse anche la storiografia non si è occupata di questo fenomeno perché in fondo anche la storiografia è molto legata alle vicende umane e solo recentemente si è interessa-

ta a fenomeni in qualche modo legati alla storia del mondo naturale o alla storia del rapporto tra mondo umano e mondo naturale. La storiografia si è sempre occupata della società umana, di pensieri, di battaglie, quindi il virus – che, tra l'altro, all'epoca non era neanche riconosciuto come tale – non trovava posto.

Insomma, rispetto alla mia prima impressione direi che forse questa amnesia non è stata semplicemente il risultato di uno specifico comportamento delle classi dirigenti liberali prima e, poi, del fascismo, ma di un particolare rapporto con la morte collettiva a seconda che abbia una narrazione che la precede, la accompagna e la segue o che non ce l'abbia.

Francesco Cutolo

Sull'onda dell'emergenza sanitaria, nell'ultimo anno si è riflettuto maggiormente sul rapporto tra la memoria collettiva e i grandi disastri naturali. Già Tognotti aveva ipotizzato che l'oblio della "spagnola" andava fatto in parte risalire al rapporto particolare della storiografia con la storia dei disastri naturali. Parlando, per l'appunto, di storiografia, passerei la parola a Roberto Bianchi, che l'anno scorso ha scritto un contributo riguardo alla memoria della "spagnola" sul blog degli "Amici di Passato e Presente" che ha avuto una notevole circolazione.

Roberto Bianchi

Sono state sollevate diverse questioni interessanti, ma ne vorrei sottolineare due: il rapporto fra passato e presente, o meglio fra presente e passato, e il ruolo

della storia, quindi degli storici e delle storiche, un punto su cui soprattutto Alessandro, ma anche Giovanni, si sono concentrati. Sottolineo soltanto alcuni aspetti.

Questa vicenda del Covid, che non è chiusa, lo dimostra in modo nettissimo. In primo luogo, va ricordato che è cambiato il presente. Con questa emergenza sanitaria ci siamo trovati in una situazione inedita nella storia dell'umanità per tutta una serie di motivi, dovuti alla pandemia e, soprattutto, alle decisioni prese dalla società e dalle sue istituzioni, che devono essere discusse e – eventualmente – anche criticate; di fatto, il contesto che stiamo vivendo rappresenta un caso di studio molto interessante. In secondo luogo, devo evidenziare la responsabilità nostra in quanto educatori, insegnanti, ricercatori e ricercatrici, come di tutti coloro che fanno della storia, della sua trasmissione al pubblico, un aspetto fondamentale del proprio mestiere. Sotto questo punto di vista, l'esperienza raccontata da Alessandro Casellato è molto interessante: mi ricordava la *Divina Commedia* di Dante che con la "gabbia" delle terzine riesce a comporre un'opera meravigliosa; così la gabbia del confinamento, quello che viene chiamato lockdown, è stata sfruttata al meglio nell'esperimento didattico di Alessandro. Dal marzo 2020 gli storici sono stati sollecitati a intervenire nell'ambito pubblico, non soltanto in conferenze, dibattiti, ma anche dal giornalismo e dai social media per raccontare aspetti del passato che permettessero di affrontare il presente. Per certi versi, la storia ha acquisito anche una funzione in qualche

modo terapeutica nella primavera 2020 e, anche, successivamente. Quindi, un ruolo pubblico e civile della storia che, come vedremo, ha già cambiato il suo rapporto con la "spagnola": le pubblicazioni, le pagine a essa dedicate sono diventate più numerose. Chi lavora con la storia non vive in una torre d'avorio, per quanto ci si possa chiudere nei reticoli delle biblioteche, negli archivi, nei volumi per resistere alle sollecitazioni del presente e tentare di fare ricerca in tranquillità. Nonostante le nostre difese, siamo immersi nel presente e molti nostri colleghi talvolta lo dimenticano, neanche si fosse all'epoca di Leopold von Ranke, nel XIX secolo, quando la storia era interpretata come un accumulo continuo di conoscenze sul passato. La storia è una relazione, non è soltanto un racconto.

Vorrei dedicare alcune parole al mio rapporto con la "spagnola", al pari di chi mi ha preceduto. Io ho un rapporto molto diverso con la "spagnola" rispetto a quello raccontato da Alessandro e Giovanni. Avevo ricordi familiari e, soprattutto, l'avevo sempre studiata, a partire dalla tesi di laurea sul 1919 e già da alcuni esami universitari, quando lessi il saggio *La Grande Guerra lontano dal fronte* della professoressa con cui mi stavo laureando, Simonetta Soldani. Una parte cospicua di quel testo, facente parte del volume Einaudi della *Storia d'Italia. Le Regioni dall'Unità a oggi. La Toscana* curato da Giorgio Mori (1986), è dedicata alla "spagnola". Entrai subito in sintonia con quelle pagine, che peraltro mi rimandavano ai racconti familiari. Alla dimensione della Grande Guer-

ra vissuta da due miei nonni, uno negli alpini, sommerso da una valanga nel venerdì del 13 dicembre 1916, la "Santa Lucia nera", e poi sopravvissuto, l'altro un "fantaccino", così come dai loro fratelli. Non avevo mai scritto un saggio specifico sulla "spagnola", per quanto in molte mie pubblicazioni vi sono alcune righe dedicate al tema. Nel 2002, recensii il libro di Eugenia Tognotti (appena uscito) per *l'Indice dei libri del mese*. Mi ero composto una piccola biblioteca sulla "spagnola" e avrei voluto prima o poi studiarla più approfonditamente. Il mio canale sono stati gli studenti, a molti dei quali ho proposto periodicamente tesi sulla "spagnola" ma il tema non interessava a nessuno, finché nel 2014 Francesco Cutolo accettò la mia proposta, perché interessato all'argomento in ragione dei ricordi familiari sulla pandemia.

Dopo questa tesi sulla "spagnola", che seguì con passione e profitto (vinse anche un premio), nel 2019 venne fuori l'idea di pubblicarla con una mia introduzione, che tenevo a scrivere approfonditamente e, pertanto, ripresi a documentarmi. Tra vari ritardi, stavo finendo di scriverla a fine anno, proprio mentre in Asia si diffondeva la pandemia di Covid-19. A quel punto la redazione del blog "Amici di Passato e Presente", conoscendo il mio interesse per l'argomento che trattavo sempre nei miei corsi, mi propose di scrivere un contributo per il sito. Così ho ripreso il saggio introduttivo in fase di elaborazione e vi ho ricavato un articolo per il blog, che ha avuto, relativamente agli standard del blog, un'ottima visibilità e

in poco tempo registrò più di 15.000 visualizzazioni⁴.

Nell'articolo dicevo, sostanzialmente, quanto sottolineato da chi mi ha preceduto: raccontando la "spagnola" mi ponevo il problema del perché quell'evento enorme, sul quale si stimano decine di milioni di morti e con pesanti ricadute sull'economia, sulla società, sui rapporti familiari, sui sistemi sanitari, sui linguaggi, avesse trovato uno spazio limitato nella storiografia, nella manualistica e nella Public History. Con i libri che avevo a disposizione in casa (eravamo nel periodo della chiusura totale), mi ero divertito a vedere quante pagine erano dedicate a Gabriele D'Annunzio e quante alla "spagnola": la sproporzione era enorme. Per quanto D'Annunzio sia importante per la storia di quel periodo, il "poeta-combattente", l'uomo che inventava le parole, devo dire che da un punto di vista della storia globale dell'umanità, ma anche della storia di Firenze, della Toscana e dell'Italia, la sproporzione era impressionante. La mia critica non riguardava alcuni storici o editori particolari, era una presa d'atto generale; d'altronde, nemmeno gli storici dell'ambiente avevano ampiamente scrit-

4 Cfr. R. Bianchi, *La "spagnola". Appunti sulla pandemia del Novecento*, 31 marzo 2020, disponibile al sito: <https://amicidipassatoepresente.wordpress.com/2020/03/31/la-spagnola-appunti-sulla-pandemia-del-novecento-roberto-bianchi/> (consultato in data 3 luglio 2021). Nello stesso blog sono poi stati pubblicati vari contributi sulla storia di pandemie, medicina, risposte alla crisi. Una versione rivista e corretta del testo si trova ora come saggio introduttivo (R. Bianchi, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*) in F. Cutolo, *L'influenza spagnola...*, cit. pp. 7-20.

to sulla “spagnola”: è un’amnesia che, evidentemente, riguarda tutti gli addetti ai lavori, salvo alcune eccezioni significative. L’articolo suscitò molte reazioni. In poche settimane mi giunsero tante e-mail da colleghi e amici, da storici della medicina e persino da qualche medico, come pure da autori di ottimi manuali che mi ringraziavano per la sollecitazione. Tra la seconda metà del 2020 e il 2021 alcuni manuali sono stati aggiornati, anche con risultati eccellenti. Va detto che adesso quell’articolo lo scriverei in modo diverso e, ovviamente, ho ricevuto anche delle critiche, perché alcuni passaggi erano scritti in modo rapido e potevano dare l’impressione di criticare alcune opere specifiche, richiamate come esempi; ma, appunto, la mia non era una critica verso singole persone, ma una presa d’atto che ci coinvolgeva tutti.

L’eco suscitata dall’articolo è stata poi alimentata da varie interviste pubblicate su quotidiani, canali radio locali e nazionali, blog, canali YouTube e periodici di vario genere, anche stranieri; per me è stata un’esperienza nuova e forse avrei potuto gestire meglio quella occasione per accedere a canali di comunicazione anche più importanti, ma non ci tenevo molto a farlo. Piuttosto, ho trovato gratificanti i commenti giunti da amici e conoscenti, come quelli che mi hanno detto: «Guarda quel tuo articolo è stato terapeutico in quelle settimane». Perché in quelle settimane, dal 5 marzo in poi e in seguito al discorso del Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, quando ebbe inizio il lockdown nazionale e si cantava dai bal-

coni, c’era un senso di disorientamento. In quella fase lì avere una lettura, uno sguardo in prospettiva, poteva aiutare a relativizzare, a ricordarci, a concentrarci sul fatto che da situazioni eccezionali poi se ne può uscire. Quindi a concentrarsi non più sul fatto di stare paralizzati davanti all’emergenza, ma concentrarsi sulle strategie per uscirne, per razionalizzare. Insomma, riemerge anche in questo caso l’importanza della storia e di chi se ne occupa.

Ho ricordato quell’articolo sia per ri-allacciarmi alle esperienze raccontate da Alessandro e da Giovanni, sia per richiamare l’attenzione sul come è cambiato il nostro rapporto con la storia e la memoria della “spagnola” in questi 16 mesi, dal febbraio 2020 a oggi. Ed è cambiato in modo profondo. Adesso, però, non voglio insistere sul fatto che fino sostanzialmente al gennaio 2020 della “spagnola” non se ne parlava, come ha già evidenziato chi mi ha preceduto. Piuttosto, intendo piegare il discorso in direzione opposta, per segnalare che in realtà in alcuni ambienti, in alcune situazioni di “spagnola” se ne parlava.

Dove se ne parlava? Intanto, in ambito storico c’era chi aveva fatto ricerche sulla “spagnola”, come mostrano i lavori di persone che si occupano di storia della medicina: è stata giustamente ricordata Eugenia Tognotti, e potremmo annoverarne altre. Poi anche in alcuni studi di storia locale e storia sociale, per l’appunto, si trovavano riferimenti alla “spagnola”, anche se magari non in maniera approfondita. Spesso a occuparsene sembrano essere

state soprattutto donne, come Soldani, Tognotti, Laura Spinney, ma in realtà sul tema hanno lavorato anche uomini come Jay Winter e vari italiani come Paolo Giovanni, studiosi di storia locale o giovani come, appunto, Francesco Cutolo.

Mancavano soprattutto riferimenti alla “spagnola” nelle grandi opere di sintesi storica, nel dibattito pubblico e in quella che si chiama Public History. Mancavano nelle arti figurative, nei fumetti, fatto salvo eccezioni come il fumetto francese *La Grippe coloniale* (2 voll., 2003), che appena uscito comprai. Recentemente ho visto quella serie documentaria televisiva, disponibile dal 2020 sulle piattaforme a pagamento, che si intitola *Pandemia globale*, una produzione americana, che si apre per l'appunto con una scena di uno scienziato in un cimitero, dove afferma che «Questo cimitero è un promemoria di quanto possa essere devastante una pandemia influenzale, una carneficina del genere non è relegata alla storia. Quando parliamo di una futura pandemia, non ci chiediamo se scoppierà, ma quando»⁵. E lo scienziato si trova in un cimitero americano di morti di “spagnola”. Per una coincidenza forse non completamente casuale, questa serie venne trasmessa mentre già si parlava di quello che stava avvenendo in Cina. Solo a fine gennaio, se ricordo bene, si dichiarò che c'erano dei casi in Italia.

5 *Pandemic: How to Prevent an Outbreak*, Netflix, 2020, primo episodio *It Hunts us*. Per l'edizione italiana: *Pandemia globale*, primo episodio *Ci perseguita*, disponibile al sito: <https://www.netflix.com/it/title/81026143> (consultato in data 5 luglio 2021).

Ora, il pericolo rappresentato da una nuova pandemia che sarebbe dovuta arrivare era chiaro agli addetti ai lavori e gli avvertimenti dello sceneggiato non erano inediti. Ho ad esempio avuto modo di visionare il testo prodotto dall'Organizzazione mondiale della Sanità nel 2018⁶. Il documento, quando fornisce le indicazioni su come affrontare una pandemia influenzale, ribadisce che il problema non è capire se arriverà, ma quando e come: si dava per scontata una nuova pandemia. L'aspetto interessante è che in quel testo dell'OMS si faceva riferimento proprio alla “spagnola” come modello di riferimento, dicendo sostanzialmente che oggi il mondo è diverso. Oggi sappiamo cosa sono i virus, abbiamo i vaccini, stiamo cercando da anni il vaccino universale, abbiamo dei sistemi sanitari, il sistema di informazione, eccetera. L'approccio era, quindi, molto ottimistico. L'arrivo del Covid ha dimostrato che forse questo ottimismo non era completamente giustificato.

Allora dicevo della presenza della “spagnola” nel dibattito pubblico. Vi do un altro elemento che forse qualcuno conoscerà. Guardiamo la cronologia delle visualizzazioni delle pagine Wikipedia dedicate all'influenza “spagnola” in italiano, in inglese, in francese e in spagnolo. In Italia, gli accessi alla pagina italiana sull'influenza “spagnola” erano stati 12.000 nel dicembre 2019. A febbraio 2020 diventano 400.000, a marzo 1,32 mi-

6 *Influenza: are we ready?*, 12 ottobre 2018, disponibile al sito: <https://www.who.int/news-room/spotlight/influenza-are-we-ready> (consultato in data 10 agosto 2021).

lioni di visualizzazioni. Quella in inglese: 99.000 accessi a dicembre, 1,32 milioni a febbraio, 8,24 milioni a marzo 2020. Le altre avevano un andamento simile. Già questo è di per sé un dato del rinnovato interesse pubblico per la “spagnola”. Quindi è per vari motivi che la “spagnola” è divenuta centrale per la prima volta nel dibattito pubblico.

Quindi è cambiato il rapporto con la “spagnola”, ma ora il problema è come la si deve guardare, con quali obiettivi, cosa si deve guardare.

Un ultimo aspetto prima di chiudere è il rapporto con la guerra. Proviamo a riscoltare i discorsi alla nazione, fra inizio marzo e aprile, tenuti nell’ordine, se ricordo bene, da Conte, Macron, Merkel, la regina Elisabetta II e Trump, seppur in altri termini. La retorica bellica non c’è, ad esempio, nel discorso di Angela Merkel: non a caso siamo in Germania. Questa retorica emerge però fortissima nel discorso di Macron, dove si parla di *Union sacrée* e si cita implicitamente Clemenceau (questo aspetto ha colpito molto alcuni amici francesi). Così come nel discorso di Giuseppe Conte, che si richiama meno all’*Union sacrée* come Macron, ma ha comunque toni da mobilitazione totale. Anche il discorso della regina Elisabetta ha questi accenti, però il riferimento nel Regno Unito non è la Prima guerra mondiale, ma la Seconda guerra mondiale, con Dunkerque e la battaglia d’Inghilterra. È interessante la necessità di usare un linguaggio di tipo bellico, perché fra noi e la “spagnola” c’è l’età degli estremi: una nuova guerra mondiale e un’e-

sperienza di mobilitazione sociale della società che rimanda a meccanismi delle nostre società che si sono strutturati con le guerre più che con la pace, per come sono nati gli Stati, per come si sono costruiti gli imperi, per come si sono strutturate le monarchie, si sono fatti e disfatti gli imperi coloniali. La nostra Repubblica è nata dopo una lotta di liberazione, ma anche dopo una guerra e questo rimane profondamente sedimentato nel dibattito pubblico.

Costanza Bonelli

Grazie per le numerose questioni sollevate. Provo a proporre qualche domanda o spunti di riflessione per riprendere molte questioni a cui si è fatto cenno durante il dibattito. Vorrei partire dall’ultima considerazione attorno alla retorica bellica mobilitata nei discorsi pubblici in occasione della pandemia di Covid-19.

La metafora della malattia come nemico invisibile è molto interessante perché non appartiene soltanto al linguaggio politico, ma in primo luogo al linguaggio medico, fin da quando la medicina inizia a costituirsi come “scienza”, nella seconda metà dell’800. Faccio riferimento alla medicina batteriologica, che fornisce ancora oggi la grammatica di base della scienza medica contemporanea. A partire dalle scoperte di Koch e Pasteur, le malattie non sono più pensate come frutto di un disequilibrio, come le concepiva la medicina ippocratica, ma come l’esito di un’aggressione del corpo da parte di organismi esterni — i batteri. Organismi piccolissimi, invisibili che assumono i

caratteri del nemico. L'aspetto interessante è che la medicina batteriologica si costituisce autorappresentandosi come scienza "moderna" proprio in virtù della sua celebrata "efficacia": è il momento in cui la medicina ha il suo centro nel laboratorio, in cui è divenuto determinante l'apporto delle scienze esatte (la chimica, ecc.) e le malattie infettive si combattono con i vaccini. Robert Koch non a caso scriveva, a fine '800, che mentre l'igienismo ottocentesco guardava alla malattia con un approccio difensivo, la medicina batteriologica di fine '800 proponeva invece una strategia d'attacco: una medicina offensiva, che parla di medici come di "cacciatori di microbi".

Per comprendere le rappresentazioni delle malattie epidemiche, come il Covid e la "spagnola", potrebbe dunque essere interessante riflettere sulle intersezioni fra linguaggio politico e linguaggio scientifico. In questo caso, la metafora del nemico invisibile non appartiene solo e unicamente alla sfera politica, ma è una retorica radicata nel linguaggio della medicina "moderna" così come si è costituita a partire dalla fine dell'800.

Sempre legata a tale questione, mi domandavo se tra le cause dell'oblio che ha colpito la memoria della "spagnola", fino all'ultimo anno e mezzo, non ci fosse una mancanza di interrogativi sul presente. Mi spiego. Nel momento in cui, a partire dalla seconda metà del '900, sono le malattie croniche e non più quelle infettive a causare i più alti tassi di mortalità nelle società occidentali, le epidemie, la malattia come evento collettivo iniziano

a sfumare nel nostro orizzonte geografico e, nel senso comune, vengono relegate ad altri spazi, che coincidono con quelli extraeuropei. Il fatto che la malattia epidemica non rappresentasse più, almeno fino ad oggi, "una realtà" della nostra società, grazie a una scienza medica estremamente "efficace", o che almeno si celebrava come tale, può forse aver contribuito a fare della "spagnola" non un tema di ricordo e discussione?

Rispetto al tema sollevato Giovanni Contini, ovvero quale è il peso del comportamento delle classi dirigenti e della censura nel limitare le possibilità di rappresentazione della "spagnola" nel discorso pubblico, mi chiedo se fosse interessante collocare l'influenza pandemica nel più ampio quadro del rapporto tra malattie e guerre dalla metà dell'800 alla metà del '900. Le autorità [in tempo di guerra] rispondono costantemente alla malattia collettiva con la censura — come avviene anche nel conflitto italo-turco e nella campagna d'Etiopia — mentre la malattia individuale viene vista come uno spazio d'azione per la pratica sanitaria e, al contempo, per la retorica bellica. Ammettere infatti che vi sia un'epidemia durante la guerra, significa rivelare che la presa in carico del soldato non funziona e che il conflitto è patogeno e genera malattie.

Alessandro Casellato

Vorrei partire dal primo punto che hai sollevato, che mi consente di tenerne dentro altri, ovvero il rapporto della malattia con la guerra e con la retorica bellica.

Io ricordo quei giorni in cui gli uffici

si sono chiusi, le scuole si sono chiuse, le università si sono chiuse. Io ho avuto paura che il sistema sociale, la nazione, non reggesse. Temevo che si scatenasse qualcosa che a me ricordava l'8 settembre. Caliamoci nel momento di allora, senza avere la consapevolezza che l'emergenza è stata in parte riassorbita, si sta riassorbendo e può essere affrontata. In quei giorni, non avevamo informazioni e alcune indicazioni che arrivavano erano di uno sfaldamento del sistema. Dentro l'università, tutto ciò in qualche modo vibrava in maniera forse più forte, forse per un eccesso di consapevolezza. Quindi, si è voluto dare subito una risposta efficiente, che poi magari non è stata il massimo dell'efficacia.

Ma insomma, mi ricordo proprio di averlo percepito, di aver capito che cosa è stata *l'Union sacrée*; l'ho capito adesso molto più di quello che avevo capito leggendo i libri. Ho capito meglio la paura, il terrore di Filippo Turati dopo Caporetto e di Piero Calamandrei di fronte all'8 settembre. In quel momento ho sentito di dover dare delle risposte, innanzitutto ai miei studenti, di rassicurarli, di far capire che c'eravamo, non solo individualmente, ma come università, come istituzione. Questo ha a che fare appunto con la retorica bellica e il fatto che io abbia percepito i discorsi che si facevano con un certo grado di immedesimazione, con una ridotta paura della sottrazione delle libertà personali. Anche se sentivo tante persone per me di riferimento dire «Attenzione, attenzione, può succedere qualcosa di davvero pericoloso», cioè una

torsione che legittima, hobbesianamente, il Leviatano. Ne abbiamo discusso in classe, abbiamo ascoltato e commentato un bellissimo intervento di Miguel Benasayag offerto nel sito della Fondazione Feltrinelli. Mi immagino fosse la stessa cosa che l'Italia liberale ha vissuto di fronte alla Prima guerra mondiale. Ho avuto questa sensazione.

L'altra analogia che mi è venuta in relazione sempre al '14-'15 è l'impreparazione del sistema politico, economico e culturale italiano, europeo, liberale, liberista di fronte alla crisi di un sistema che nella circolazione delle merci e delle persone, sempre più frenetica e sempre più libera, aveva costruito il suo assioma, la sua idea di presente e di futuro, che non poteva essere messo in discussione. Nel momento in cui ci siamo resi conto che non avevamo le mascherine e che nessuna fabbrica realizzava mascherine, ci siamo — penso — resi conto che alcune cose vanno ripensate.

Paradossalmente, l'emergenza sanitaria è stata raccontata dagli organi d'informazione come un momento di riscatto per le élite: in Italia, gli esiti politici a livello di governo ne sono uno specchio. Vedete che servono gli esperti? Vedete che le masse, gli individui, le persone semplici non possono pretendere di sapere che cos'è giusto e cosa è sbagliato alla prova dei fatti? Quando in realtà vedevamo, e vediamo ancora adesso, che gli esperti non sempre hanno saputo dare risposte precise e tempestive in relazione all'origine del virus, a come lo si contrastava, alle misure da prendere: ricordo

che nei primi giorni della crisi l'Organizzazione mondiale della sanità diceva che la mascherina non serve a niente. Ancora adesso, giustamente, medici e scienziati hanno opinioni diverse, perché noi sappiamo che la scienza non è lo spazio della verità unica, ma lo spazio del dibattito tra tesi contrapposte. Quindi, questi atteggiamenti da restaurazione tecnocratica dell'ordine sociale costituito mi hanno molto infastidito. Mi ha infastidito anche la lettura semplificatoria che è stata data dello *spillover*, come se fosse una novità frutto esclusivo della crisi ambientale del nostro tempo, quando in realtà è da migliaia di anni che il fenomeno dello *spillover* accade. Basta leggere *Armi, acciaio e malattie*: i salti di specie dei virus hanno cominciato a prodursi come conseguenza della rivoluzione agricolo-pastorale. Certo, oggi le pandemie si diffondono con una velocità straordinariamente più rapida rispetto al '300 o rispetto al '600, ma perché è cambiato il mondo. Insomma, la pandemia presente ha prodotto diverse narrative che si stanno contendendo il senso da dare a questa esperienza sociale così profonda. Non vorrei mai appunto che l'esito politico e culturale con cui si esce da questa crisi finisse per rilegittimare le gerarchie sociali esistenti e per ridurre gli spazi di democrazia.

Infine, per riprendere la sollecitazione precedente, dobbiamo ricordarci che il nemico invisibile non è solo una metafora della medicina batteriologica, ma anche delle teorie del complotto. C'è un nesso anche su questo piano, visto che il Covid-19 ha portato agli eccessi il "complot-

tismo". Una delle piccole prove di storia orale del tempo presente che ho invitato gli studenti a fare e ho praticato in proprio era quella di prestare orecchio al diffondersi delle leggende metropolitane e delle fake news. Che non sono solo, attenzione, le fake news costruite a tavolino da influencer per deviare le attenzioni, ma sono — come diceva Marc Bloch — delle false notizie per cui una piccola distorsione percettiva, laddove intercetta un senso comune e degli immaginari collettivi già presenti, si amplifica e produce degli effetti. Qui però sembra essere in corso una guerriglia narrativa che tocca anche altri aspetti, direi quasi geopolitici. È il tema, appunto, di chi ha messo in circolo questo virus, da dove viene fuori: *spillover* in un mercato umido o fuoriuscita da un laboratorio cinese? È un tema che ha animato le settimane e i mesi più intensi della prima ondata. Tutto quello che per quei primi mesi i mezzi di informazione e le autorità politiche hanno cercato di smentire in maniera risoluta, cioè che questo virus non può essere uscito da un laboratorio, adesso viene invece proposto come una delle tesi possibili, su cui si sta indagando. Ma allora, chi ha ragione? Ma soprattutto, di chi ci dobbiamo fidare? La critica di tutte le fonti — anche quelle ufficiali — mi pare rimanga la strada maestra per chi pratica e insegna la storiografia, e sia uno strumento utile anche nell'analisi del tempo presente.

Giovanni Contini

Molto interessante tutta la discussione. Dunque, questo aspetto del nemico

come metafora per parlare della malattia infettiva. Come mai probabilmente questa retorica non viene applicata nel momento in cui dilaga la “spagnola”: perché lì il nemico c’era davvero. Semmai, come si è detto, la “spagnola” veniva inserita in qualche modo nella contrapposizione tra noi e il nemico, accusando la Germania di aver fabbricato l’influenza in laboratorio (ma credo la stessa idea fosse mobilitata dai tedeschi nei confronti degli Alleati).

Non solo, per i vari governi l’epidemia è vista come un alleato del nemico, per questo c’è la censura. Bisogna evitare la circolazione di queste informazioni. I morti passano in secondo piano rispetto al pericolo di diffusione di notizie sulla mortalità provocata dall’epidemia, che avrebbero generato effetti incontrollabili sul morale della truppa e delle famiglie rimaste a casa. Il nemico “grosso” prevale su quello “piccolo”.

Questo può essere un motivo per il quale questa metafora del nemico fatta da alcuni politici è una novità. È una novità anche perché noi oggi siamo posti di fronte a questo unico nemico. Tra l’altro, qui sarebbe interessante notare come i sovranisti nel mondo, cioè quelli che si sono costruiti un’immagine politica individuando dei nemici nel migrante, nel delinquente, nell’Antifa, sono stati presi in contropiede dalla presenza di questo nemico “reale”. Avendo costruito tutta la propria retorica attorno al fatto che erano altri esseri umani ad impedire la felicità collettiva, sono stati presi del tutto alla sprovvista di fronte all’arrivo di un nemico “vero”, ma non umano.

Infatti, tutti i sovranisti si sono opposti alle misure di contenimento. È come se di fronte a questa crisi reale, che scompagina realmente la società e uccide le persone, fossero assolutamente in crisi perché questa emergenza cancella la loro narrazione costruita attorno alla definizione e identificazione di un capro espiatorio.

È un aspetto che mi fa pensare.

Per quanto riguarda la censura è sempre stata presente quando ci sono state delle guerre. In questo caso però la censura è a 360°, non limitata alle notizie che dal fronte possono arrivare a casa, ma è una censura che funziona anche in direzione opposta. Una censura totale, insomma.

Roberto Bianchi

Cerco di riflettere su alcuni dei punti sollevati da Costanza. Vorrei ricordare in primo luogo un aspetto, che forse avete già ricordato voi all’inizio ma vorrei sottolineare. Il Covid-19, nel senso di una pandemia dovuta a un virus influenzale, non è una novità. Il rapporto tra umanità e pandemie fa parte della nostra storia. Né rappresenta una novità l’imporre provvedimenti d’emergenza in certe località, con quarantene e chiusure. I dieci giovani del *Decameron* vanno in alto, là dove scende il Mugnone, raccontandosi l’uno all’altro dieci storie al giorno per dieci giorni. Fanno un confinamento, si mettono in lockdown. Possono farlo, perché sono persone relativamente benestanti...

L’elemento di novità del Covid è il fatto che per molte settimane, a livello sostanzialmente intercontinentale e tran-

scontinentale, miliardi di persone sono state messe in confinamento sulla base della decisione di autorità pubbliche. Non si era mai visto nella storia e questo è l'elemento nuovo da cui discendono tutti i nostri ragionamenti, non tanto il virus, i morti, i contagi. Questo è il primo aspetto nuovo: la globalizzazione, la rapidità di diffusione dovuta alla mobilità delle persone, il sistema dell'informazione, il numero di abitanti sul pianeta terra, il diverso rapporto antropologico che abbiamo con la vita e ovviamente con la morte rispetto a 100 anni fa, per non parlare di prima. Il rapporto con la spiritualità, con la religione, le relazioni fra famiglie e nelle famiglie, il rapporto con il lavoro, il ruolo dell'individuo: fra noi e la "spagnola" non c'è stato solo il secolo degli estremi, ma c'è stato anche il '68, gli anni Settanta, l'importanza dell'individuo, le nostre libertà, la possibilità di spostarsi in maniera inimmaginabile. Non solo sul piano dei diritti scritti, ma anche dal punto di vista pratico, le nostre generazioni vanno in vacanza, muovendosi, mentre 100 anni fa non c'era questa possibilità.

Quindi mettere dei limiti decisi dall'alto, mettere l'accento sulla protezione della vita e della salute su tutto, è un elemento a livello globale di grande novità e di forte impatto proprio sull'insieme di questi aspetti. Questa è la prima cosa da dire, che ha delle ricadute molto forti.

Che retorica usare, che decisioni prendere? Anzi, vado subito al punto, che ha sollevato Costanza e poi ripreso da Alessandro, relativo al peso delle classi dirigenti: la loro azione è stata efficace?

Hanno fallito? Quali classi dirigenti, centrali, periferiche, autorità sanitarie hanno ottenuto risultati migliori? Sto ponendo degli interrogativi, che in questa sede non riusciremo a scavare a fondo. Io sono d'accordo con le parole di Alessandro, il quale ha sottolineato il sostanziale fallimento delle classi dirigenti. Andrei oltre: è un problema di sistema socioeconomico globale, la globalizzazione concreta, la globalizzazione reale tanto celebrata dagli anni Novanta in poi. Ricordiamo tutti le discussioni su global, no-global, Social forum, "quale globalizzazione?", il rapporto con l'ambiente, che mondo costruiamo, eccetera. Il problema non è dire "c'è la deforestazione, quindi c'è la pandemia". Quelle questioni tra fine anni Novanta e primi Duemila si ponevano all'aprirsi del nuovo secolo, dopo il crollo del sistema bipolare, quando non c'era più la guerra fredda. Ecco, chi ha vinto la guerra fredda ha perso la pace. Le ideologie vincenti hanno perso la pace. L'insieme dei fenomeni legati al Covid-19 ne è, io credo, la dimostrazione. Dopo la fine del '900, non solo non è venuto il paradiso in terra, ma non è venuto sostanzialmente neppure un mondo migliore da questo punto di vista, perché la priorità delle politiche e dei provvedimenti non è stata quella di prepararsi a proteggere i cittadini e le cittadine, l'umanità da problemi come, ad esempio, una pandemia influenzale; e dal canto suo l'Organizzazione mondiale della sanità proprio nel 2018 avvertiva del pericolo che stavamo correndo, richiamando i governi alla messa in atto di programmi di prevenzio-

ne. Si sapeva cosa fare, che cosa serviva, come preparare i confinamenti. L'Organizzazione mondiale della sanità aveva dato indicazioni e sollecitato a più riprese, ma la messa in atto dei provvedimenti coinvolgeva gli Stati, le classi dirigenti, i centri di potere economico e finanziario che, concretamente, cosa hanno fatto? In Francia si è svolto un acceso dibattito politico sul tema delle scorte di mascherine e attrezzature sanitarie, tanto per fare un esempio.

Questo aspetto rimanda a una seconda questione. Si è accolta l'occasione di questa crisi per ripensare alle fragilità del nostro sistema e per guardare avanti? La mia risposta è in chiaroscuro. Avrei voglia di dire di no, di essere pessimista pensando ad esempio alle strategie economiche di una città come Firenze, dove vivo, quando si sono viste le conseguenze economiche, sociali, individuali, anche tragiche, della chiusura di una città che si basa sulla manifattura e soprattutto sul turismo di massa, sempre lungo certi percorsi e sempre consumistico, da sfruttare fino all'osso. Non si sono capiti gli errori. Da un altro punto di vista, l'esperienza in corso insegna – al costo di quattro milioni di morti globali, stando ai dati attuali – che non tutto si può sempre importare, che la globalizzazione e la logistica andrebbero riviste, senza necessariamente demolirle; sarebbe necessario riflettere meglio sull'uso delle frontiere, che fermano gli umani e lasciano passare i virus, anche nelle cabine di prima classe. Bisognerebbe ragionare su tanti aspetti e il mio giudizio è in chiaroscuro.

Di sicuro credo che forse, a causa del Covid, sarà ripensata la periodizzazione della storia contemporanea. Su questo, un importante storico francese come Stephane Audoin-Rouzeau, esperto di Prima guerra mondiale, è intervenuto più volte in interviste su un quotidiano francese, sostanzialmente lasciando intendere che sarà necessaria una nuova periodizzazione: non più il secolo breve, 1914-1991, ma un secolo lungo cent'anni, dalla "spagnola" al Covid. Lui parla di un cambiamento antropologico a proposito delle conseguenze del Covid. Io su tutto questo sono più prudente: è forse ancora troppo presto per riflettere con distacco su una vicenda che stiamo tutt'oggi vivendo. Tornando alle classi dirigenti e alle loro decisioni, va ricordato che la priorità è stata data alla chiusura, al confinamento in nome della salute e della sacrosanta difesa dal virus SARS-CoV-2; tutto questo però ha un costo, che talvolta sembra essere stato sottovalutato. Penso ai bambini, ai ragazzi, ai dati che – se veri – mostrano un aumento di violenze domestiche. C'è poi l'aspetto economico: avere comunque lo stipendio o non guadagnare nulla per mesi e mesi, senza sapere se poi si riparte, porta a reagire in modi diversi al discorso del capo del governo sulla mobilitazione generale, anche se poi magari si accettano le decisioni imposte. È stato imposto uno stato di eccezione temporaneo, un qualcosa di straordinario, ma non di inedito.

Anche io, personalmente, ho cercato di seguire le indicazioni e le richieste istituzionali. In ambito professionale e

didattico, ho provato a lavorare nella direzione che richiama pure Alessandro; mi pare di aver dedicato un sacco di tempo ai rapporti con gli studenti e le loro famiglie, perché anche questo è stato necessario fare in modo diverso da prima e con maggiore sensibilità di sempre. Nei ricevimenti in videoconferenza con gli studenti emergevano sensazioni, lampi di situazioni molto problematiche: non le vedevo direttamente sul monitor, ma le sentivo con forza. Sapevo che dovevo essere rassicurante, ricordavo di rappresentare una istituzione e dovevo mostrare solidità, anche semplicemente facendomi trovare con regolarità, dando prospettive per il programma d'esame, per la tesi. Insomma, questo ruolo da quadro intermedio, diciamo, della società (perché questo siamo in quanto parte dell'establishment), l'ho sentito e penso di aver lavorato in questa direzione.

Credo però che le situazioni di eccezione tendano sempre a diventare permanenti, al di là della volontà di chi governa. Si creano degli interessi e la pandemia può divenire un grande affare. Le mie sono domande, non ho dati, però mi domando quanto si sono arricchite le grandi imprese che lavorano online, i produttori di mascherine, alcuni settori dell'industria farmaceutica. C'è un problema di economia morale che non mi pare risolto.

Mi chiedo se esiste un rapporto tra questa pandemia e alcuni conflitti sociali emersi in diversi Paesi tra 2020 e 2021. Ho letto vari articoli sulle differenze d'impatto del Covid-19 in varie città, quartieri e zone. La cosa straordinaria è che c'è stata

poca conflittualità sociale, poche proteste in Europa, forse anche perché queste società si sono strutturate attraverso un grande coinvolgimento di parte della popolazione in ruoli intermedi e c'è un notevole invecchiamento della popolazione, mentre si sapeva che questo virus colpisce soprattutto gli anziani.

Sono una serie di questioni sulle quali non posso intervenire in modo approfondito, ma forse posso sollevare qualche domanda, appunto. Posso però ricordare che la "spagnola" ebbe conseguenze anche sull'accelerazione della costruzione di sistemi sanitari più moderni ed efficienti, ad esempio, in Nuova Zelanda, nel Regno Unito, mentre in Italia vi si sarebbe arrivati parecchio dopo per diverse ragioni. Chissà se il Covid non avrà conseguenze positive sotto vari punti di vista.

Mi pongo però il problema di come uscire da questa situazione, dato che è difficile abbandonare certe strade una volta intraprese perché entrano in gioco vari interessi.

Un'ultima parola va riservata al tema della censura, che mi sembra importante. Credo che nell'attuale snodo il sistema dell'informazione abbia mostrato molti limiti. Questo modo allarmistico, terrorizzante quasi, di dare le notizie, che non è nuovo e non è nato col Covid-19, pare essere esplosivo con l'emergenza sanitaria. Piuttosto che puntare a informare razionalmente, a dare informazioni in modo pacato, per un anno e più, la maggior parte dei telegiornali e quotidiani e dell'informazione sul web ha dato informazioni con toni allarmistici. C'era motivo per

essere in allarme, ma piuttosto che puntare a spiegare le cose in modo razionale e paziente, si è cercata una “scorciatoia”. Credo che anche da questo punto di vista certe strade intraprese sarà difficile piegarle in un’altra direzione. Insomma, nel 1918-19 la censura era imperante perché eravamo nel pieno della guerra. Nel 2020-21 non è possibile censurare come lo si faceva all’epoca; c’è però un problema di sovrabbondanza di informazioni, di notizie contraddittorie e poco verificabili. L’informazione è un rumore, genera una cacofonia di fondo enorme che ci pone di fronte una situazione, anche questa inedita, nella quale credo sia un po’ complicato muoversi.

Francesco Cutolo

La riflessione svolta da Alessandro sul comportamento delle élite mi ha spinto a soffermarmi sul rapporto che abbiamo avuto in questa fase con la scienza, portandomi a fare un raffronto con la “spagnola”. Alcuni storici imputano l’oblio della “spagnola” anche al fatto che la scienza ha voluto dimenticare una grande sconfitta e battuta d’arresto. Dopo l’epoca dei trionfi ottocenteschi, in un momento di progresso positivo, la scienza si trovò davanti questa pandemia che minò le certezze, anche quelle guadagnate durante la guerra, quando la scienza medica offrì buone prove nell’assistenza dei feriti e dei malati. Al contrario, il Covid-19 rappresenta un ribaltamento di prospettiva sotto questo aspetto: la scienza è diventata centrale e sembra vivere un momento di grande successo, fornendo vaccini che

paiono poter arrestare la corsa del virus. In realtà, le ombre sono numerose e le incertezze sui risultati generali sono numerosi, mostrando anche una scarsa capacità di leggere il presente.

Un altro aspetto su cui voglio invitarvi a riflettere riguarda i monumenti in memoria dei morti di Covid-19, che iniziarono a fare la loro comparsa nell’estate dell’anno scorso. Onestamente, li ho trovati un po’ prematuri, anche se rispondevano probabilmente a una sollecitazione proveniente dalle popolazioni che avevano maggiormente sofferto durante la seconda ondata. Però mi è sembrato anche un tentativo di voler chiudere troppo presto il capitolo, quando invece eravamo ancora nel pieno dell’emergenza. D’altra parte, non abbiamo monumenti o quasi dedicati alla “spagnola”, almeno in Italia, mentre all’estero sono stati eretti alcuni memoriali per la pandemia influenzale in corrispondenza del Centenario. Mi domando se sull’onda della rinnovata attenzione suscitata dal Covid-19, emergerà anche in Italia la volontà di erigere monumenti alla “spagnola”, anche se è difficile identificare un luogo evocativo e adatto all’apposizione di oggetti commemorativi.

Infine, una domanda per Alessandro: un esperimento simile sarebbe replicabile sul piano più ampio? Quali problematiche presenta una ricerca di questo tipo? Quali criteri di selezione potrebbero essere utilizzati?

Giovanni Contini

Forse, il fatto che se ne parli così intensamente lascia immaginare che monu-

menti alla “spagnola” saranno proposti. In realtà, tutto questo è tardivo rispetto a quell’elaborazione del lutto in solitudine che ha caratterizzato la “spagnola” e i suoi morti.

Interessante l’osservazione sull’ottimismo scientifico ottocentesco: la pandemia lo incrina, fa ripiombare la medicina in una situazione quasi medievale non riuscendo a comprendere quale malattia ha di fronte, circolano dicerie, vengono proposti medicinali miracolosi. Anche questo aspetto è incredibile che sia stato dimenticato: quando si parla della rottura del paradigma positivista ottocentesco a causa della guerra, non si tiene conto di questo altro elemento importantissimo che è stata la “spagnola”.

Alessandro Casellato

Questo esperimento didattico ha fatto emergere delle piste di indagine interessanti e dei materiali che si prestano a diventare oggetto di riflessione collettiva, prima di tutto all’interno della classe, su come funziona la memoria. Mi ha sorpreso, nonostante l’oblio e il tempo, il fatto che molte persone hanno recuperato fili della memoria della “spagnola” e, attaccati a quei fili, si sono trascinati molti altri racconti. E questo è molto interessante. La ricerca è proseguita per alcuni sui libri di storia locale, dove ci sono — come diceva Roberto Bianchi — tante ricerche, fiorite soprattutto in anni recenti, valorizzando quelle fonti di storia sociale e locale, riportando le dimensioni amplissime dei morti per malattia tra il 1918 e il 1919.

Al momento non mi sentirei di proporre uno studio sulla memoria della “spagnola” su base nazionale: le ricerche di tipo locale possono concentrarsi su luoghi specifici e lì provare a scavare. Come nel piccolo paese di Sovramonte nel bellunese, dove una studentessa ha rinvenuto il voto della comunità a San Rocco, e dove ancora si ricorda “la val dei morti”, una specie di fossa comune dove durante la pandemia venivano sepolti i morti. Evidentemente in quel piccolo luogo c’è una memoria sociale e locale che potrebbe essere indagata. Esperimenti di questo tipo sono condizioni preliminari per svolgere indagini più mirate.

Aggiungo alcune riflessioni a quelle di Giovanni e Roberto. Giovanni diceva che i sovranisti sono stati colti in contropiede dalla pandemia, perché il nemico su cui avevano costruito le loro narrazioni non aveva più molto senso, rispetto al nemico invisibile, ubiquo. Beh, un aspetto che a me ha colpito moltissimo e che ha fatto, almeno dal mio punto di vista, ritrovare un senso alla distinzione tra destra e sinistra, è stato il posizionamento e le scelte che hanno assunto governi diversi in diversi Paesi del mondo. Penso alla scelta di procedere o meno per l’immunità di gregge, che significa indifferenza e noncuranza di alcuni leader — e possiamo anche fare i nomi: Bolsonaro, Trump, Johnson — nei confronti della possibile morte di massa di persone comuni. Ognuno di loro è stato colpito dal Covid e ne è guarito grazie a cure che non erano a disposizione di tutti i cittadini. Ecco, questo secondo me ha rivelato un tratto che è esemplare

di questi populistici di destra o sovranisti: si richiamano al popolo, si ergono a difensori della nazione, ma sono assolutamente indifferenti alle morti di massa che possono colpire concittadini di ceti sociali distanti dal loro. Questo atteggiamento di Bolsonaro, ad esempio, emerge in una ricerca che stiamo per pubblicare sulla rivista «Il de Martino», una testimonianza frutto di un gruppo di ricerca in Brasile, che ha lavorato a documentare gli effetti del Covid-19 attraverso la storia orale. Questo ricorda l'atteggiamento che ci fu di fronte alla "spagnola" e, più in generale, il fatto che in diversi momenti della storia la morte di massa di popolazioni socialmente o geograficamente lontane da chi aveva il potere di prendere le decisioni sia stata vista come un effetto collaterale, poco importante, poco memorabile.

Rispetto a quello che diceva invece Roberto: quando finisce una guerra? Quando finisce una pandemia, non solo dal punto di vista, diciamo, meramente sanitario? Che cosa succede dal punto di vista economico, da adesso in poi? Io ho avuto una conversazione con un amico, diciamo un imprenditore del Nord est, che mi diceva che adesso partirà una inflazione galoppante. I prezzi aumenteranno, quindi bisogna muoversi per difendersi meglio e non tutti si possono muovere alla stessa maniera. Non tutti possono rispondere alle alte spinte inflattive con la stessa elasticità, a seconda del lavoro che fanno, a seconda dell'essere dipendenti o non dipendenti. Questo è un enorme punto interrogativo che abbiamo davanti e in

qualche modo ci trattiene dal fare delle previsioni di ordine sociale su chi sono e chi saranno, di qui a breve, le vere vittime economiche della pandemia e degli effetti che ha scatenato.

Roberto Bianchi

Riprendo quest'ultima cosa: le conseguenze sociali ed economiche della pandemia. Difficile dirlo, intanto perché si capisce poco di quello che succede. Ho l'impressione però che da un punto di vista sociale ci saranno, e ci sono già state, delle ricadute pesanti, guardando anche solo al nostro Paese, con lo sblocco dei licenziamenti.

In questi 16 mesi abbiamo per un certo periodo assistito a un grosso dibattito, una grande retorica su una contrapposizione, inventata secondo me, fra garantiti e non garantiti. Un dibattito non nuovo, ma strumentale e rilanciato proprio in questo anno, forse non casualmente. Da un punto di vista sociale ci sono già delle problematiche e bisognerà comprendere come affrontarle. Ci sarà una fase di conflittualità sociale? La Francia, ad esempio, esce da anni complicati, da mobilitazioni e proteste di vari settori sociali, fra cui, non ultimo, quello della sanità. Queste proteste proprio nell'anno del Covid sono state comprese dall'*Union sacrée* evocata dal Presidente della Repubblica. Riaprire, chiamare alla smobilitazione immediata e totale su tutti i fronti potrà essere rischioso da questo punto di vista. È necessario governare il passaggio, con un'attenzione e una partecipazione di ampi settori sociali che possano a dire la

loro ed essere ascoltati, al di là dei tecnici e degli specialisti.

Vedo però difficile fare tutto ciò per tanti motivi. In primo luogo, perché ci si spaventa di fronte a ogni sintomo di alzamento di testa da parte di settori sociali solitamente silenti. E poi, soprattutto, a causa del vuoto pneumatico che c'è dal punto di vista di coloro che dovrebbero guidare questi fenomeni. Forse solo con un protagonismo diffuso e la capacità poi di pensare e progettare il futuro si potrebbe uscirne in qualche modo meglio, ma sono abbastanza pessimista, lo confesso.

Insomma, se torniamo a confronto con l'epoca della "spagnola", nel 1919 dopo la guerra mondiale, mentre emergevano nuovi conflitti di lunga durata, guerre civili e rivoluzioni, si facevano strada anche nuove prospettive, ipotesi per il futuro. C'era il presidente USA Wilson che con i suoi 14 punti progettava nuove forme di gestione e prevenzione dei conflitti internazionali; il progetto fallì, però intanto ci provava. C'era la Terza internazionale, l'Internazionale comunista, che in prospettiva fallisce, però è un altro tentativo che guarda al futuro. C'era la Chiesa cattolica, che fonda un nuovo partito in Italia, il Partito popolare italiano. Ci sono nuove forme di governo, repubbliche dei consigli, Soviet. E poi nascono i Fasci di combattimento: nessuna mia simpatia verso i manganellatori e questa forza paramilitare, però anche loro avevano un'idea di qualcosa di nuovo. Oggi quali sono i progetti per il futuro? Un po' Papa Francesco propone qualcosa, ma è

impressionante il vuoto di tutto il resto. Tutto ciò ha conseguenze anche per gli storici, che possono partecipare al dibattito, ma non guidare questo momento o proporre prospettive per il futuro.

Infine, sui monumenti. In sintesi: non sono favorevole a proporre monumenti per la "spagnola"; non tocca a noi proporre memorie di pietra, statue, targhe. Noi dobbiamo piuttosto proporre riflessioni critiche. Sperando che qualcuno poi le legga, le critichi a sua volta e sia disposto a dialogare con chi per mestiere guarda al passato, vive comunque nel presente e dovrebbe farlo pensando a un futuro possibilmente migliore. Perché non provarci?

Ambiente, malattia, lavoro

CON

STEFANO BARTOLINI, PIETRO CAUSARANO, GILDA ZAZZARA, BRUNO ZIGLIOLI

Abbiamo chiesto a tre storici che si occupano dei nessi tra lavoro, salute e ambiente di confrontarsi liberamente sui temi di questo numero di «Farestoria» a partire dai propri studi e conoscenze. Il testo che segue è la trascrizione riveduta dagli autori del colloquio, coordinato da Stefano Bartolini (Fondazione Valore Lavoro), a cui hanno partecipato Gilda Zazzara (Università “Ca’ Foscari” di Venezia), Pietro Causarano (Università di Firenze) e Bruno Ziglioli (Università di Pavia).

Stefano Bartolini

Questo numero di «Farestoria» vuole andare a indagare il rapporto malattia e società in tutte le sue sfaccettature. Fra queste, la questione del lavoro con la malattia intrattiene un nesso di lunghissimo periodo, ma non è un tema centrale quando si parla di queste cose. È un tema centrale l’infortunio quando muore qualcuno, però il nesso malattia e lavoro, ma-

lattia e attività economica e produttiva, stenta a emergere.

È una tematica che mi sembra si possa sostanzialmente dividere in due grandi filoni. Da una parte c’è la malattia professionale, quella che deriva dal tipo di lavoro che si fa, come le malattie dei minatori, dei contadini, degli operai alla catena di montaggio, che hanno a che fare col sistema muscolare, osseo, visivo, le cosiddette malattie correlate al lavoro. E dall’altra invece c’è la questione dell’impatto sull’ambiente circostante, delle nocività. Anche qui si va da casi come l’uso di colle tossiche nei lavori a domicilio, soprattutto delle donne, che intossicando l’ambiente domestico impattavano anche sulla famiglia, alla lavorazione industriale di materiali nocivi come l’amianto, che per le particolarità della fibra di asbesto dai capannoni passava al territorio. Che si tratti di sversamenti, di incidenti ecc. come a Seveso o di un lento e progres-

sivo avvelenamento ambientale come a Casale Monferrato, ma anche a Pistoia con l'amianto o con l'uso di pesticidi e diserbanti nell'industria vivaistica, il tema dell'impatto ambientale nocivo della produzione, strettamente legato a chi ci lavora con quei materiali, è l'altro grande filone di nostro interesse.

Partirei da qui, da un inquadramento generale del tema.

Gilda Zazzara

Dalla storia del lavoro rispetto a questo tema emergono due grosse linee. C'è la linea della medicina del lavoro, l'individuazione scientifica, dall'alto, delle malattie professionali – e allora abbiamo tutta la storia che porta alle 85 patologie che la tabella dell'INAIL riconosce come direttamente correlabili a un certo tipo di attività professionale – dove sappiamo che c'è tutta un'azione di indennizzazioni, compensazioni, negoziazioni che partendo dall'Italia liberale passa attraverso il fascismo e il dopoguerra e porta ad accrescere questo spazio, in un certo senso osceno, in cui lo Stato riconosce che il lavoro fa ammalare, e di malattie gravissime.

Poi però c'è tutta un'altra storia, politica e culturale, con cui potremmo ripercorrere questo nesso, che è quella del "mal da lavoro" più in generale. Che ha avuto diverse configurazioni. Da Engels – la sua inchiesta è uno dei testi fondamentali – arrivando fino alle esperienze dei gruppi del '68-'69 su come il lavoro salariato, il lavoro subalterno, il lavoro nella società capitalista fa ammalare. Queste due linee,

queste due strade e i loro intrecci, i conflitti tra questi due modi di concepire la malattia nel lavoro, sono un tema interessante.

Rispetto alla seconda linea, visto che ponevi la questione dell'ambiente più in generale, noi italiani ci possiamo fregiare di una delle esperienze più intense, più interessanti, più precoci e lunghe che hanno mostrato l'evidenza di come i corpi operai sono stati i primi luoghi di sperimentazione della nocività del capitalismo industriale. Sono stati anche i primi corpi che hanno maturato una consapevolezza e una ribellione nei confronti di questa condizione, estendendola al di fuori. Dal corpo all'ambiente di fabbrica e all'ambiente esterno: ecco io riflettere su come tra gli studiosi del lavoro, o di quel campo di studi che a volte viene definito con la sigla OHS (*Occupational Health and Safety*), la parola ambiente è molto utilizzata ma significa cose diverse: perché il primo "ambiente" che è stato concepito negli ambiti lavoristici è l'ambiente dell'officina, del reparto, e poi quello del quartiere operaio, della città. Però è anche vero che gli operai sono stati i primi a trasferire questo "sapere ambientale" fuori; e qui c'è l'altro grande tema dell'ambientalismo operaio, su cui è ora di discutere estendendolo oltre alcune esperienze di avanguardia, guardando a questo ambientalismo antropico e classista in tutti i suoi momenti.

I tempi sono maturi per un dialogo più stretto tra storici ambientali e storici del lavoro. Stefania Barca in un suo articolo ha scritto che gli storici ambientali sono

stati riluttanti a entrare nelle fabbriche. E io aggiungerei: e gli storici del lavoro ad adottare una nozione più ampia di quella di “ambiente di lavoro” o “della riproduzione della forza-lavoro”. Ovviamente sappiamo che ci sono delle eccezioni, ma credo che si possa fare di più e che ci siano molti concetti che storia ambientale e storia del lavoro possono condividere e mettere alla prova di fasi diverse. Uno di questi è *slow violence* di Rob Nixon, che è molto richiamato dagli studiosi di storia ambientale: cioè la violenza ambientale è una violenza lenta, dagli effetti ritardati, non è una violenza spettacolare, esplosiva – anche se appunto, se parliamo di Seveso o altri disastri, ha avuto anche quell’aspetto. La classe operaia ha sperimentato la *slow violence* sulla carne viva, nella forma dell’esposizione continuata e della latenza delle malattie occupazionali.

Pietro Causarano

Stefano all’inizio ha fatto riferimento ai molti dei temi che riguardano il rapporto fra lavoro e malattia e indirettamente poi le questioni ambientali che richiamava anche Gilda. Allargherei un attimo la prospettiva. Nei termini in cui avete posto la questione, tutto ciò che ha a che fare, sul lungo periodo, con l’affermazione della società industriale e con il processo di industrializzazione. Non a caso c’è una cosa che emerge bene nella call per questo numero di «Farestoria», cioè la stretta corrispondenza fra istituzionalizzazione delle forme del sapere scientifico e istituzionalizzazione dei processi produttivi. In una certa misura il secolo delle rivoluzioni industriali,

in particolare con la seconda rivoluzione industriale, corrisponde anche alla definitiva affermazione delle rivoluzioni scientifiche e delle rivoluzioni tecnologiche sul piano produttivo sistematico, si pone cioè all’origine dell’“economia della conoscenza” che ha richiamato Joel Mokyr.

Allora bisogna capire le ambiguità che corrono fra questioni ambientali in generale e questioni ambientali trasformate dal lavoro produttivo e dal lavoro industriale e quindi la salute. Il modificarsi delle relazioni fra uomo e ambiente e l’impatto che hanno avuto sulla salute umana sono ricorrenti nella storia del movimento operaio, ma gli anni Settanta del ‘900 rappresentano una decisiva cesura su più piani, anche nella storia dell’identità culturale del movimento operaio rispetto a questi temi, pur con tutti i limiti e i problemi che incontrerà l’ambientalismo operaio che richiamava Gilda. In fondo l’ambientalismo operaio (non monetizzare salute e ambiente) per molti aspetti ha rappresentato una stagione forte negli anni Settanta, in parte anche Ottanta, ma già fra anni Ottanta-Novanta profondamente ridimensionata. Esso è potuto emergere in quella che Marco Revelli ha chiamato “la breccia” degli anni Settanta-Ottanta del ‘900: con la questione di genere – e quindi delle differenze anche rispetto alla salute – ma soprattutto con il tema della sostenibilità sociale (quindi dei conflitti legati strettamente al modello organizzativo del lavoro) e della sostenibilità ambientale. Ha rotto cioè con una storia secolare dell’industrialismo di cui anche il movimento operaio era parte.

Il passaggio di fine '800 e inizio '900, quello della seconda rivoluzione industriale, ci aveva lasciato in eredità due paradigmi forti. Il primo, che i suoi modelli culturali erano legati sostanzialmente ad un fortissimo ottimismo produttivistico; in altri termini, il *Prometeo liberato* di David Landes, cioè l'idea che effettivamente la società umana per la prima volta nella sua storia millenaria fosse in grado di controllare e manipolare in maniera significativa la natura e quindi di rendere l'ordine sociale capace di dominare l'ordine naturale. Il secondo elemento, strettamente collegato al modello di sviluppo capitalistico era la progressività indefinita di questo sviluppo, altra idea affermata fra '800 e '900 ed entrata effettivamente in crisi solo negli anni Settanta del secolo scorso.

Qui ci sono alcune questioni che riguardano il rapporto fra la dimensione patologica del lavoro oggi – forse in maniera meno evidente che nella seconda metà del '900 ma in forme diverse ancora presente – e la rottura industriale della circolarità nella linea del tempo propria delle economie tradizionali operata fra '800 e '900, in particolare nelle economie agrarie: i musei della civiltà contadina ci parlano oggi della fine di una civiltà millenaria in cui l'idea della circolarità del tempo, la circolarità dei meccanismi produttivi e della loro sostenibilità, era l'elemento caratterizzante. La linea del tempo industriale invece ha avuto un carattere vettoriale: come è progressivo lo sviluppo, il tempo è eterno, si va sempre avanti; e la componente decisiva è stata il rapporto con la velocità nel lavoro e nella

vita che innovazioni tecniche e tecnologiche consentivano.

Le conseguenze dell'attività economica industriale quindi non sono solo in funzione di beni e servizi ma incidono anche nel modello con cui noi organizziamo complessivamente la nostra vita sociale, che è basata appunto sulla velocità, come ci ricordava anni fa Paul Virilio. La velocità incide nel nostro rapporto con l'ambiente, nella percezione che noi abbiamo dell'ambiente, sia nel contesto lavorativo che nel contesto esterno. La velocità per certi versi ci smaterializza dai vincoli fisici. Questo fatto penso che segni il modo con cui le rivoluzioni scientifiche e tecnologiche hanno ricostruito anche il rapporto con la malattia nella nostra società e reso indifferente lo sviluppo capitalistico al sostrato ambientale.

Bruno Ziglioli

Anch'io vorrei un maggior dialogo tra gli storici ambientali e gli storici del lavoro, perché chiaramente le questioni non sono scindibili. Ma aggiungerei anche un'altra categoria che è quella degli storici della scienza, che dialogano con entrambi ma spesso appartengono a saperi diversi da quelli più strettamente storico-politici o storico-sociali. Perché in effetti in questa fase di passaggio, che veniva individuata alla fine degli anni Sessanta e gli anni Settanta, si mescolano molte cose che derivano da acquisizione di consapevolezza ma anche da cambi di paradigma, come diceva Pietro, nelle forme del sapere scientifico e nella loro trasmissione.

Il professore di medicina non attende più sulla cattedra che qualcuno venga a chiedergli il responso come un oracolo, quindi solo se chiamato a fornirlo, ma con l'evoluzione in senso sociale della stessa scienza medica i medici scendono dalla cattedra e vanno nelle aziende, vanno nei luoghi di lavoro, vanno nelle città, portando spesso consapevolezze nuove anche all'interno della classe operaia, consapevole dei rischi di lavoro legati alle produzioni sulle quali si applicava e che producevano effetti anche empiricamente visibili, che contribuiscono ad ampliare l'orizzonte, ad ampliare il campo, a formare anche quell'ambientalismo operaio che si sviluppa, è vero.

Dalle mie esperienze vedo che è un'evoluzione complicata da molti punti di vista: è a macchia di leopardo, a seconda delle zone, a seconda dei territori, a seconda di quanto una fabbrica fosse fondamentale per un certo territorio, delle esternalità che produceva in rapporto alla sua solidità. Gli anni Settanta sono un punto di passaggio anche rispetto ad un modello industriale che comincia a ritirarsi lasciando tutte le sue esternalità sul terreno.

Quando avevo studiato la questione dell'amianto mi aveva molto impressionato la consapevolezza del fatto che non ci si poteva limitare a pensare a quelle lavorazioni in termini di malattia professionale, l'asbestosi appunto, o i mesoteliomi, i tumori polmonari, che avrebbero colpito solo i lavoratori, ma che il problema si sarebbe esteso alla popolazione delle aree circostanti agli stabilimenti. Era un'acqui-

sizione scientifica che arrivava dalla metà degli anni Sessanta. Se ne scriveva, poco, ma se n'era scritto: avevo trovato un articolo di Laura Conti del 1966 in cui lei diceva – era un medico ed era stata ad un convegno di oncologi – guardate che da questo convegno è emerso che in relazione all'amianto l'intera popolazione delle aree circostanti gli stabilimenti è a rischio, non possiamo più pensare solo in termini di malattia professionale. Però passeranno molti anni prima che ciò possa diventare consapevolezza collettiva al di fuori dei circoli medici. È un elemento importante l'incontro, negli anni successivi, tra il movimento operaio e le sue lotte, l'incontro tra un modo diverso delle stesse comunità di rapportarsi al loro sviluppo industriale, e una scienza che è cambiata, che sta cambiando e che comincia a parlare a tutti senza che si attenda la richiesta della perizia, ma avverte la necessità di rendere consapevoli i cittadini e i lavoratori a prescindere dalla richiesta all'oracolo.

Quindi il modo con cui la scienza non solo arriva alle sue conclusioni, ma cambia il modo di comunicarle, è secondo me un altro aspetto importante per questo passaggio tra la malattia professionale e la contaminazione ambientale o la malattia ambientale derivante dal lavoro.

Stefano Bartolini

Mi pare di capire che concordiamo su questo fatto di un salto di qualità, anzi di un cambio di paradigma, apportato dalla società industriale, che appunto essendo tale è progressivo e investe, come dice-

va Pietro, la concezione del tempo, che diventa sempre più la concezione di un tempo produttivo lineare verso questo progresso che appare illimitato. Nel momento in cui ci si rende conto che questa cosa non funziona, che provoca quei problemi ambientali di cui oggi siamo quotidianamente testimoni, va un po' in corto circuito.

Però, appunto, c'è anche questo farsi progressivamente ambientalista del movimento operaio, con tutte le contraddizioni e con un elemento di oscenità, come lo ha chiamato Gilda: la monetizzazione della salute. Un perenne scambio, che poi in fondo a me sembra che risponda sempre alla solita logica che c'è nel mondo del lavoro industriale, anche rispetto ai tempi e ai modi di lavoro: soldi, salario, in cambio di "non potere" rispetto al processo produttivo. Che si tratti dell'organizzazione del tempo, dei modi di produzione o anche della conoscenza, dell'informazione rispetto al tipo di lavorazione e di nocività, che è poi strettamente collegata al come si produce, qui c'è tutta una partita enorme, con infiniti rivoli come tutte le forme di indennità per la pericolosità del lavoro, che sostanzialmente riconosce che lì, in quel lavoro, ci saranno danni per la salute.

Gli anni Settanta, come avete detto, sono un po' una cesura di tutte queste strade. Vorrei approfondire due aspetti: da una parte c'è il movimento operaio che si è rimesso in moto per tanti motivi legati appunto alla qualità del lavoro, alla qualità della vita fino a forme di potere sul luogo di lavoro. Il tema della sa-

lute e della sicurezza sul luogo di lavoro diventa abbastanza centrale – con la stagione feconda degli opuscoli, dei convegni e quant'altro – e quindi c'è un ruolo del movimento operaio nel fare emergere prepotentemente la questione, anche a fronte di aziende che avevano sempre negato e continuano a negare. In relazione a questo mi incuriosisce un nesso con il presente che mi sembra forte: quanto le negazioni, anche a fronte dell'evidenza – e quindi consapevoli, vere e proprie menzogne – abbiano contribuito a creare un senso di diffidenza nelle classi sociali popolari verso le aziende e il "potere" sui temi della salute?

Inoltre c'è il ruolo che hanno avuto i disastri, che spesso avvengono in quegli anni. Da una parte c'è la violenza lenta, la *slow violence* di cui parla Gilda, quella che si insinua lentamente ed erode, e poi ci sono i disastri, da Seveso fino a quello che è il più importante disastro ambientale del pianeta, che a ben vedere è un "disastro del lavoro", Chernobyl, che impatta prima di tutto sui lavoratori che sono lì, gli addetti alla centrale, i pompieri che provano a spegnere l'incendio, e poi con le radiazioni che investono non solo la comunità locale ma l'area in cui attualmente esistono due Stati, Bielorussia e Ucraina, e in misura minore buona parte dell'Europa. In fin dei conti fu un disastro del lavoro, causato da come si era costruito quel tipo di reattore, dalle informazioni che non erano state date ai tecnici per lavorare in sicurezza. Questi eventi esplosivi enormi probabilmente hanno un ruolo nel cambiare la coscienza, nel cambiare

i paradigmi scientifici, l'approccio della medicina.

Gilda Zazzara

Il discorso che viene fatto oggi a livello di istituzioni europee sulla *citizen science* ha molte risonanze con esperienze del movimento operaio, l'incontro fra lavoratori e giovani medici è stato quella cosa lì. Applicato ad alcuni "disastri" – penso al libro di Giulia Malavasi su Manfredonia – trovo sia straordinariamente fertile. Le competenze della storia del lavoro e l'uso della storia orale, nel contesto di una ricerca più ampia di epidemiologia partecipata, hanno stimolato un ritorno su quella esperienza traumatica. Ne è uscito un lavoro di ricerca innovativo, al confine fra storia del lavoro e storia ambientale.

La pratica dell'epidemiologia è fondamentale, credo che veramente sia il terreno della scienza medica più vicino al nostro lavoro di scienziati sociali, perché usa molti strumenti che usiamo anche noi, perché indaga delle connessioni che non possono essere monocausali, ed è questa la grande sfida: la nocività ambientale, la nocività del lavoro sono così stratificate nella società tardo-industriale, post-industriale, che il piano delle malattie professionali "tabellate" non può essere il terreno di discussione, perché è assolutamente insufficiente a coprire la complessità del problema.

Interloquendo criticamente con Pietro vorrei tornare sulla categoria dell'ambientalismo operaio. Noi abbiamo selezionato per ora un'idea anche molto eroicizzata e romanticizzata dell'ambientalismo ope-

raio, confinandolo quasi esclusivamente a esperienze radicali, che sono forse più in sintonia con una sensibilità contemporanea di ambientalismo ecocentrico. Credo che dovremmo allargare questo concetto, uscendo dalla lettura tutta politica della sua sconfitta dalla reazione del capitale, che porta con sé la condanna dei lavoratori per non essere stati abbastanza ambientalisti. Occorre ripensare il ricatto occupazionale degli anni di crisi e ristrutturazione, che è stato il più delle volte un *environmental occupational blackmail*. Le rivendicazioni che hanno subito di più il ricatto della crisi e della ristrutturazione sono state sicuramente quelle ambientali e sulla salute. Però questa ritirata, questo ridimensionamento, è parte della storia dell'ambientalismo operaio, rimanda ai rapporti di classe e di potere. Vorrei utilizzare la categoria di ambientalismo operaio per indicare più in generale tutti i diversi posizionamenti e le elaborazioni che il mondo sindacale e i lavoratori hanno assunto rispetto a questi problemi. L'esempio di Bruno è interessante, perché Casale Monferrato, la storia di Nicola Pondrano, è un esempio di ambientalismo operaio dopo gli eroici Settanta, con dei grandi risultati, quindi non è vero che gli anni Ottanta sono gli anni della morte dell'ambientalismo operaio e soltanto della distruzione. La sfida però si è fatta più complessa, anche in fatto di conoscenze e terreni di lotta, le aule dei tribunali ad esempio.

Pietro ha usato la parola sostenibilità. Negli anni Settanta gli operai industriali si accorgono della nocività devastante

dell'industria sul loro corpo e nell'ambiente, che è un ambiente umano e di classe, la nocività non ricade ugualmente su tutti i quartieri allo stesso modo. E cominciano a ragionare su come rendere l'industria sostenibile, anche se non usano questa parola. Allora lì inizia l'utopia di trasformare il lavoro, l'utopia di "un modello alternativo di sviluppo". Alternativo, ma di sviluppo: oggi ci possono sembrare parole in contraddizione. Ma liquidare quel tentativo, quel pensiero, come puro eco-efficientismo, o peggio come essersi venduti al capitale, mi sembra ingiusto e non storico. Va reimmesso, secondo me, nella storia dell'ambientalismo operaio. Ho letto di recente il dialogo tra Carla Ravaioli e Bruno Trentin sull'ambiente (*Processo alla crescita*), un dialogo asprissimo, per certi versi fra sordi. È del 2000 e fa capire il dramma del mancato incontro tra rosso e verde del decennio precedente. Lei lo accusa di essere produttivista, lui reagisce con durezza, dice che tutto il suo impegno è stato contro il produttivismo che dimentica la persona, che «rivalutare la persona che lavora significa rivalutare la natura» e che il movimento ecologista si è dimenticato che è nel lavoro «che si faceva la prima sperimentazione del degrado ambientale». Anche questa è una pagina della storia politica e culturale degli ambientalisti operai e dei loro tortuosi percorsi, tutta da studiare ancora.

Pietro Causarano

Sono sostanzialmente d'accordo, il punto però è che bisogna intendersi su cosa vogliamo dire con ambientalismo

operaio: oggi si usa questa definizione perché in fondo il concetto di ambientalismo è sorto negli anni Settanta. Che il movimento operaio si sia occupato di questioni che avevano a che fare con l'ambiente, sicuramente mediate attraverso il tema della salute dei lavoratori e delle comunità dei lavoratori e non in sé, è un dato antico. D'altro canto è anche vero che il concetto di ambientalismo come specificità rispetto alle tematiche più generali del lavoro, del controllo del lavoro, delle condizioni di lavoro e di vita e dei loro impatti ecologici, è degli anni Settanta, diciamo del secondo '900, se lo consideriamo in relazione al movimento operaio. Quindi molto recente.

Penso che un punto decisivo sia il fatto che il movimento operaio prima si è occupato della salute dei lavoratori, e quindi indirettamente dell'ambiente e delle condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori, come strettamente immersi nel problema della miseria: il problema della salute dei lavoratori a lungo non è stato scisso dal problema della miseria. Il lavoro manuale era un lavoro che costruiva una condizione sociale di più o meno forte deprivazione; e in cui il lavoro industriale, quello che esponeva a nuove patologie, era anche quello relativamente più fortunato se lo paragoniamo alle condizioni del lavoro rurale. Quando Stuart Woolf parlò del passaggio da poveri a proletari in lui c'era l'idea che sostanzialmente lì fosse nata l'idea della possibilità di intervenire sulle condizioni di vita e insieme sulle condizioni di lavoro, per migliorare gli aspetti che riguardavano la salute e

la malattia. Ma sicuramente la questione ambientale era letta sempre e solo in relazione all'uomo, non in sé. A lungo la stessa storiografia sociale si è occupata prevalentemente di patologie e malattie che avevano a che fare con la miseria: la storia sociale della medicina degli anni Ottanta si occupava di pellagra, di tubercolosi, di malaria, cioè di malattie che hanno un rapporto indiretto col lavoro, perché ne soffrivano prevalentemente i lavoratori manuali e quelli che vivevano e lavoravano in certe condizioni. Il passaggio invece alla dimensione del lavoro e poi il passaggio a come l'ambiente di lavoro incidesse sull'ambiente esterno e quindi sui rapporti con la comunità e il territorio, in realtà, paradossalmente, lo ritroviamo nell'interazione fra il movimento operaio e i meccanismi di disciplinamento sociale e ambientale che si realizzano fra la fine dell'800 e l'inizio del '900; quella che Carla Giovannini nel '96 ha chiamato "l'utopia igienista". Recentemente in *Il governo della salute* Roberto Cea parla non a caso di «bonifica ambientale e bonifica umana», cioè di un modello di fine '800 che passa attraverso la razionalizzazione e la costruzione di un nuovo ordine che è sia sociale sia di rapporto tra la società e l'ambiente ma di nuovo in funzione dell'uomo, non dell'ambiente in sé. Il movimento operaio è presente, ma è presente con tutte le difficoltà che sono legate al problema del controllo della conoscenza, come ricordava Stefano.

Gli anni Settanta del '900 da questo punto di vista invece sono di passaggio, perché il grado di capacità di controllo e

organizzazione della circolazione delle informazioni e quindi della conoscenza legata alla produzione, con tutte le conseguenze che il lavoro ha sulle condizioni di vita e di lavoro delle persone, è enormemente cresciuto e dal basso. E lì sta anche il cambiamento di rapporto con gli scienziati rispetto all'inizio del '900: il cambiamento di atteggiamento degli scienziati non è semplicemente endogeno a una trasformazione ed evoluzione degli approcci disciplinari, è strettamente collegato alle sollecitazioni che vengono dalle dinamiche sociali, come diceva Bruno. Non a caso la medicina del lavoro evolve come medicina democratica in Italia, dagli anni Settanta, quando nasce la SNOP e così via; allora esce quel libro di Jeanne Stellman e Susan Daum, *Lavorare fa male alla salute*, che nel titolo è già una sintesi. Sparisce il medico di fabbrica, per come era stato inteso lungo il '900 solo dei "padroni", almeno nelle grandi imprese, ed entra in campo non più occasionalmente la medicina sociale, dentro e fuori i luoghi di lavoro.

Stefano prima richiamava le malattie professionali e i disastri. Certamente i disastri più che le malattie professionali hanno contribuito a modificare negli anni Settanta la percezione del rapporto con il modello di sviluppo. Alla lunga hanno inciso anche le malattie da lavoro, ma a Casale Monferrato la gente ha cominciato a percepire più lentamente sulla propria pelle le conseguenze dell'amianto, come oggi dopo decenni accade a Taranto con l'ILVA. I disastri negli anni Settanta, primi Ottanta, sono stati invece il vero cam-

panello d'allarme. Seveso o la Val Bormida, poi ci sarà Chernobyl, ma pensate anche cos'ha voluto dire Bhopal a livello di immagine globale: un colonialismo ambientale della salute che era possibile fare nei Paesi poveri del Terzo Mondo nel momento in cui noi delocalizzavamo le produzioni più nocive e pericolose.

Negli anni Settanta infine il movimento operaio è in grado di far esplodere in maniera chiara il rapporto fra l'organizzazione del lavoro e gli infortuni: in altri termini, gli infortuni, e la quantità, qualità, frequenza degli infortuni nel lavoro, contribuiscono a loro volta a evidenziare una forma di "patologia organizzativa" che viene messa in questione insieme alle malattie professionali. È ovvio che ciò che distingue la malattia dagli infortuni è che l'infortunio è un evento puntuale, tragico, violento, mentre la malattia è una cosa progressiva – e qui stanno le difficoltà, le tensioni e le negoziazioni per il riconoscimento – che spesso emerge molto dopo, o dopo che si è smesso di lavorare, o alla fine del percorso di lavoro; e dove non è così semplice dimostrare sempre quanto le condizioni di lavoro influiscano rispetto a quelle di vita. Ma il tema della patologia organizzativa legata ai modelli produttivi e agli infortuni è uno degli elementi centrali della svolta degli anni Settanta che modifica il rapporto tra ambiente di lavoro, condizioni di lavoro e percezione della propria salute o della propria esposizione in termini di rischi per la salute, da una parte, e di rischi per l'ambiente, dall'altra.

Ci sono malattie professionali che potremmo definire trasversali. Una, storica,

è la silicosi: ci si ammala a lavorare. Ma sono tanti i tipi di lavori che producono la silicosi, non solo le miniere, le cave, ma la metallurgia, gli altoforni, la metalmeccanica. Se lo proiettiamo sull'oggi, un'altra malattia su cui è difficile intervenire in termini di riconoscimento, indennizzazione, prevenzione, è rappresentata dai cosiddetti rischi psico-sociali, che poi altro non sono che – per richiamare le intuizioni degli anni Settanta – quel famoso "quarto fattore di rischio" del modello sindacale di prevenzione; una volta si sarebbe parlato di stress, fatica mentale, alienazione, oggi si parla di rischi psico-sociali. Ma questi rischi, come le patologie muscoloscheletriche e periarticolari, ormai sono orizzontali a tutte le condizioni di lavoro, compreso il lavoro di servizio, d'ufficio, non solo manuale. Il tema della malattia si è molto dilatato in relazione al lavoro, dunque, c'è una diminuzione rispetto alle malattie professionali tradizionali – mentre magari gli infortuni non sono diminuiti – ed altre ne emergono.

E qui richiamo un altro elemento, di nuovo centrale nella transizione degli anni Settanta, cioè la categoria di "rischio". Prima le forme di monetizzazione del rischio (come si sono chiamate dopo perché così non si diceva all'epoca, negli anni Cinquanta, primi Sessanta), attraverso le paghe di piazza e la stessa *job evaluation* di fatto interiorizzavano nei modelli di classificazione e valutazione del lavoro la nocività e la fatica per remunerarle rispetto a chi non aveva quelle esposizioni. Da qui il tradizionale fatalismo operaio nei confronti del pericolo costituito dal la-

voro o da certe forme di lavoro. L'utilizzo di certe sostanze, l'utilizzo delle macchine a certe condizioni e con certi ritmi – c'è un problema stretto legato alla meccanizzazione e standardizzazione industriale da questo punto di vista – comportava il rischio ma insieme rendeva possibile pensare la prevenzione del pericolo, non soltanto la sua indennizzazione. Cioè il fatto che ci fosse un rischio e che fosse calcolabile e valutabile però voleva dire anche che il rischio si poteva prevenire, modificando l'organizzazione del lavoro. È la storia degli anni Settanta.

Il problema è che il movimento operaio non è da solo in questa dinamica conflittuale. Sta dentro un sistema di reti di relazione che definiscono il funzionamento delle imprese, che presiedono e governano l'attività produttiva, quella che incide sull'ambiente, la salute, ecc. E come sono stati risolti i problemi ambientali allora sollevati, alla fine del '900? Per esempio nei reparti verniciatura delle industrie fordiste, nell'automotive o per gli elettrodomestici bianchi: uscendo dal perimetro organizzativo novecentesco. Migliorando il lavoro industriale ma riducendone le opportunità.

Gilda Zazzara

Esternalizzando la nocività prima nel territorio e poi spostandola in altri Paesi...

Pietro Causarano

Non solo, anche con l'innovazione tecnologica, ma l'innovazione tecnologica ha reso possibile migliorare la qualità

del lavoro in quei reparti esternalizzando il lavoro nocivo con la robotizzazione; le verniciature oggi non sono più nocive, per i lavoratori almeno, perché non ci sono più lavoratori, o ce ne sono molti meno a lavorare. In questo senso, di nuovo, ritorna il rapporto con la conoscenza, perché l'organizzazione del lavoro non è altro che conoscenza applicata, è scienza applicata. E il movimento operaio non la controlla, arriva sempre dopo, ultimo, ma è inevitabile purtroppo che sia così perché la struttura gerarchica, i rapporti di potere che esistono nella società e in particolare nell'impresa fanno sì che le capacità di controllo della conoscenza e dell'uso applicato della conoscenza siano relativamente limitate in basso o comunque che le informazioni vengano acquisite successivamente dai lavoratori, a cose fatte.

Ci sarebbe anche il tema specifico della percezione del rischio. La percezione del rischio è molto differenziata e secondo me anche lì, rispetto all'organizzazione del lavoro, rispetto ai singoli lavoratori, ci sarebbe da riflettere per il passato e per l'oggi.

Bruno Ziglioli

Volevo fare due riflessioni, una relativa a quel passaggio degli anni Settanta su cui abbiamo insistito, l'altra che ci porta sull'oggi, forse un po' pessimistica.

È chiaro che in quel tornante tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Ottanta c'è l'incrocio di una serie di cambiamenti che riguardano sia la sfera economica che la sfera sociale, la sfera

politica e la sfera sindacale, che danno una spinta. C'è una globalità di cose che si incrociano inevitabilmente per portare a questa massa critica di consapevolezza. La scienza scende dalla cattedra ma non scende solo per sua spontanea iniziativa ma perché c'è anche una società che lo richiede maggiormente: siamo al picco della partecipazione a tutti i livelli nelle nostre società politiche che richiede una maggiore informazione e che dall'altro lato inventa anche nuove forme di partecipazione dal basso. Gilda citava il libro di Giulia Malavasi che dimostra molto bene come a partire dagli anni Settanta nascano queste iniziative dal basso all'interno della struttura cittadina comunitaria. In questo senso i disastri costituiscono una fortissima e impattante cartina di tornasole di quella esternalità di cui parlo; i disastri dimostrano plasticamente all'opinione pubblica che la monetizzazione non basta più, che le esternalità ambientali che vengono portate da quel determinato modello produttivo non sono più semplicemente tacitabili attraverso la monetizzazione, perché anche laddove le fabbriche-città investivano molto su un paternalismo cittadino finanziando iniziative locali (il teatro, le strade, ecc.) non basta più. Gli effetti sono tali per cui non sono più monetizzabili né per gli operai né per il resto della cittadinanza, e questo è indubbiamente un passaggio importante. Non è più indiscussa la presenza di quel modello produttivo su quel determinato territorio.

La nota pessimistica è che tutto questo nel lungo periodo si trasforma in una

frammentazione di quello che abbiamo chiamato fino a ora il movimento operaio, nell'indebolimento del movimento operaio organizzato, che rischia di essere molto isolato rispetto al resto della società perché è cambiato il modello produttivo. Non c'è più la fabbrica fordista, o meglio c'è ma magari è stata delocalizzata. Non userei il passato per determinate produzioni nocive che sono state allontanate da noi e sono posizionate altrove, ma tutt'ora in pieno svolgimento. Non esiste più il movimento operaio organizzato, esistono gli operai, esiste un modello produttivo, per esempio in Italia, che è basato sulle piccole-medie imprese in molte Regioni, nel quale il problema ambientale... se ne parla, non se ne parla? Diventa molto più complicato.

Sappiamo bene che l'analisi dei flussi elettorali, per quello che ci possono e ci vogliono dire, ci mostra che al livello di piccola-media impresa mediamente l'operaio elettoralmente si esprime come il proprietario, come se ci fosse una sorta di ceto produttivo che produce cose, che fa cose, contrapposto al terziario. E qui il tema della salute, dell'impatto ambientale, non più concentrato nella grande fabbrica, non solo fatica ad essere introiettato e diffuso, ma produce anche un effetto di rimbalzo rispetto a quell'ambientalismo operaio; perché? Perché l'operaio è solo, non c'è più qualcuno che in qualche modo lo coordina, lo rassicura rispetto al fatto che determinate modificazioni dell'organizzazione produttiva per renderla più o meno sostenibile saranno guidate, accompagnate da un at-

tore che sarà in grado di confrontarsi coi poteri istituzionali, o meno, per attuare le ricadute della modifica “sostenibile” della produzione stessa: non si avverte più questo paracadute. L’operaio rischia di essere solo, e l’operaio, quando è solo di fronte al dilemma tra salute e ambiente da un lato, e lavoro dall’altro, rischia di fare una scelta netta, cioè tendenzialmente di scegliere il lavoro prescindendo del tutto da salute e ambiente.

L’effetto lo vediamo oggi: con il fatto che sia ripreso in grande stile il ricatto occupazionale a fronte di una frammentazione del resto della società, le due entità – ambiente e lavoro – finiscono per essere del tutto conflittuali. Da un lato si dice “si deve chiudere”, il che naturalmente genera una reazione; dall’altro lato si dice “no, non si deve chiudere”. È una contrapposizione nettissima che non trova sbocchi, negoziati, rispetto anche alle ricadute ambientali. O si chiude o si va avanti, la scelta diventa binaria: e in questo naturalmente poi è facile giocare. Quando Trump ha firmato il decreto esecutivo di riapertura delle miniere di carbone negli Stati Uniti aveva dietro di sé una quindicina di minatori, i quali naturalmente erano felici di riprendere il lavoro, che le loro miniere fossero riaperte. Taranto, che la fabbrica fordista ce l’ha ancora, è un esempio di questa spaccatura, di frammentazione, di conflitto cittadino.

Pietro Causarano

Una sorta di schizofrenia che attraversa e lacera gli stessi nuclei familiari, probabilmente.

Bruno Ziglioli

Esatto. Dentro al quale il sindacato e quello che abbiamo chiamato il movimento operaio si sta dimostrando molto debole nel fare proposte, nel fare anche da elemento unificatore, di elaborare una proposta di risoluzione di questo conflitto cittadino in relazione all’ex ILVA. Questa era la mia nota estremamente preoccupata, noi parliamo di movimento operaio ma forse non esiste più, dobbiamo parlare al passato e anche interrogarci sui passaggi che hanno portato a questa situazione.

Pietro Causarano

Visto che hai fatto riferimento alle piccole e medie imprese: noi parliamo delle grandi fabbriche, dei grandi incidenti, ma ci sono miriadi di piccoli incidenti. Pensiamo all’inquinamento idrico dei fiumi, dove a un certo punto si scoprono morie di pesci e non si capisce per quali sversamenti e chi li ha fatti.

Aggiungerei qualcosa anche sulla solitudine. Quello che è successo recentemente in Toscana nella zona della concia, con certe coperture – tutte da dimostrare, ma evidentemente di tipo politico – rispetto allo smaltimento illegale dei fanghi della produzione conciaria, che sono altamente inquinanti (uno dei temi storici dell’ambientalismo toscano), è emblematico perché le organizzazioni sindacali non si sono fatte sentire in questa vicenda.

Sulle PMI c’è anche un altro elemento che evidenzia la solitudine, perché l’operaio è ancor più solo che nella grande fabbrica, solo nel senso che le organizzazioni di rappresentanza hanno difficoltà a

ricostruire un legame che costruisca un'identità interna al lavoro relazionata con l'esterno. L'ILVA di Taranto con il suo indotto e il rapporto con la città è già emblematica, ma se ne trovano di esempi. C'è una cesura tra l'identità territoriale e la presenza delle fabbriche, sicuramente per le grandi ma anche per le piccole. Un altro elemento, soprattutto nelle aree di piccole e medie imprese, è che in certe produzioni nocive, pesanti, che continuano ad essere "lavoracci" – pensiamo appunto a quelli legati alla concia –, è forte la presenza di manodopera immigrata. Manodopera immigrata che ha una percezione del rischio – in Toscana sono stati fatti studi da questo punto di vista – nettamente diversa dalla manodopera indigena. E questo prescinde da un altro degli elementi che è stato positivo nel far crescere la consapevolezza ambientale in Italia, cioè il livello di scolarizzazione, perché non necessariamente questa manodopera immigrata è poco istruita. Pensiamo ai senegalesi, molti hanno un livello di studio paragonabile quantomeno agli operai italiani, però la loro ricattabilità, la loro fragilità come singoli operai è molto più alta e quindi probabilmente è molto più difficile che si ricostituisca quell'elemento di contrapposizione in grado di valutare e intervenire sulle questioni ambientali. Questi elementi incidono anche rispetto alle tematiche ambientali, perché tendenzialmente il lavoratore straniero come aspirazione ha magari quella di tornare, anche se sono pochi gli emigrati che poi alla fine davvero tornano a casa; però l'idea c'è e quindi c'è un rapporto con il con-

testo, perlomeno nelle prime generazioni di lavoratori, molto diverso da quello che assumeranno le seconde generazioni da questo punto di vista. E questi elementi pesano.

Bruno Ziglioli

La logistica oggi, e tutto quello che ci sta intorno, è la cosa che nel nostro Paese assomiglia di più a quello che era la fabbrica fordista.

Pietro Causarano

Si, ed è "energivora" in maniera spaventosa, lo ha dimostrato la pandemia: tutti abbiamo usato Amazon, ma Amazon vuol dire furgoni, vuol dire produzione di energia elettrica per far funzionare i mega centri di smistamento e tutto il resto. E di nuovo la velocità: perché ricordiamoci che uno degli elementi decisivi che condiziona in maniera significativa la salute e l'ambiente è l'idea che le nostre società debbano essere sempre più veloci. E purtroppo è un'antropologia, noi stessi ci siamo abituati perché è più comodo, obiettivamente facilita tanti aspetti della vita individuale. Un'altra nota di pessimismo.

Stefano Bartolini

Sono emerse delle cose abbastanza interessanti e siamo arrivati anche al presente, a partire dalla questione dell'esternalizzazione che ha la doppia faccia della delocalizzazione. C'è un'esternalizzazione che in qualche modo spedisce il rischio in piccole aziende contoterziste, dove magari è meno controllabile, oppure c'è la delocalizzazione in grande stile, il trasfe-

rimento altrove, in altri Paesi, con altri sistemi legislativi, altre storie di movimenti o di non movimenti operai. Lavorazioni rischiose che in Occidente magari non si possono più fare vengono spostate – mi viene in mente il caso dei jeans prodotti dalle fabbriche turche con il metodo Denim, altamente nocivo, su cui ci sono state anche delle campagne di mobilitazione. Fino a qualche anno fa credo – ma questa è una sensazione – che ci fosse anche più capacità nel movimento operaio, nel movimento sindacale di organizzare mobilitazioni in qualche modo internazionaliste o di solidarietà, una tematica che mi sembra del tutto scomparsa dopo la crisi 2008-2011.

Inoltre, in questa globalizzazione che si è concretizzata, il ricatto occupazionale da parte delle multinazionali prende anche forme di imposizione delle condizioni che un tempo erano tipicamente coloniali, portare sviluppo in un Paese povero, arretrato. Tuttavia questa imposizione adesso penetra anche nelle aree occidentali.

Ci sono altre due questioni interessanti: da una parte c'è tutto il tema della transizione *green*, che impatta chiaramente sul lavoro, anzi il punto rilevante non è tanto quello che facciamo singolarmente a casa nostra ma come riorganizziamo tutto il sistema produttivo. A fronte di una serie di movimenti, anche dal basso ma non solo, che si incentrano, spesso recuperando elementi e programmi del passato, su modelli di sviluppo alternativi al capitalismo basati su filiere corte, produzioni sostenibili, produzioni "bio", sostenibilità e piccola impresa, sia che si tratti di artigia-

nato che di agricoltura, in realtà la transizione *green*, e la gestione dei suoi fondi è molto orientata a rafforzare e a concentrare ulteriormente il capitalismo nella sua veste di grande impresa, a questo punto multinazionale, che probabilmente intercetterà le risorse finanziarie con meccanismi che abbiamo visto all'opera anche in passato: puoi accedere ai fondi per fare la transizione se fai progetti da qualche milione di Euro, e chiaramente solo alcuni sono in grado di farli. Quindi anche queste sensibilità ecologiste, spesso vissute in maniera emergenziale, rischiano di finire a rafforzare lo stesso modello economico che ha generato i problemi e le storture.

Infine l'emergenza Covid-19 in qualche modo ha invertito il rapporto di cui abbiamo parlato fino ad ora – che poi è la stessa cosa che era successa ai tempi della "spagnola". Qui abbiamo il caso di una malattia che non si genera in fabbrica o che esce dai luoghi di lavoro ma che nei luoghi di lavoro ci entra da fuori, quindi cambiando completamente la dinamica, e che crea tensioni e conflitto fra i lavoratori e l'azienda sul tema del governo dei dispositivi di protezione, della prevenzione e della malattia. All'inizio, nel primo lockdown del 2020, abbiamo assistito a una serie di scioperi che partivano dal basso, attraverso le rappresentanze sindacali aziendali, per chiudere, poi è perdurata una tensione sulle normative, anche contraddittoria, che rimanda a quella che c'era stata ai tempi della "spagnola": fra i lavoratori che in qualche modo avevano interesse ad avere nuove misure di sicurezza o a non lavorare in fase epidemica

e le aziende che invece avevano interesse a continuare la produzione costi quel che costi. Insomma anche quando la malattia proviene da fuori la linea di conflitto tra proprietà e lavoro resta.

Bruno Ziglioli

Parto dalla transizione *green*. Al di là delle esperienze e delle riflessioni molto acute di cui parlavi, molto spesso nei progetti europei, nazionali, la transizione appare come un gigantesco imbroglio. Diventa una specie di etichetta che deve essere applicata, operando alcuni cambiamenti non tanto nel modello di consumo e di produzione ma nell'oggetto consumato, per garantire la sopravvivenza del modello di produzione così com'era. A me sembra che l'esempio più plateale sia quello dell'auto elettrica. Puntare sull'auto elettrica col sistema di motorizzazione attuale significa molto semplicemente spostare il problema e non risolverlo; il problema sarebbe quello di ridurre drasticamente l'uso dell'automobile, non di proseguirlo con una propulsione che richiede comunque un utilizzo di energia che da qualche parte e in qualche modo andrà prodotta. È uno sforzo anche fideistico, volontaristico, sul fatto che quell'enorme quantità di energia che servirà ad alimentare un parco veicoli come l'attuale elettrizzato possa derivare da fonti energetiche sostenibili, rinnovabili e non troppo impattanti, perché non è che possiamo riempire l'Europa di pannelli solari, o pale eoliche, perché anche quello è impatto ambientale. E poi c'è il problema delle materie prime.

Pietro Causarano

La plastica ci sarà comunque.

Bruno Ziglioli

Anche gli incentivi ecologici che vengono dati per cambiare una macchina perché così inquina meno, ma se ne viene prodotta una ne dev'essere smaltita un'altra. Ho banalizzato, ma in molte delle linee ufficiali vedo tendenze di questo tipo. Ci sono le riflessioni più serie naturalmente, ma mi sembra che abbiano poco accesso a quelli che sono i modelli di sviluppo e di evoluzione pensati dalle autorità europee e nazionali.

Sul rapporto coloniale: c'è naturalmente, in fondo e in qualche misura potremmo dire di averlo vissuto anche noi con il modello di impiantazione dei grandi impianti petrolchimici, siderurgici, con l'IRI, la cassa del Mezzogiorno al Sud, però attenzione: l'interpretazione puramente coloniale non ci restituisce tutta la complessità del problema. Molto spesso i territori "depressi" – per usare una vecchia definizione – richiedono l'industrializzazione e la richiedono con forza, almeno finché non emergono quelle esternalità di cui sopra in tutta la loro potenza, ma la richiedono con convinzione; Salvatore Romeo nel suo libro racconta molto bene la questione di Taranto e tutto il processo col quale la città, non solo le sue élite ma un'intera comunità cittadina in modo piuttosto compatto, richiede quell'impianto, lo vuole, utilizza i mezzi di pressione politica che ha a disposizione per poterlo ottenere; poi il problema cambia radicalmente 25-30 anni dopo, perché nel

frattempo si producono e diventano visibili a tutti certi effetti, e lì si ha la frammentazione.

Infine sull'emergenza Covid-19. Mi sembra che la riflessione su quello che è avvenuto e che stia avvenendo tutt'ora sui luoghi di lavoro sia una delle meno presenti nel dibattito pubblico. Che cosa succede nelle fabbriche in questo momento non lo so con precisione, i protocolli, quanto vengono applicati ecc. mi pare un argomento che è diventato in buona misura un tabù, meglio non parlarne troppo perché potrebbe portare a prendere decisioni difficili. Il contagio, banalmente in un contesto non di lavoro operaio ma universitario, viene sempre "da fuori", si nega alla radice che vi possano essere contagi all'interno, ma però questo spesso induce ad abbassare le difese, a non attenersi a quelli che sono i protocolli e a creare anche, lo dico molto chiaramente, un certo silenzio rispetto a quello che avviene all'interno dell'ambiente di lavoro. E i luoghi di lavoro sono stati, soprattutto nella seconda ondata, il grande assente, non se ne parla. Che cosa succede nelle fabbriche? Vengono rispettati i protocolli? Si applicano le misure di sicurezza? Si riesce ad applicare il distanziamento ecc.? Lavorare otto ore con la mascherina è ovvio che è una cosa estremamente complicata; lo è stare otto ore ad una scrivania, figuriamoci stare otto ore ad un macchinario. Non se ne parla, perché è un tema che ha delle implicazioni molto delicate.

Vorrei chiudere sulla questione dell'epidemiologia. Anche io ho notato questa cosa, non si capisce a cosa serve l'e-

pidemiologia, per cui anche in dibattiti pubblici ho sentito attaccare gli statistici medici dicendo "scusi ma lei è un virologo?". C'è una delegittimazione dell'epidemiologo, dello statistico medico, del suo ruolo di studioso. L'epidemiologo non viene individuato come il detentore di un sapere, delle conoscenze e delle capacità di analisi che spingono la medicina verso i suoi progressi. Tuttavia sappiamo che la correlazione tra il tumore polmonare e il fumo di tabacco è stata segnalata dagli epidemiologi molto prima che si comprendesse l'effettivo processo chimico-biologico, mettendo a confronto i dati tra le "popolazioni" di riferimento. Anche per le malattie professionali in molti casi è stato così. È stato l'epidemiologo, che spesso non è neanche un medico ma uno statistico, ad arrivare a determinate conclusioni di correlazioni tra determinate produzioni e determinate patologie molto prima che ci arrivassero i medici, i biologi, i chimici.

Gilda Zazzara

È l'epidemiologia che costruisce il discorso preventivo. A mio avviso è una disciplina molto affascinante perché è, più che una scienza, una pratica scientifica, che usa moltissimi strumenti qualitativi oltre che quantitativi, compresa la storia orale.

Pietro Causarano

L'epidemiologia in Italia ha avuto una breve stagione di legittimazione nelle politiche pubbliche in relazione alla medicina preventiva fra anni Settanta e Ottanta

e ha a che fare con il Sistema Sanitario Nazionale, dove le politiche sanitarie si collegavano in tante Regioni all'articolazione socio-sanitaria della vita collettiva in chiave di prevenzione e programmazione. Con l'aziendalizzazione la prevenzione ha sofferto ovviamente, come si è visto con il Covid-19, e quindi l'epidemiologia ha perso terreno. Furono i medici a far nascere l'epidemiologia, che poi si è allargata a tutta una serie di strumentazioni, perché l'epidemiologia lega la medicina e la salute alla dimensione della vita sociale. Per esempio la correlazione fra certe condizioni di lavoro, un certo statuto sociale, una certa condizione sociale e le aspettative di vita e le aspettative di salute: vi sono situazioni sociali dove si campa meno e si vive peggio. E queste sono correlazioni che vengono fatte utilizzando diversi strumenti delle scienze sociali, che incorporano la dimensione della medicina all'interno della vita sociale. La si delegittima invece nel momento in cui all'epidemiologia si chiede solo di fare le curve di progressione dell'epidemia, di essere uno strumento analitico che fa delle piccole proiezioni sul futuro senza spiegarle, anche se potrebbe fare delle correlazioni che indaghino le ragioni che ci stanno dietro.

Qui mi collego alla questione dell'attuale pandemia e al rapporto con il lavoro. Abbiamo visto come il governo della malattia abbia prodotto gerarchie di priorità, che vogliono dire espressione di gerarchie di potere. Un aspetto che mi ha colpito è che nel momento in cui abbiamo avuto i vaccini non abbiamo vaccinato quei servizi essenziali – escludendo quelli sanitari

ovviamente – che hanno contribuito a far funzionare la nostra vita sociale nel periodo della prima ondata. Penso alla grande distribuzione, che è uno dei luoghi dove la malattia collegata al lavoro Covid-19 ha prodotto risultati letali, penso anche a tutta la logistica; questi erano tutti lavoratori da vaccinare per primi: niente.

E i luoghi di lavoro sono vettori. Prendiamo l'esempio del distretto pratese. Nella prima ondata si è chiuso tutto e i cinesi hanno chiuso prima ancora che lo Stato italiano decidesse di chiudere, forse su sollecitazione della madrepatria. Ed infatti Prato, dove tutti si aspettavano che sarebbe esploso il Covid-19 essendoci i cinesi, è stata una situazione fortemente regolata, controllata e ben gestita. Nella seconda ondata Prato – dove tutti lavoravano – è diventata subito zona rossa e c'è rimasta, perché nelle piccole imprese, in quelle condizioni di lavoro e di vita – dove spesso dormono, producono ecc. promiscuamente – il canale di diffusione era fortissimo.

C'è anche un ultimo elemento legato al tema salute, lavoro e pandemia. La pandemia avrà degli effetti dal punto di vista dei modelli di riorganizzazione a tutti i livelli delle istituzioni e delle organizzazioni produttive e di servizio. L'uomo è l'anello fragile della catena produttiva: si ammala, tanto più laddove interagisce. E dato che questi fenomeni di zoonosi probabilmente non andranno a diminuire ma andranno ad intensificarsi, con i cambiamenti ambientali, il mutamento climatico ecc., le imprese avranno bisogno di sciogliere quei legami fisico-biologici che

condizionano ancora il lavoro umano. E qui l'uso delle nuove tecnologie, lo smart working, introduce elementi di mutamento antropologico, le cui conseguenze in rapporto alla nostra salute mentale e psicologica non siamo in grado di valutare. Tutti noi in questo anno e mezzo, con le chiusure ed il lavoro a casa, pur facendo un'attività stimolante come la nostra, abbiamo avuto esperienza dell'impatto che ha avuto sull'umore, sullo stato psicologico, sugli stati di malessere generici.

C'è una caratteristica storica della trasformazione industriale: essa organizza il lavoro e lo velocizza. E organizzando il lavoro sottrae autonomia al lavoratore nella gestione del rapporto fra la propria prestazione e il sé stesso, il sé stesso fisico e il sé stesso più generale della propria personalità. Non è un caso che la medicina del lavoro nasca con l'industrializzazione e non prima. La stessa psicologia è strettamente collegata agli effetti della trasformazione organizzativa nella nostra vita quotidiana, collettiva e individuale, tipica della società industriale. La medicina del lavoro, la psicologia del lavoro, hanno a che fare con queste trasformazioni, con la perdita di controllo sulla prestazione in termini di autonomia, di autoregolazione. Pensiamo al tema della fatica: la fatica incide sulla salute sì o no? Sì. L'operaio del '900 è in grado di gestire questa fatica negli stessi termini in cui la poteva gestire un contadino o un artigiano? No.

Questo ha degli impatti, in termini patologici, mentali e fisici, che non subivano altri tipi di lavoratori, o subivano in un'altra forma meno invasiva. Di contro, è an-

che vero che l'operaio del '900, vivendo di più perché non è più miserabile, è più facile che veda insorgere tutta una serie di patologie che prima non emergevano, quando il lavoratore manuale era in condizioni di deprivazione e aveva un'aspettativa di vita molto più breve. Oggi vivendo di più noi questo lo possiamo percepire; ma nelle trasformazioni del presente il grado di conoscenza che abbiamo in basso del processo produttivo non è aumentato rispetto al passato. La capacità che abbiamo di controllare le trasformazioni organizzative che stanno dietro alla nostra prestazione non è aumentata. E l'atomizzazione delle relazioni di lavoro, nel mercato del lavoro e nel contesto lavorativo, prima richiamate da Bruno, non aiutano. Certamente non saranno malattie professionali come quelle del passato, ma nessuno si pone il problema di ciò che accadrà nella struttura della personalità, nella struttura biologica, fisica, e della relazione che c'è fra il nostro modello di vita e di lavoro.

Pensiamo al grado di attenzione. Nelle nostre esperienze di interazione il grado di concentrazione è minore nell'interazione a distanza rispetto a quella in presenza, perché è un qualcosa che non ha a che fare con la nostra "animalità". Come tutti gli animali, siamo biologicamente strutturati e selezionati per avere certi tipi di relazioni, certi tipi di comportamenti, per usare il corpo. E invece lo stiamo usando sempre meno, e sempre meno lo useremo nel lavoro, perché il corpo è fragile, si ammalia. Tornando a quanto dicevo all'inizio, questi problemi non ce li poniamo oggi: è normale, è naturale, è tutto un efficientamento.

mento, un miglioramento. Il tema dell'epidemiologia, ma in generale il ragionare in termini di prevenzione, starebbe anche qui.

Gilda Zazzara

È chiaro che il nesso lavoro-salute-ambiente è ineludibile e si articola, riconfigura e problematizza in ogni angolo e in ogni contesto, ed è chiaro che i mutamenti antropologici sono anche mutamenti della salute, e gli antropologi della salute in questo sono molto importanti oggi. Per commentare Pietro quando dice che "siamo animali", in relazione al nesso lavoro-ambiente, qual è il nocciolo? Che il lavoro, anche quello intellettuale, *smart*, è un'attività che coinvolge il corpo, che nella storia dei lavoratori manuali è stato ovviamente sempre in campo. Il lavoratore, come ha scritto Piero Bevilacqua, è «un frammento di natura», è un frammento di ambiente; c'è proprio una base ontologica del fatto che il nesso fra lavoro e ambiente va molto al di là delle piccole tradizioni specialistiche, professionali, o relative allo stretto luogo di lavoro.

Volevo fare un'altra considerazione sull'ambientalismo operaio come tradizione, come filo che non si spezza con gli anni Settanta, che è un po' la lettura che mi sembra prevalente per ora. Un altro esempio è Medicina democratica – che porta un nome non ambientalista, sembra più il nome di un'associazione professionale, cosa che non è mai stata – che è secondo me una straordinaria esperienza di ambientalismo operaio. Per le sue tradizioni, per il tipo di taglio che ha l'ambien-

talismo nel suo lavoro, che in molti processi e in molti territori è entrato anche in conflitto con le organizzazioni sindacali. Quello dell'ambientalismo operaio è un terreno di conflitti anche dentro al lavoro, non va dimenticato.

Come cittadina, e come iscritta alla Cgil, non sono per niente contenta delle posizioni del sindacato su molte questioni ambientali. Sono delusa dal sostegno alla TAV, credo che sia un errore, sono delusa dalle posizioni rispetto alle grandi navi a Venezia, e sono anche molto delusa rispetto a Taranto; penso che il sindacato dovrebbe essere più coraggioso e recuperare sia un'idea forte di qualità del lavoro che di vicinanza alle comunità. Non so se l'acciaio sia economicamente "strategico" (una parola sempre più fumosa e arrogante), ma so che la comunità sociale, il corpo biologico della città di Taranto ha pagato un prezzo troppo alto. Non può perdonare, e la fiducia non si può ricostruire su quelle basi, è troppo tardi. Però anche su queste questioni aperte la linea dei sindacati, che ci piaccia o no, è *working-class environmentalism*, perché ormai il piano dell'ambiente è sempre sul piatto, non è più il grande rimosso che è stato fino agli anni della prima "contestazione ecologica", per usare le parole di Giorgio Nebbia.

Un ultimo esempio, ancora dalla mia città, che è una bomba esplosa su queste questioni. Avete parlato di *green deal* e di *green washing*, Bruno ha detto "imbroglio". A Porto Marghera ENI converte la raffineria in bio-raffineria, inizia a produrre bio-diesel, che è assolutamente non sostenibile, perché è soltanto in minima

percentuale prodotto con fonti non fossili e perché anche quelle fonti, soprattutto quando sono olio di palma, a loro volta scaricano insostenibilità neocoloniale, se vogliamo usare questo termine. Però i lavoratori si sono intestati quella transizione, credendo – io davvero penso in buona fede – di contribuire a qualcosa che allo stesso tempo salvava posti di lavoro, una continuità di storia industriale, e mitigava l'impatto ambientale. Ora, noi possiamo essere molto critici verso queste posizioni, condannarle dall'alto delle nostre conoscenze raffinate e globali, ma da storica io dico che queste posizioni vanno capite. Questo discorso, questo ragionamento, a mio avviso va inserito dentro allo studio di come il movimento operaio oggi si posiziona, con gli strumenti che ha e con i condizionamenti che ha, rispetto ai temi ambientali che la società gli mette in capo.

Pietro Causarano

Io per dieci anni ho collaborato con la sezione toscana di Ambiente e lavoro che era diretta a livello nazionale da Rino Pavanello e poi per un lungo periodo anche da Marcello Buiatti, uno scienziato. Pavanello veniva dai chimici ed è stato uno degli esponenti lombardi dell'ambientalismo operaio degli anni Settanta. Ambiente e lavoro continua ad esistere a livello nazionale, si occupa prevalentemente di lavoro e sicurezza, però aveva avuto l'ambizione fra gli anni Novanta e Duemila di occuparsi anche del rapporto con la dimensione delle problematiche ambientali legate al sistema economico,

ai modelli di sviluppo, al governo del territorio, ecc. E lì però emerge tutto il limite del sindacato; che è un limite, di nuovo, che non dipende solo dal sindacato. In Toscana abbiamo sperimentato i Patti territoriali per lo sviluppo sostenibile, che sono stati un fallimento, però facevano parte di quella stagione di concertazione e negoziazione degli anni Novanta e Duemila che derivava dal Libro bianco di Jacques Delors e che in Italia fu promossa dal governo Prodi, stagione che poi è completamente declinata.

Quel sistema di relazioni che caratterizza il modo in cui noi concepiamo il lavoro e la produzione ed in cui oggi potrebbe operare un ambientalismo che sia legato all'esperienza di lavoro, se non trova una proiezione nelle forme di organizzazione collettiva e nella rappresentazione e nella regolazione istituzionale, non ce la fa. E il sindacato nella sua debolezza si adegua. Se non è in grado di tenere insieme due obiettivi, lavoro e ambiente, tiene insieme il primo obiettivo che lo qualifica dal punto di vista della sua legittimazione. Lo ha sempre fatto. Quello che dice Gilda rispetto all'ENI a Venezia è la stessa cosa che sta succedendo a Gela con gli impianti petrolchimici, e mi pare che sia sempre l'ENI che fa le stesse operazioni, in un contesto territoriale e sociale completamente diverso.

Gilda Zazzara

Tuttavia, oltre a sottrarci dall'alternativa secca salute o lavoro, dobbiamo anche sottrarci dall'alternativa secca per cui da un certo momento in poi più che

l'ambientalismo operaio è esistito l'anti-ambientalismo degli operai. Mi sembra un ragionamento che produce danni. E lo dico ribadendo che rispetto a molte questioni in campo oggi io sono insoddisfatta, vorrei un sindacato più coraggioso, e credo che avrebbe da guadagnare, in molte situazioni, rompendo questo schema. Ma devo anche ricordarmi la mia condizione di privilegio, che la mia vita non dipende da quel lavoro.

Un'ultima cosa sulla temporalità del disastro. È un tema di grande interesse, in linea con le riflessioni dell'eco-criticismismo, delle *environmental humanities*. Perché è vero che c'è il momento del disastro esplosivo, ma il disastro ha anche un andamento erosivo, una dimensione di *slow violence*. Anche se il disastro esplosivo fa compiere un salto di scala alle percezioni del rischio. Io ho sotto gli occhi un caso come quello di Marghera dove è molto interessante studiare la sovrapposizione delle due temporalità del disastro. È un luogo in cui si vede benissimo la coesistenza del disastro lento e di quello esplosivo: potrei fare una lunga cronistoria degli incidenti "spettacolari", il più importante è stato quello del 2002, quando è entrato in campo il rischio fosgene. Il disastro "bellico" fa fare un salto avanti alla coscienza ambientale diffusa e all'opinione anti-industrialista, ma è quello lungo che produce svolte culturali, interiorizzate, tra chi lavora.

I processi di deindustrializzazione sono lo sfondo del disastro lento, latente, sotterraneo. Uno dei modi per sottrarsi al problema della nocività del lavoro

industriale è spostarla. Le nostre società stanno espellendo la fabbrica "insalubre", come la si chiamava alla fine dell'800, "lontano dagli occhi lontano dal cuore". Il nostro acciaio, la nostra plastica la faccia qualcun altro. A noi resta il problema dei rifiuti, ma si sa che i rifiuti si nascondono meglio dei fumi. Con la deindustrializzazione abbiamo potuto rimuovere il crimine, però il disastro ambientale non finisce con la fine della produzione. Qui si apre un'altra area di intervento e di collaborazione fra storici del lavoro, attori sociali, epidemiologi, scienziati, storici ambientali.

Se guardiamo la mappa dei SIN (Siti di interesse nazionale ai fini della bonifica) vediamo che è una mappa della deindustrializzazione italiana. E praticamente in nessuno dei SIN abbiamo completato le bonifiche, forse soltanto a Casale e in due o tre altri posti. È una cosa incredibile, che succede anche in altri Paesi: abbiamo davanti agli occhi questa mappa da vent'anni, che è anche una bussola per il lavoro epidemiologico sulle condizioni di salute nelle aree ex industriali o di crisi industriale. È da poco uscito uno studio, credo importante, *Ambiente e salute nei siti contaminati*, che parte proprio da quella mappa. Ma deindustrializzazione vuol dire anche asportazione, rimozione, obliterazione, soprattutto dove c'è stata una catastrofe sanitaria o occupazionale, di quelle culture popolari, di classe, operaie, che avevano creato un rapporto critico e comunque di conoscenza col nesso lavoro-salute-ambiente. La deindustrializzazione priva i territori di risorse di

memoria e di tradizioni e allo stesso tempo lascia un sacco di problemi: perché la fabbrica inquina e ammalia anche dopo la fabbrica. Anche con la disoccupazione o lo scivolamento verso lavori precari. La *slow violence* della società postindustriale dice che non ci sono più peccati tra chi è o era dentro la fabbrica e chi è fuori: la fabbrica non c'è più e l'ex fabbrica ammazza tutti, fa ammalare tutti, ad esempio con la catena alimentare. Il disastro PFAS in Veneto lo dimostra in maniera eclatante.

Pietro Causarano

È il grande problema della socializzazione dei costi della produzione industriale. Gli ammortizzatori sociali si riducono in sostanza al contributo della collettività che si fa carico dei problemi strutturali o congiunturali dell'economia industriale e lo stesso vale con la deindustrializzazione e le bonifiche. Credo sia successo dappertutto, è la collettività che deve pagare la bonifica, non chi ha inquinato. È uno dei paradossi tradizionali. Un tema centrale dell'ambientalismo storico era giustamente "chi inquina paga". Ma siamo davvero riusciti a ottenere da qualche parte nel mondo, anche in quello sviluppato, che questo accada? Perché "chi inquina paga" è venuto fuori non quando eravamo nel pieno di quel modello di sviluppo inquinante, ma quando quel modello stava finendo: e quindi sparivano i soggetti che avevano inquinato, che magari s'arricchivano avendo delocalizzato e andando a inquinare da altre parti. E chi andavi a cercare?

Mi ricordo anni fa di aver parlato – quando facevo la ricerca sul Nuovo Pignone – con un delegato all'ambiente e salute del Consiglio di fabbrica, una fabbrica altamente professionalizzata, con una coscienza di classe anche sulla questione della salute e ambientale. Lui diceva: «Noi abbiamo capito d'aver perso quando abbiamo fatto tutto il lavoro di ristrutturazione e miglioramento delle condizioni ambientali sulla fonderia del Nuovo Pignone e abbiamo cercato di controllare la filiera», ovvero anche chi riforniva i semi-lavorati. Diceva: «Non c'è bisogno di andare nel Terzo Mondo, siamo andati a vedere una fonderia che lavorava per il Pignone a Colle Val d'Elsa e questi lavoravano d'estate sotto un tendone all'aperto e sembrava una fotografia di fine '800. Lì abbiamo capito d'aver perso, perché non eravamo in condizioni di controllare la filiera».

Il problema, tornando al discorso di "chi inquina paga", è che nemmeno il potere pubblico è in grado di controllare: è un po' lo stesso problema accaduto con la crisi fiscale dello Stato-Nazione. Nel momento in cui tutto diventa volatile e mobile, globalizzato, è difficile riuscire a ottenere dai responsabili la riparazione. Magari ci riesci quando ci sono gli incidenti ed allora individui i responsabili del danno. Ma quando la cosa è lunga e si trascina è molto più difficile. Un po' come fra infortuni e malattie professionali.

Stefano Bartolini

Siamo partiti da questioni legate al sistema produttivo e stiamo parlando

sempre più diffusamente di ambiente. Mi sembra che si dia un'altra volta ragione a Del Pane quando diceva che facendo storia del lavoro si fa una storia totale, perché questi temi non si fanno chiudere in un recinto settoriale e disciplinare, investono tutto: la democrazia, le scelte politiche, il modello di società, cosa, come e quanto produciamo.

Pietro Causarano

Sempre tornando agli anni Settanta, da questo punto di vista una delle grandi questioni era la qualità del lavoro: come si individuava la qualità del lavoro rispetto al lavoratore, non rispetto ai benefici e alla profittevolezza dell'impresa. Il tema della qualità del lavoro voleva essere uno dei momenti in cui rimettere insieme tutti gli aspetti che riguardavano la condizione del lavoratore, il suo benessere. C'è un bel saggio di Luciano Gallino e allievi del 1976 su una delle principali riviste di sociologia dedicato alla qualità del lavoro. Il tema era affrontato in combinazione con la dimensione ergonomica: i lavori qualitativamente migliori erano quelli ergonomicamente migliori, quelli in cui si articolava un effettivo controllo, un'effettiva autonomia del lavoratore sulla prestazione e sul contesto. Il grado di autocontrollo sul lavoro intrecciava la complessità di aspetti che vanno dalla salute al controllo del corpo, dal senso del lavoro fino all'identificazione e soddisfazione che si ha nel lavoro. Ecco, quel tipo di riflessione sulla qualità (anche ambientale) è rimasta ma si è fortemente modificata: quando oggi noi parliamo di fabbrica integrata

alla FIAT si parla d'altro; c'è anche questa componente, o una parte di questa componente, ma si parla di altro.

Gilda Zazzara

Vorrei fare un cenno al lavoro di uno storico ambientale americano, Richard White, che negli anni Novanta ha scritto un saggio molto provocatorio che si intitola *Sei un ambientalista o lavori?*, per parlare delle incomprensioni tra ambientalisti e lavoratori. Lì, come nella sua ricerca sul fiume Columbia, c'è un'idea che mi affascina e su cui vorrei ragionare: cari amici ambientalisti, dice White, ricordatevi che il lavoro è stato il modo in cui gli umani hanno conosciuto la natura, e lo hanno fatto prima di tutto con il corpo. Io che sono – confesso i miei limiti – antropocentrica, vedo l'ambiente, tutto l'ambiente, come natura lavorata. Noi abbiamo invaso l'ambiente e lo abbiamo modificato soprattutto lavorandolo. Allora questo è un nesso da cui possiamo partire, come storici. Il corpo che lavora (e che si ammala) produce conoscenza, anche la conoscenza della sua devastazione della natura, fino al limite di mettere in discussione la propria sopravvivenza. Ma quel corpo che lavora (la persona trentiniana?) non è fuori dalla natura. Se guardiamo al significato di lavoro in fisica, il lavoro è scambio di energia, il lavoro è energia impiegata ad un fine che è basicamente il fine, per tutti gli organismi viventi, di continuare a vivere. Allora in questo senso l'uomo lavora, come lavorano le piante, come lavorano i microbi, usando la sua energia per vivere. Quindi

anche l'artificialissimo e nocivissimo lavoro della società industriale partecipa di questa stessa legge della natura. Forse da qui può nascere una diversa coscienza del limite, che non cala dall'alto, ma matura nel lavoro stesso.

Bruno Ziglioli

Con una battuta si potrebbe dire che più che il culmine dell'evoluzione, noi uomini siamo la "scheggia impazzita" dell'evoluzione, l'elemento perturbante di un processo che altrimenti sceglierebbe altre strade.

Volevo fare una riflessione che si riallaccia al nostro lavoro di studiosi. È emerso chiaramente che l'approccio degli studi di questo genere non può essere monosettoriale. Sono richieste tante competenze storiche, a cui potremmo aggiungere la storia urbana, la storia delle istituzioni, e molte altre. Perché l'organizzazione della vita umana e il suo governo ha un'influenza molto forte. Io invidio i colleghi stranieri, francesi e tedeschi, che riescono a creare dei gruppi di ricerca davvero interdisciplinari, in cui c'è il medico-biologo, l'epidemiologo, il sociologo, lo storico. E tutto questo contribuisce a creare degli studi su territori, realtà produttive, che sono davvero complessi e di grande spessore. Tutto questo in Italia non esiste, è molto difficile costruire dei gruppi di ricerca così, nei miei lavori ho sentito spesso la mancanza di questo supporto interdisciplinare.

E questo è un problema per il pieno sviluppo di una storia del lavoro, di una storia ambientale, della loro coniugazione

nel nostro Paese in senso ampio. Un po' anche per via dei limiti che ci vengono imposti: l'interdisciplinarietà, di cui l'accademia italiana si è riempita la bocca per molto tempo, nella sua realizzazione pratica fa sì che se uno storico che si occupa di questi temi pubblica un articolo su una rivista di sociologia o di ingegneria, quella pubblicazione nella sua valutazione periodica vale zero. Questo è un problema che si avverte in molti ambiti di studio, in un ambito di studio come questo lo è ancora di più.

Rassegna tematica

Leggere le malattie nelle tavolette votive. Medicina, malati e società tra il secolo XV e oggi

DI

GIANCARLO CERASOLI

Le grazie de' Santi

*'N sulle grazie de' Santi 'un ci scherzà,
perché e' fatti ènno fatti e, se Dio vòle,
Ce n'avre' tanti mai da raccontà,
Che te dovesti di'... «di più 'un si pole».*

*Di San Venanzio ne pòi dubità?
Presempio, o Gesuè che ferma 'r Sole!
O San Giovanni che durò a campà
Tanto ma' tanto d'Ariguste sole!*

*Nega un po' po' la grazia tanto bella
Che per du' porche messe a San Cremente,
Si ritrovò a busca' la mi' sorella!*

*'Ni viense, Dio ci guardi, un accidente;
Perse l'occhi, le gambe e la favella...
Ma di malacci grossi 'un ebbe niente!¹*

Questo sonetto, scritto nel 1879 dal grossetano Renato Fucini, racconta in maniera molto caustica cosa si intende

¹ R. Fucini, *Sonetti in vernacolo pisano*, a cura di L. Felici, Roma, Newton Compton, 1978, p. 154.

per grazia ricevuta: l'essere scampati ad un avvenimento negativo per intercessione della divinità alla quale ci si è votati, ossia ci si è affidati.

In questa breve rassegna prenderemo in esame come nel corso dei secoli le tavolette votive donate per essere scampati o guariti da una malattia possano darci utili indizi per comprendere come si è trasformato il concetto di salute, inteso nei suoi tre diversi significati di *disease*, ossia lo stato di alterazione dell'organismo codificato dalla scienza medica, *illness*, lo stato di sofferenza provato dal malato, e *sickness*, la dimensione sociale della patologia.

1. Immagini dell'arte medica

La prima dimensione che si può esplorare nei dipinti votivi è quella che si riferisce a come il pensiero medico interpreta e classifica il quadro morboso per la cui

guarigione si è donato l'ex voto. In buona sostanza si tratta di come il quadro patologico presentato dal paziente veniva considerato dai medici coevi, alla luce delle loro conoscenze scientifiche.

Nei quadretti più antichi, risalenti al secolo XV, ad essere messo in mostra è più spesso l'intero corpo del devoto, disteso a letto in atteggiamento di preghiera. In quei tempi si credeva che la malattia fosse generata dallo squilibrio dei quattro "umori" che circolavano nell'organismo e perciò era l'intero corpo a soffrirne.

A partire dal secolo XVI si fanno sempre più frequenti i dipinti nei quali il sofferente mette in qualche modo in evidenza la parte del corpo alterata mostrando in tal modo i segni specifici del male. L'idea che la malattia si annidi in una parte del corpo e sia perciò identificabile dai segni e sintomi più eclatanti da essa provocati è tipica della concezione "popolare" della salute. Per questo motivo le appestate hanno le maniche sollevate per mostrare i bubboni, il vaioloso mostra il volto completamente sfigurato dalle pustole, il malato di tifo petecchiale veste una tunica con ampi spacchi al collo e ai fianchi per mostrare le lesioni tipiche purpuriche, il sifilitico ha il collo scoperto perché si veda la "roseola" il caratteristico esantema cutaneo, il tubercolotico vomita sangue e muco per la rottura dei vasi bronchiali corrosi dal male e il rachitico si tiene con le mani l'enorme testa deformata. Guardando quelle immagini lo storico della salute può compiere quella che Mirko Grmek e Danielle Gourevitch definiscono «iconodiagnosi» e decifrare quel-

le scene straordinarie e uniche che fanno ormai parte di una sorta di "Atlante dei mali scomparsi o in via di eliminazione nei paesi più ricchi".

In quadretti dipinti dal secolo XV al XIX il sofferente è ritratto mentre indica l'arto ammalato che sporge da sotto le coperte, oppure il cieco si tocca con l'indice gli occhi per indicare il ritorno della vista, il muto si sfiora le labbra e l'idropico si tocca il ventre tumefatto. Una serie di ex voto mostra soltanto la parte del corpo per la quale si era ottenuta la guarigione: una selva di occhi, braccia, mani, piedi, mammelle, organi genitali ed altri ancora. Queste immagini testimoniano la diretta discendenza delle tavolette votive dai più antichi *donaria* etruschi, greci e romani costituiti dalla riproduzione in terracotta degli organi risanati, offerti alla divinità taumaturgica come "scambio simbolico". In altri dipinti, accanto al risanato, sono raffigurati oggetti simbolici: come il rospo, che denota patologie uterine, o il cuore, emblema totipotente che con il tempo si è sostituito alle rappresentazioni di altri organi.

Con il secolo XIX, con l'aiuto del microscopio, lo sguardo medico si fa sempre più penetrante passando dall'organo al tessuto e dal tessuto alla cellula, per poi arrivare dal secolo XX alla molecola. Anche questi passaggi sono puntualmente presenti nei quadretti votivi che spesso nelle didascalie raccontano, a modo loro, le diagnosi di malattia e a volte contengono referti medici e persino preparati istologici o tessuti prelevati dalle sedi devastate dal male nell'intento di persona-

lizzare il più possibile la vicenda subita da chi ha donato il dipinto.

I quadretti votivi forniscono anche utili indizi per comprendere come nel pensiero medico si è trasformata l'interpretazione di alcuni quadri morbosi e come questi cambiamenti si sono trasferiti nel sentire comune. Nel caso particolare dell'"isterismo", ad esempio, si passa dall'antica concezione magica di alterazione della salute causata dal possesso demoniaco, testimoniata sulla scena dall'esorcismo operato dal sacerdote, alla convinzione scientifica che alla base del comportamento anomalo vi siano disturbi cerebrali per cui a soccorrere il malato, dalla fine del secolo XIX, è il medico rappresentato con i suoi attributi: tuba, bastone e valigetta. Bisogna però tenere ben presente che negli ex voto il ruolo del personale sanitario (medici, chirurghi, infermiere, levatrici, etc.) accanto al letto del paziente non è quello di guaritore "efficace" ma, piuttosto, di testimone privilegiato che attesta l'eccezionalità dell'avvenimento descritto e la constatazione dei limiti della scienza. Per il devoto che offriva il dipinto votivo la guarigione era dovuta unicamente alla intercessione soprannaturale, mentre le risorse della medicina e della chirurgia si erano mostrate inefficaci.

Sulla scena possono essere mostrate anche le "tecniche" diagnostiche e curative messe in opera per ristabilire la salute dei pazienti, dapprima al loro domicilio e, a partire dalla seconda metà del secolo XIX, anche in ospedale. All'osservazione della matula (uno specifico vasetto di

vetro) con le urine del malato, fa seguito la palpazione del polso, la percussione e l'auscultazione di torace e addome, fino alla radioscopia e alla moderne TAC e Risonanza Magnetica. Tra le pratiche terapeutiche più raffigurate va senza dubbio ricordata la "cavata di sangue", rimasta in auge fino alla prima metà dello scorso secolo, ottenuta attraverso il salasso, le sanguisughe e la coppettazione. Accanto al letto del malato ci sono anche le siringhe per praticare i clisteri e successivamente le iniezioni, i flaconi di medicine, i mattoni e le borse di acqua calda per spegnere l'infiammazione e togliere il dolore, il ghiaccio per abbassare la febbre e curare il tifo addominale e le polmoniti, le fasciature, i bendaggi, le vasche per i bagni in acqua medicata, i cinti erniari, le stampelle, fino ai più moderni apparecchi per l'aerosolterapia e l'elettroterapia, alle provette, segno di ringraziamento esplicito per le nascite ottenute tramite la fecondazione medicalmente assistita, e ai caschi per l'ossigeno nelle rianimazioni per i pazienti con polmonite da Covid-19. La loro presenza serve a rinforzare in chi guarda il dipinto l'impressione della loro inefficacia di fronte alla guarigione ottenuta unicamente per intercessione divina e sono anche un indicatore concreto dell'esperienza di sofferenza fisica del devoto.

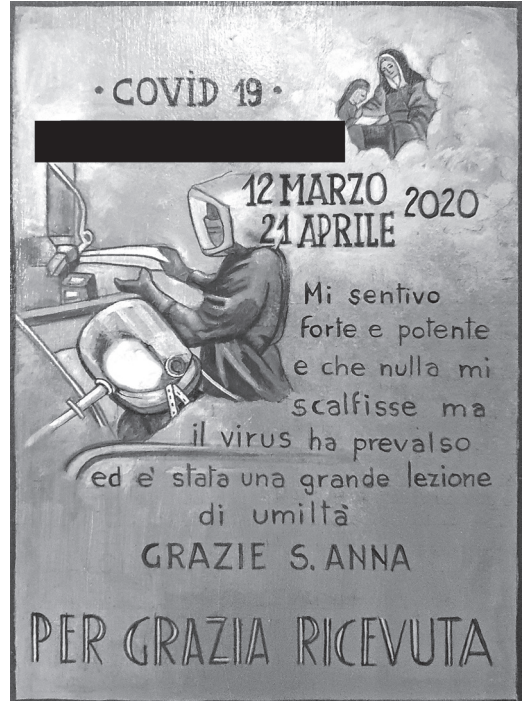
Un'attenta lettura degli ex voto permette anche di identificare i momenti in cui si verifica un cambio di mentalità nei riguardi di alcune pratiche mediche. Un caso esemplare è quello della posizione della partorientente durante il travaglio che

passa da quella verticale, sul letto o sulla sedia da parto, a quella supina. Mentre nei testi di ostetricia tale passaggio è già indicato e descritto a partire dal secolo XVI, nella pratica popolare questo si realizza soltanto tre secoli dopo e trova un puntuale riscontro in alcuni dipinti votivi donati per la buona riuscita di un parto difficoltoso.

Negli ex voto è rappresentato anche il ricorso a pratiche di cura che non appartengono alla medicina "ufficiale", ma sono da sempre patrimonio della cultura cattolica o della cosiddetta medicina "popolare". Abbiamo già ricordato il ricorso all'esorcismo, ma si possono menzionare anche alcuni malati rappresentati mentre applicano sulla parte dolente particolari reliquie o statue ritenute taumaturgiche, oppure rosari, scapolari, brevi, santini o altre cose tenute accanto a oggetti sacri che trasmettono perciò alla zona danneggiata il potere salvifico accumulato. Alcuni ex voto conservati in santuari del Sud Italia testimoniano, inoltre, la consuetudine di ricorrere a complesse danze rituali per guarire dal tarantismo, lo stato di debilitazione che si credeva fosse determinato dal morso della tarantola.

2. Il vissuto di malattia

L'aspetto che viene maggiormente messo in mostra nel dipinto votivo è comunque sempre lo stato d'animo di colui che subisce l'attacco improvviso del male e si affida all'intervento soprannaturale per ottenere la guarigione. Persino quando la rappresentazione del male è ormai



1. Tavoleta votiva di un paziente guarito dalla Covid-19. 2020. Vinadio (CN), Santuario di S. Anna (dal blog di Renato Grimaldi). Per motivi di rispetto della privacy, il volto e il nome del donatore sono stati oscurati nell'immagine.

giunta all'ultimo stadio, con il moribondo che sta ricevendo l'estrema unzione, i gesti del graziato denotano sempre la sua fede e la speranza nell'intervento divino che lo manterrà in vita. Il suo sguardo è rivolto all'immagine sacra che lo accetta ricambiandolo, le sue mani sono giunte in una preghiera silenziosa, tutta la sua famiglia è inginocchiata ed orante vicino a lui ad esprimere il sentimento condiviso di devozione e richiesta di intercessione.

Anche se le immagini che mostrano il risanato che ringrazia per essere scampato al male svelano spesso impietosamente i gravi danni rimasti (gli arti mancanti,

le piaghe del corpo, la copiosa perdita di sangue, etc.) questi segni sono solo le testimonianze vive delle sofferenze patite. La vera “guarigione”, per la quale si donava l'ex voto, non era l'incolumità del corpo ma il fatto che si era comunque sopravvissuti, riuscendo a ricostruire un equilibrio che permetteva ancora una volta di continuare ad occupare un posto nel mondo e in primo luogo nella propria famiglia e nella comunità di cui si faceva parte.

Il motivo della grazia ricevuta può perfino risultare la “buona morte” del sofferente, come nel caso di bambini con gravi malformazioni incompatibili con la vita che muoiono rapidamente o di anziani che, colpiti da un male grave e improvviso, hanno comunque avuto il tempo prima di morire di ricevere i sacramenti e trasmettere ai familiari le proprie ultime volontà.

Nei dipinti votivi trova spazio anche la raffigurazione del sentimento di protezione dei genitori nei confronti dei propri figliolotti nati morti, testimoniato dalle scene che riguardano la loro risurrezione momentanea, ottenuta con particolari rituali religiosi, per poter conferire loro il battesimo che ne permetteva la sepoltura in terra consacrata scongiurandone la dannazione dell'anima.

In alcuni casi, soprattutto nei secoli XIX e XX, la grazia ottenuta era il raggiungimento della “guarigione spirituale” degli atei ossia la loro riconciliazione con la fede cristiana, spesso ricevuta in punto di morte attraverso la mediazione di un religioso.

A volte le didascalie che compaiono sulla scena ci permettono di comprendere meglio come il devoto viveva la malattia svelandone la “autopatografia”, ossia la storia clinica e personale delle vicende subite. Per meglio comprenderne l'importanza se ne trascrivono tre che compaiono in ex voto dipinti della collezione del santuario della Madonna del Monte di Cesena. La prima è dipinta in una tavoletta della seconda metà del XV secolo dov'è raffigurato un giovane inginocchiato che prega verso l'immagine della Madonna e indossa un elegante farsetto bianco dal quale spuntano lunghi nastri rossi svolazzanti. Ci svela che si tratta di «Io Bernardino de Perusia esendo nel Ferarese, al[l]a Stellata circha a 8 de zugno me amalai de febre terciana e non trovano rimedio [mi] ricoma[n]dai ala gloriosa Vergine Maria del Monte [per guarire] ... [d]a det[a] infirmità de ... [Feci] uno voto di ... [F]ato el voto fui li[berato]». Sappiamo così che l'uomo raffigurato era Bernardino da Perugia, guarito dalla malaria che aveva contratto a Stellata, una zona paludosa vicino a Ferrara. I nastri che escono dal suo vestito potevano essergli serviti per «trasferire» la sua malattia alle viti, com'era consuetudine della medicina popolare in Romagna. La seconda didascalia è in un ex voto coevo del precedente dove è raffigurato un ammalato, disteso nudo a letto, con il capo sollevato su un cuscino, gli occhi chiusi, il viso gonfio e cianotico incorniciato da una cuffia da notte rossa e con le braccia abbandonate sulla coperta. Ci racconta che si riferisce a «Francesco Fiastro d[e]l fiorentino piacere de l[a]. M[agnifica] C[omunità]



2. Berardino da Perugia guarito dalla malaria. Seconda metà del XV secolo. Cesena, Abbazia della Madonna del Monte.

de Cesena esendo i[n] caxo de morte feci la caligianar feci vodo a la nostra Dona: subito fui liberato». L'uomo graziato era quindi una guardia della magnifica comunità di Cesena, ormai ridotto in punto di morte da un probabile edema polmonare che ne aveva causato la cianosi e la tumefazione del volto, guarito per intervento della Madonna del Monte. L'ultima didascalia ci permette la lettura di una tavoletta della prima metà del secolo XVI che riguarda un esorcismo riuscito. Vi sono raffigurati un uomo in piedi dalla cui bocca escono



3. Francesco Fiastro guarito dall'edema polmonare. Seconda metà del XV secolo. Cesena, Abbazia della Madonna del Monte.

ben sette diavoli e vicino a lui pregano il fratello e la madre. Davanti a loro c'è la basilica di Loreto, con i due campanili e la Madonna ivi venerata, e, alle loro spalle, un'immagine idealizzata della Madonna del Monte di Cesena. La didascalia è dipinta sul muro della basilica e spiega che «Sia noto come mi / Zuane Milanese esendo indemenato / et stete così uno anno esende scongiurato [ossia esorcizzato] da uno prete / con grande fadigha lui [ha] Maria liberato / ma mia madre et mi fradele me ari comandò a / Santa Maria de



4. Giovanni da Milano guarito dalla possessione diabolica. Primi decenni del XVI secolo. Cesena, Abbazia della Madonna del Monte.

Lorede et a Santa Maria del Monte de Cesena / Per me che andaria uno ane tapine manifestande questo miraculo et portarli uno calixe d'ariento a ciascaduna di ditte madonne e a far dire s. messe a Lorede per quelli che [patiscono]». Si tratta quindi di Giovanni da Milano, guarito dalla possessione diabolica che l'aveva afflitto, che compie il pellegrinaggio a Loreto e alla Madonna del Monte portando per riconoscenza la tavola votiva e un calice d'argento a ciascun santuario.

3. Malattia e società

Sulla scena dipinta compaiono a volte anche i segnali di come la malattia veniva

interpretata dalla società in cui viveva l'offerente. Ciò è evidente fin nello "spazio celeste", ossia la fascia superiore del dipinto dove appaiono, circondati dalle "nuvole epifaniche" le madonne e i santi intercessori invocati. Nel caso della guarigione da patologie ritenute contagiose, all'immagine di San Sebastiano trafitto dalle frecce, che simboleggiano il contagio per via aerea, si affianca a partire dal secolo XVII quella di San Rocco, che mostra i bubboni inguinali della peste e indica il cane fedele che gli ha portato i mezzi di sostentamento che gli hanno permesso di sopravvivere in una grotta. La figura di questo santo simboleggia proprio il passaggio dalla sofferenza "pubblica", come quella di San



5. Guarito da tifo petecchiale. Seconda metà del XVI secolo. Cesena, Abbazia della Madonna del Monte.

Sebastiano evidente a tutti, a quella “privata”, vissuta volontariamente e consapevolmente isolandosi dal consorzio umano per ridurre il rischio di contagio.

Il sentimento “collettivo” del rendimento di grazia per lo scampato pericolo da gravi “pestilenze” (ossia malattie epidemiche gravi come peste bubbonica, colera, vaiolo e difterite) è ben evidente negli ex voto e nei gonfaloni dedicati ai santi patroni fatti dipingere da comunità o da corporazioni dove spesso sono ben rappresentati anche i lazzaretti, luoghi adibiti alla cura dei malati e all’osservazione dei viandanti provenienti da zone dove si era già diffuso il contagio.

Alcuni dipinti del secolo XVI hanno come oggetto del ringraziamento l’aver

superato le difficili e pericolose quarantene. Il loro schema assomiglia molto a quello delle coeve “fedi di sanità” dove in alto campeggia il santo patrono della città nelle quali sono state rilasciate e in basso sono scritti i dati identificativi del soggetto che da quel luogo proviene e vuole transitare altrove, antesignane dei nostri documenti di autocertificazione e *green-pass*.

Nel sentire popolare, inoltre, era molto diffusa la convinzione che fosse meglio contrarre una malattia infettiva nell’infanzia piuttosto che in età adulta, quando le complicazioni sono spesso più gravi. Alcuni dipinti votivi, donati per la guarigione di patologie infettive dell’infanzia come vaiolo e morbillo, mostrano letti

dove sono accolti numerosi bambini e probabilmente, agli ammalati erano mescolati anche coloro che ancora non avevano preso la malattia per sottoporli in tal modo ad una sorta di precoce “vaccinazione” naturale.

In tutte le società, compresa la nostra, gli ex voto per guarigione da malattia testimoniano il triplice ricorso del malato alle cure che fanno parte dell’universo “popolare” (dai rimedi casalinghi ai guaritori), della medicina “ufficiale” (dal medico condotto allo specialista universitario) e dell’intervento divino soprannaturale. Questa commistione si esplica in maniera diversa in ogni devoto, rispecchiandone la mentalità e svelandoci il significato da lui dato a questi tre affidamenti. Ci permette, inoltre, di comprendere come l’ex voto possa testimoniare non solo l’importanza della divinità salvifica ma anche il credito dei medici consultati. La loro presenza sulla scena come “ comprimari ” della guarigione contribuisce ad aumentarne la notorietà e rende l’ex voto simile agli antichi attestati di guarigione sbandierati dai “cerretani” per ottenere il permesso di spacciare i loro “secreti” sulle piazze.

Anche oggi che la scienza medica ha raggiunto successi inattesi i medici sanno bene quanto sia necessario mantenere viva nei pazienti affetti da patologie gravi e croniche una ragionevole speranza di guarigione. Non è perciò infrequente che alcuni di loro indichino il ricorso a pratiche di cura che non appartengono alla moderna “medicina basata sulle prove di efficacia” ma che rientrano nel campo

della spiritualità, come ben documentato in alcuni santuari quali quello della Beata Vergine del Rosario di Pompei e di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe a Napoli. In questo caso saranno soprattutto le testimonianze dirette dei malati, orali o scritte, a completare il racconto raffigurato nei dipinti votivi da loro donati e a rivelarci in maniera più precisa il loro vissuto di malattia e il bisogno di affidarsi alla divinità.

4. Indicazioni bibliografiche

Sui dipinti votivi presenti in Italia, in ordine cronologico: A. Ciarrocchi, E. Mori, *Le tavolette votive italiane*, Udine, Bestetti, 1960; P. Toschi, *Bibliografia degli ex voto italiani*, Firenze, Olschki, 1970; P. Clemente et al., *Pittura votiva e stampe popolari*, Milano, Electa, 1987; A. Turchini, *Ex Voto*, Torino, Arolo, 1992; A. M. Tripputi, *Bibliografia degli ex voto*, Bari, Malagrindò, 1995; R. Grimaldi, *Ex-voto d’Italia. Strategie di comportamento sociale, per grazia ricevuta*, Milano, Franco Angeli, 2020 e G. Cerasoli, *Storie dipinte di grazie ricevute*, Bologna, Biblioteca Clueb, 2021.

Sull’importanza dei dipinti votivi per la storia della salute: P. Capparoni, *La persistenza della forma degli antichi “Donaria” anatomici negli “ex voto” moderni*, in «Bollettino dell’Istituto Storico Italiano dell’Arte Sanitaria», 7, (1927), pp. 39-57; L. Kriss-Rettenbeck Lenz, *Ex voto*, Zurich, Buchclub Ex Libris, 1974; W. Theopold, *Votivmalerei und Medizin. Kulturgeschichte und Heilkunst im Spiegel der Votivmalerei*, München, Verlag Karl Thieme, 1978; B.

Cousin, *Le miracle et le quotidien. Les ex-voto provençaux images d'une société*, Aix en Provence, Societes, Mentalites, Cultures, Université de Provence, 1983, pp. 100-114; V. A. Sironi, A. Turchini, *Malattia, medicina e cultura popolare: dati emergenti dalla lettura di un campione di tavolette votive italiane del XV, XVI, XVII, XVIII, XIX e XX secolo*, in *Medicina e storia. L'antimedicina e la diagnostica strumentale nella storia del pensiero medico*, a cura di O. Galeazzi, Ancona, Il lavoro editoriale, 1986, pp. 213-222; A. Turchini, *La malattia dipinta. Suggestioni e immagini della salute negli ex-voto*, in *Sanità e Società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Secoli XVI-XX*, a cura di A. Pastore, P. Sorcinelli, Udine, Casamassima, 1987, pp. 133-163; V. A. Sironi Vittorio, *La figura dell'epilettico negli ex voto dipinti italiani*, in «Bollettino Lega Italiana Epilettici», 66-67, (1989), pp. 395-398; M. D. Grmek, D. Gourevitch, *Les maladies dans l'art antique*, Paris, Fayard, 1998 e G. Cerasoli, *La narrazione delle malattie nelle tavolette votive*, in *Per grazia ricevuta. Atti del convegno "Gli ex voto dell'Abbazia di Santa Maria del Monte in Cesena: fede ed espressione comunicativa". Cesena, 27 maggio 2017*, a cura di P. Altieri, P. Turrone, Cesena, Il Ponte Vecchio, 2018, pp. 39-73.

Sulla loro interpretazione antropologica: G. B. Bronzini, *"Ex voto" e cultura religiosa popolare. Problemi di interpretazione*, in «Rivista di storia e letteratura religiosa», 21, (1985), pp. 3-27; *Ex voto tra storia ed antropologia. Atti del convegno omonimo, Roma, Museo Nazionale delle Arti e Tradizioni Popolari, 15-16 aprile 1983*, a cura di E. De Simoni, Roma, De Luca, 1986; G. B.

Bronzini, *Fenomenologia dell'ex voto. Il caso Puglia*, in Idem, *Ex voto e santuari in Puglia I. Il Gargano*, Firenze, Olschki, 1993, pp. 1-27; V. M. Spera, *Ex voto tra figura e parola*, Perugia, Gramma, 2010 e D. Ferraris, *Ex voto. Tra arte e devozione*, Padova, Libreria Universitaria, 2016; D. Borriello, *Raccontare la grazia tra Ottocento e Novecento*, in «EtnoAntropologia», 4, (2016), pp. 29-46; H. Sanità, *Il desiderio di maternità fra biopolitica e devozione. Un'etnografia napoletana presso il Santuario di Santa Maria Francesca delle cinque piaghe*, in «Antropologia Medica», 41-42, (2016), pp. 251-278.

Sitografia: R. Grimaldi, blog sugli ex voto italiani disponibile al sito: <https://www.youtube.com/channel/UC0ZUxlSOLzZSAPLX2IZdpYQ>; B. Cousin, ex voto della Provenza disponibili al sito: <http://exvoto.mmmsh.univ-aix.fr>; G. Meriana, ex voto della Liguria disponibili al sito: <http://www.italiavotiva.it>; Regione Friuli Venezia Giulia, ex voto del Friuli Venezia Giulia disponibili al sito: <http://ipac.regione.fvg.it/asp> (siti consultati in data 26 ottobre 2021).

**Lo stigma della guerra.
Tubercolosi e follia di guerra in Italia durante
e dopo la prima guerra mondiale nella visione
dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed
Invalidi di Guerra (ANMIG)**

DI

UGO PAVAN DALLA TORRE

Il recente centenario della Grande Guerra ha costituito un'utile occasione per analizzare alcuni aspetti di quel conflitto meno conosciuti o meno approfonditi, come le malattie endemiche in Italia e nelle trincee, le molte malattie che i soldati contrassero al fronte e nelle retrovie durante il conflitto e le conseguenze sociali ed economiche di quelle malattie. La ricerca storiografica si è concentrata in particolare su follia di guerra e tubercolosi, due patologie che segnarono profondamente l'esperienza della guerra italiana perché colpirono i soldati mobilitati ed ebbero gravi ripercussioni sulla loro vita sociale successiva alla smobilitazione; perché costituirono una pesante eredità sanitaria del conflitto ed un notevole onere assistenziale; perché diventarono un elemento simbolico di stigmatizzazione e, nell'ambito del mondo combattentistico, anche un elemento utilizzato per delegittimare determinate esperienze

belliche o, più precisamente, per definire con maggiore chiarezza l'ambito di legittimità dell'esperienza bellica.

La tubercolosi, come peraltro la malaria, era una malattia endemica in Italia, ma all'inizio degli anni Venti Alberto Lutrario, Direttore Generale della Sanità Pubblica, utilizzò una definizione più incisiva, definendola una «malattia sociale»¹: durante la guerra mondiale la tubercolosi aveva colpito molti soldati e aveva accresciuto la sua diffusione nel Paese, assumendo una dimensione nuova nella società italiana². I medici militari, data la scarsità di apparecchiature per effettuare analisi radiografiche nei distretti

1 Direzione generale della sanità pubblica, *Relazione del Direttore generale della sanità pubblica dott. Alberto Lutrario al Consiglio superiore di sanità nella sessione ordinaria del giugno 1922*, Roma, SPER, 1922.

2 T. Detti, *Stato guerra e tubercolosi. 1915-1922*, in *Storia d'Italia. Annali VII: Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984.

e data la stringente necessità di reclutare il maggior numero possibile di richiamati, avevano dichiarato abili e avevano arruolato molti soggetti già colpiti, anche se in forma lieve o non facilmente diagnosticabile, dal morbo: questa fu la prima causa della diffusione della malattia nei ranghi dell'esercito. Il clima rigido e umido di molte aree su cui insisteva il fronte; le pessime condizioni igieniche delle trincee e il sovraffollamento dei luoghi di combattimento; il concetto di mascolinità, che portava a sottostimare la gravità di alcune malattie e ad ignorare gli aspetti fondamentali della prevenzione³, contribuirono ulteriormente alla diffusione della malattia e all'aggravamento delle condizioni dei singoli malati.

La follia di guerra, le cui prime manifestazioni erano apparse durante il conflitto russo-giapponese⁴ e la cui incidenza aumentò notevolmente nel corso della Grande Guerra a causa delle tremende condizioni in cui si trovarono a vivere e a combattere i soldati, venne codificata come patologia legata all'esperienza bellica durante la prima guerra mondiale e nell'immediato dopoguerra. L'approccio clinico ed assistenziale a questa malattia fu però molto diverso rispetto a quello della tubercolosi, che, seppur grave, costituiva una patologia nota e dalla quale

era anche possibile guarire. Difficilmente infatti la follia di guerra veniva riconosciuta come causata o derivante dal conflitto, inoltre chi aveva subito un trauma psicologico di questa natura veniva di norma ricoverato negli ospedali psichiatrici, nei "manicomi", dove si praticavano cure molto generiche, non calibrate sulle specifiche esigenze di questo tipo di malattia⁵. I soldati colpiti da follia di guerra vennero di fatto dimenticati, soprattutto durante il fascismo, quando tutta la questione della malattia mentale venne tenuta sotto silenzio. Questi, in estrema sintesi, gli aspetti che consentono di analizzare l'approccio – clinico e sociale – verso queste malattie durante la guerra.

Gli aspetti più rilevanti e più interessanti dal punto di vista della ricostruzione storiografica del rapporto fra salute e malattia e fra patologia e società, e per l'analisi della stigmatizzazione di alcune patologie, riguardano però il dopoguerra. In via preliminare è utile ricordare che lo Stato italiano aveva deciso di prendere in carico la cura sanitaria e la tutela sociale dei mutilati, degli invalidi e dei combattenti della guerra, istituendo a questo fine due nuovi enti pubblici, l'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli Invalidi di Guerra (ONIG)⁶ e

3 H. Phillips, *Influenza Pandemic, in 1914-1918-online. International Encyclopedia of the First World War*, Berlino, Freie Universität Berlin, 8 ottobre 2014, disponibile al sito: https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/influenza_pandemic.

4 A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991.

5 A. Scartabellati, *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Torino, Marco Valerio, 2008; I. La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Milano, Unicopli, 2015.

6 Dopo una discussione cominciata nel 1916, il Parlamento promulgò la legge n. 481 del 25 marzo 1917, con la quale venne istituito il nuovo ente.

l'Opera Nazionale Combattenti (ONC)⁷, e lavorando ad una profonda revisione della legislazione assistenziale, in particolare alla riforma del sistema delle pensioni di guerra⁸. Con questi provvedimenti lo Stato italiano avocava a sé l'azione assistenziale verso i reduci che, fino a quel momento, era stata svolta prevalentemente da enti privati⁹. Oltre a questa novità ve ne fu un'altra, altrettanto rilevante: la nascita dell'associazionismo fra reduci. Il 29 marzo 1917 venne fondata l'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG), associazione che si prefisse di rappresentare, di fronte allo Stato e ai nuovi enti assistenziali, gli interessi dei mutilati e degli invalidi. Per la prima volta nel nostro Paese delle persone menomate nel loro fisico o nella loro salute costituirono una associazione, scegliendo di gestirla senza l'ausilio di persone "sane". Nel 1918 l'ANMIG diede vita all'Associazione Nazionale Combattenti (ANC), allo scopo di associare la maggioranza dei reduci della Grande Guerra¹⁰.

Per quanto riguarda l'assistenza e la cura della tubercolosi, l'azione assistenziale dello Stato italiano si focalizzò sul potenziamento della rete dei sanatori esistenti e nella costruzione di nuove strutture di cura, effettuata anche col sostegno e la collaborazione di enti privati come la Croce Rossa Italiana¹¹. Assistere i malati di tubercolosi era però una questione molto complicata, sia per la difficoltà di gestire una malattia altamente contagiosa, per la quale mancavano delle cure efficaci e che necessitava di apposite strutture per la cura dei malati, sia per la natura altamente invalidante della patologia stessa e delle cure utilizzate per tentare di debellarla¹². Sulla follia, o "alienazione", vi erano poche notizie cliniche disponibili anche perché, come si è visto, i medici non sempre riconoscevano la reale gravità della malattia e, soprattutto, tendevano a slegare la malattia dall'esperienza della guerra, quasi negando che si trattasse di casistiche specifiche. I manicomi dove questi soldati venivano ricoverati erano

7 L'ONC venne istituita con Decreto n. 1970 del 10 dicembre 1917.

8 Il sistema delle pensioni di guerra venne riformato nel 1923. Si veda F. Quagliaroli, *Risarcire la nazione in armi. Il Ministero per l'assistenza militare e le pensioni di guerra (1917-1923)*, Milano, Unicopli, 2018. Importante anche la legge sul collocamento obbligatorio degli invalidi di guerra, nel 1921. Su questo aspetto G. Fumi, *Politiche del lavoro e portatori di handicap: il collocamento obbligatorio (1917-1968)*, in S. Zaninelli, *Il lavoro come fattore produttivo e come risorsa nella storia economica italiana*, a cura di M. Taccolini, Milano, Vita e Pensiero, 2002.

9 In particolare dai Comitati di Assistenza, sorti ad opera di privati cittadini in molte città e in diversi piccoli centri.

10 Prima della fondazione dell'ANMIG vennero fon-

date altre associazioni, che ebbero però diffusione prevalentemente regionale. Dopo la conclusione delle ostilità vennero fondati altri sodalizi, fra i quali la Lega Proletaria. Si vedano G. Sabbatucci, *I combattenti nel primo dopoguerra*, Roma-Bari, Laterza, 1974 e G. Isola, *Guerra al regno della guerra! Storia della Lega proletaria mutilati, invalidi, reduci, orfani e vedove di guerra (1918-1924)*, Firenze, Le Lettere, 1990.

11 Sul ruolo assistenziale della Croce Rossa si veda *Le vittime della Grande Guerra e il ruolo della Croce Rossa*, a cura di C. Cipolla, S. Vezzadini, Milano, Franco-Angeli, 2018.

12 Una delle cure utilizzate consisteva nel "pneumotorace artificiale" o "collassoterapia polmonare", basato sull'immissione di ossigeno nella cavità polmonare al fine di eliminare le cause batteriologiche della tubercolosi e che comportava il collasso del polmone e la perdita della sua funzione fisiologica.

percepiti dalla società non come luoghi di cura, ma come luoghi “estranei” in cui, generalmente, si entrava per non uscirne più: alle mancate – o inesatte – diagnosi si aggiungeva una dinamica di stigmatizzazione della patologia mentale e dei luoghi deputati alla cura¹³.

Rispetto a questi temi di natura sanitaria ed assistenziale e di codificazione, anche simbolica, di queste malattie quale fu il ruolo dell’ANMIG? Il contributo dell’Associazione fu duplice. Da un lato esercitò infatti la sua funzione di rappresentanza e di tutela degli invalidi di guerra, partendo dal presupposto che le malattie contratte al fronte e le menomazioni fisiche subite avrebbero dovuto essere trattate come invalidità di guerra. A più riprese, attraverso le colonne del periodico associativo «Il Bollettino»¹⁴, cercò di rendere note le situazioni di invalidità di guerra più gravi; quelle che, essendo molto particolari, non rientravano nella casistica prevista dalla legislazione pensionistica ed assistenziale e dunque non davano diritto all’erogazione di sussidi economici o di prestazioni sanitarie da parte dello Stato. In particolare, nell’ampio contesto delle invalidità di guerra, l’ANMIG definiva

“tragedie” la situazione dei tubercolotici e, pur affrontandola con meno frequenza, quella dei folli. Questi ultimi, notava Anselmo Osti in un articolo pubblicato nel 1922, si trovavano in una situazione paradossale: la menomazione subita rendeva difficile l’organizzazione della loro quotidianità e impediva lo svolgimento di un lavoro proficuo, ma in moltissimi casi la patologia era dichiarata non grave perché il soggetto non era pericoloso per sé o per gli altri e dunque non si riteneva di dover procedere con un ricovero manicomiale che avrebbe garantito al malato, per lo meno, vitto e alloggio. La conseguenza di queste scelte era chiara: questi malati «essendo inabili a lavorare, ribelli a qualsiasi disciplina, trascinano i propri giorni inutili a sé e alle loro famiglie»¹⁵. In molti casi i dementi diventavano alcolisti o cocainomani e potevano rimanere vittime di raptus che li avrebbero portati al suicidio o al delitto. Secondo l’ANMIG l’assistenza materiale di questi invalidi avrebbe dovuto essere a carico dell’ONIG e la cura più indicata avrebbe dovuto essere il lavoro. Le condizioni di molti di questi malati, sosteneva l’autore dell’articolo, peggioravano durante i periodi di ozio e disoccupazione: una occupazione regolare avrebbe certamente giovato alle condizioni generali del malato e, probabilmente, condotto alla guarigione.

Il discorso era il medesimo per i tubercolotici proprio perché secondo l’ANMIG era necessario guardare non solo alle mu-

13 Durante la guerra i Comitati di assistenza avevano svolto un’inchiesta sull’alienazione, interpellando i direttori di alcuni nosocomi. Si veda U. Pavan Dalla Torre, *Tragedie silenziose. I “folli” di guerra nella visione dello Stato Italiano e dell’Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra*, in *Il conflitto, i traumi. Psichiatria e prima guerra mondiale*, a cura di P. F. Peloso, C. Bombardieri, Reggio Emilia, Azienda USL di Reggio Emilia, 2020.

14 Le pubblicazioni del periodico, che divenne la voce ufficiale del Comitato Centrale dell’ANMIG, cominciarono nel 1918.

15 «Il Bollettino», A. Osti, *Le tragedie che non si vedono. Dementi di guerra*, V, 5-6, (1922), p. 8.

tilazioni corporee, ma anche a ciò che era meno visibile¹⁶, poiché l'organismo di molti reduci era minato dalle malattie contratte durante il conflitto e talvolta – come nel caso della perdita di un polmone per i tubercolotici – i malati erano a tutti gli effetti dei mutilati: «I tubercolotici di guerra – sosteneva il primo presidente dell'ANMIG Dante Dall'Ara prendendo la parola ad un convegno sull'assistenza agli invalidi di guerra – sono tra i nostri fratelli più infelici. Essi saranno condannati ad una morte lenta e piena d'angosce»¹⁷. Secondo la dirigenza dell'ANMIG le misure da prendersi, per i tubercolotici – come anche per i cardiopatici e per i dementi – avrebbero dovuto essere “radicali ed ardite”: ogni ritardo ed ogni incertezza in questo ambito avrebbero costituito una colpa nei confronti di questi soggetti. Attraverso le considerazioni proposte dall'Associazione la simbologia dell'esperienza corporea della guerra si arricchiva e si introduceva nella discussione sull'assistenza sanitaria e sociale un parametro di notevole interesse: la visibilità della menomazione. Ed è ulteriormente significativo che quest'ultimo aspetto venisse sottolineato ed utilizzato proprio dagli invalidi e dai mutilati, i quali erano perfettamente a conoscenza della gravità della menomazione derivante da una patologia non immediatamente visibile.

16 E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Verona, Ombre Corte, 2018.

17 *Atti del Primo Convegno per l'assistenza agli invalidi della guerra*, Milano, 16-20 dicembre 1918, Milano, Stabilimento tipografico Adolfo Koschitz e C., 1919, p. 21.

Proprio questa considerazione sul rapporto visibile/invisibile permette di analizzare il secondo atteggiamento – di segno opposto – tenuto dall'ANMIG, che contribuì ad alimentare lo sguardo sospettoso nei confronti di queste due patologie. Nella prassi organizzativa dell'Associazione “tubercolotico di guerra” e “folle di guerra” divennero infatti invalidi paradigmatici di un modo – che si potrebbe definire corporeo¹⁸ – di identificare l'esperienza della guerra e la natura del reducismo. Nella elaborazione della nuova identità collettiva proposta dall'Associazione, l'invalidità doveva essere infatti collegata in maniera indissolubile e senza ombra di dubbio a “fatto di guerra”, cioè a ferimento o a menomazione occorse durante un'azione o durante la permanenza al fronte; e poi percepibile, e quindi in generale visibile, anche se si è visto come questo aspetto non avesse una assoluta predominanza. Nell'ambito di questa visione legittimante, tubercolotici e folli erano sospettati di non essere veri invalidi di guerra: il tubercolotico perché avrebbe potuto già essere malato all'atto del suo arruolamento, il folle perché avrebbe potuto simulare questa patologia per sottrarsi alle fatiche di guerra e per sfuggire alle insidie mortali dei combattimenti. In molti casi, poi, la tubercolosi era diretta conseguenza delle privazioni subite durante la prigionia di guerra e questo era certamente il caso peggiore che potesse capitare ad un ex soldato, almeno dal punto di vista

18 B. Bracco, *La patria ferita. I corpi dei soldati italiani e la Grande Guerra*, Milano, Giunti, 2013.

dei sospetti che aleggiavano intorno a questa patologia. Infatti, oltre al sospetto di tubercolosi contratta prima della guerra o comunque non direttamente collegabile a causa di guerra, vi era anche il sospetto che la prigionia fosse dovuta ad atti di codardia di fronte al nemico o addirittura ad una scelta premeditata al fine di tutelare la propria incolumità.

Queste considerazioni trovavano legittimazione in un substrato di convinzioni ben radicate, avvalorate dagli atteggiamenti sospettosi – soprattutto nei riguardi della follia di guerra – di parte dei medici, militari e civili, e di parte del reducismo e rientravano appieno nella lotta che l'ANMIG, fin dalla sua fondazione, aveva ingaggiato contro i "pescicani" e gli "imboscati". Secondo l'Associazione in quest'ultima categoria rientravano, per estensione, anche coloro che venivano considerati "falsi" invalidi di guerra: gli autolesionisti, veri o presunti, e tutti quei soldati che, avendo subito una menomazione di lieve entità o che avendo subito una menomazione mentre si trovavano nelle retrovie, non avevano diritto al titolo di "invalido di guerra"¹⁹. Oltre che a definire l'appartenenza di un reduce al nuovo gruppo sociale degli invalidi di guerra o la sua esclusione da questo gruppo, il clima di sospetto che aleggiava

intorno a queste due patologie ebbe conseguenze sociali particolarmente rilevanti, soprattutto per i tubercolotici. Essi, infatti, lo si è detto, a causa della contagiosità della malattia dovevano limitare la loro partecipazione alla vita sociale, spesso dovevano anche rinunciare al proprio impiego, sia perché fortemente debilitati dalla malattia sia per evitare di contagiare i colleghi. Qualora poi non fosse stata confermata la relazione fra la loro malattia e la partecipazione alla guerra, gli ex soldati non avrebbero potuto ricevere nemmeno la pensione di guerra e le cure mediche previste per gli invalidi di guerra.

Avvolti da un clima di sospetto e guardati con un certo scetticismo anche dalla principale associazione che aveva come compito statutario la tutela degli invalidi di guerra, i tubercolotici costituirono una loro associazione, l'Associazione Tubercolotici di Guerra²⁰, nel tentativo di ottenere maggiori provvidenze da parte degli enti statali e maggiore legittimità agli occhi della società. Nonostante l'impegno profuso, il nuovo sodalizio stentava a raggiungere dimensioni ed organizzazione paragonabili a quella delle altre associazioni fra invalidi, sia perché rappresentava solamente coloro la cui invalidità derivava da una patologia molto specifica, sia perché molti tubercolotici di guerra si sentivano rappresentati dall'ANMIG e dalle associazioni già esistenti: in molte regioni la Tubercolotici non era operativa, in altre era presente solamente nelle grandi città.

19 Le tabelle delle lesioni delle pensioni di guerra erano divise in dieci categorie. Le menomazioni inserite nelle prime otto davano diritto ad una pensione vitalizia, quelle inserite nelle ultime due ad un assegno *una tantum*. Pochi mesi dopo la fondazione dell'ANMIG il Comitato Centrale aveva discusso sulla possibilità di negare a chi aveva subito menomazioni classificate nella nona e decima categoria la possibilità di far parte del sodalizio.

20 Su questa associazione, fondata nel 1920, mancano studi storiografici specifici.

La situazione di questi invalidi, come si è visto, era però intrinsecamente grave e il nuovo sodalizio ebbe buon gioco nello sfruttare il malcontento di coloro che venivano esclusi o mal visti dalle associazioni esistenti, sollecitandoli ad associarsi e a reclamare delle condizioni assistenziali migliori. Tuttavia, le modalità organizzative e di azione di questa nuova associazione ingeneravano ulteriori sospetti e nuovi contrasti nel mondo del reducismo. Infatti molto spesso, cercando di ottenere maggiore visibilità tramite appoggi politici, il sodalizio si appoggiava ad esponenti della sinistra parlamentare, un'area politica alla quale la maggioranza dei reduci non guardava con simpatia sia perché riteneva che non avesse sostenuto adeguatamente lo sforzo bellico del Paese sia perché temeva il verificarsi di fatti rivoluzionari simili a quelli accaduti in Russia: una situazione che certamente non favoriva la distensione dei rapporti fra le diverse componenti del reducismo. Anche a causa di queste tensioni le attività della Tubercolotici erano particolarmente floride in aree geografiche che dopo la conclusione delle ostilità risultavano problematiche, come Trieste. Nel primo dopoguerra in questa città convivevano, oltre alle diverse nazionalità già presenti durante il dominio austro-ungarico, anche reduci che avevano militato in eserciti contrapposti: italiani e slavi che avevano combattuto nelle fila delle forze armate austro-ungariche, italiani che si erano invece battuti nell'esercito italiano. L'eterogeneità del reducismo triestino, oltre a rendere difficoltosa l'organizzazione delle associazioni, fomentava accuse reci-

proche: l'ANMIG, ad esempio, sosteneva che gli uffici locali dell'ONIG erano monopolizzati dalla componente slava, la quale recriminava un trattamento assistenziale peggiore di quello riservato agli italiani. L'azione dell'Associazione Tubercolotici si inseriva in questa situazione di grande complessità, facendo leva su una molteplicità di malcontenti e di marginalizzazioni.

Con il passare degli anni e poi con l'avvento del fascismo il reducismo e il combattentismo italiani andarono incontro ad una forzata "normalizzazione" che ebbe come esito la soppressione di diverse associazioni e, soprattutto, l'ufficializzazione – a tutto vantaggio del regime – della retorica e dei simboli della guerra. Ciò comportò, fra le altre cose, anche l'esclusione dal discorso pubblico di patologie come la follia di guerra e di esperienze belliche come la renitenza alla leva o la prigionia di guerra, durante la quale molti soldati avevano contratto la tubercolosi. Si perpetuava così lo stigma nei confronti della tubercolosi, mentre la follia di guerra subì una ulteriore marginalizzazione, che mutò lo stigma già esistente in oblio.

Ricerche in corso

Aids e tossicodipendenza. Le politiche di riduzione del danno in Italia tra provvedimenti legislativi e impegno sociale

DI

MARIA ELENA CANTILENA

Dalla legge 685/1975 alla riduzione del danno: storia di un dibattito aperto

Il presente contributo espone i primi risultati di una ricerca in corso, dedicata al dibattito sulle politiche di riduzione del danno sviluppatosi in Italia negli anni Ottanta e Novanta in risposta alla diffusione dell'Aids tra i tossicodipendenti.

A partire dalla fine degli anni Sessanta era gradualmente aumentato il consumo interno di stupefacenti, soprattutto di canapa e derivati e di oppiacei. Il fenomeno aveva innescato un vivace dibattito pubblico, durante il quale si erano espressi giornalisti, politici, gruppi giovanili, religiosi e professionisti del settore sanitario, producendo un aggiornamento legislativo. La legge 685/1975, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza,

approvata ad ampia maggioranza, considerava la tossicodipendenza come una malattia, prevedeva la depenalizzazione per uso personale di modiche quantità e predisponeva l'organizzazione di servizi regionali socio-sanitari appositi, che si sostituivano al ricovero in ospedale psichiatrico. Nel 1980, inoltre, i decreti del ministro della Sanità, il socialista Aldo Aniasi, avevano definito la possibilità di somministrare il metadone come terapia sostitutiva per il trattamento degli eroinomani.

Questi provvedimenti non esaurivano il dibattito sul tema. Gli anni Ottanta furono infatti segnati da aspre polemiche tra i sostenitori dell'approccio farmacologico e quelli delle comunità di recupero *drug free*, dissidi su cui influivano la lenta e disomogenea applicazione della legge tra i vari territori e l'aumento del

consumo di eroina¹. In questo contesto, si diffuse la sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids), malattia causata dal virus dell'HIV, che colpì soprattutto i tossicodipendenti, a causa delle modalità di assunzione dell'eroina e dei comportamenti sessuali a rischio di coloro che si prostituivano per procurarsi la sostanza. Dal 1° gennaio 1982 al 30 giugno 1994 in Italia furono diagnosticati 23.147 casi di Aids; di questi, circa il 70% era composto da tossicodipendenti, il 60% si concentrava nella fascia d'età 25-34 anni e il rapporto uomini-donne era di 4:1. Nella prima metà degli anni Ottanta, il tasso di letalità della malattia tendeva al 100%; il picco massimo di HIV si registrò tra il 1986-1987, quasi totalmente a carico della popolazione tossicodipendente. Nel 1990, a livello nazionale, più del 30% degli utenti dei SERT risultava affetto da Aids; percentuale che supera il 50% a Milano².

A livello internazionale, nella seconda metà del decennio, si svilupparono degli interventi sperimentali di riduzione del danno. Queste politiche erano costituite da diversi progetti, come la somministrazione di farmaci sostitutivi, la distribuzione gratuita di siringhe sterili e la raccolta di quelle usate. Il loro obiettivo era quello di migliorare le condizioni di vita del tossicodipendente, prevenendo la dif-

fusione del contagio di Aids, di infezioni e overdosi, senza che l'aiuto fosse legato all'accettazione di un programma di disintossicazione³.

In Italia, nel 1990 furono prodotti due importanti aggiornamenti legislativi su droga e Aids, che non si muovevano propriamente in questa direzione. Per contrastare la diffusione dell'Aids, fu approvata la legge n. 135 del 5 giugno 1990, Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'Aids, che individuava i reparti di malattie infettive come luoghi deputati all'assistenza ospedaliera dei malati di Aids. Essa stanziava le risorse per adeguare le strutture ospedaliere, per assumere personale ospedaliero, medico, infermieristico e tecnico, per svolgere corsi di formazione, per attuare l'assistenza a domicilio, per rafforzare i settori collaterali, come i servizi di assistenza per i tossicodipendenti e quelli per le malattie a trasmissione sessuale. Insieme alla legge, veniva approvato il Progetto obiettivo Lotta all'Aids, composto da norme integrative su informazione, ricerca, sorveglianza epidemiologica, sostegno alle attività di volontariato. Venivano, infine, assegnati dei fondi alle Regioni per potenziare i laboratori di analisi, organizzare corsi di formazione e concedere contributi alle associazioni di volontariato.

La legislazione sugli stupefacenti, invece, era di carattere marcatamente puni-

1 Per alcuni dati sull'aumento del consumo di eroina e dei decessi ad esso legato: G. Brunetta, *Morti per droga dal 1973 al 1988*, in «Aggiornamenti sociali», 3, (1989), pp. 237-243.

2 G. Rezza, *Epidemiologia dell'Aids in Italia*, in *Il libro italiano dell'Aids*, a cura di F. Dianzani, G. Ippolito, M. Moroni, Milano, McGraw-Hill, 1994, pp. 4-8.

3 Il libro-manifesto di questo tipo di approccio fu pubblicato in Italia ad opera del Gruppo Abele: *La riduzione del danno*, a cura di P.A. O'Hare, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 1994.

tivo. A pochi giorni di distanza dalla legislazione sull'Aids fu approvata la legge 162/1990, che confluì poi nel Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, DPR 309/1990. Partendo dalla critica alla legislazione del 1975, considerata eccessivamente permissiva, furono introdotti un inasprimento delle pene, anche per i consumatori, e il divieto esplicito di assunzione di droga. Grazia Zuffa, docente di Psicologia delle tossicodipendenze e senatrice per due legislature, ha rilevato come la legge non facesse riferimento all'infezione da HIV e alle condizioni di salute del tossicodipendente, mentre si occupava del problema del contagio da siringhe solo dal punto di vista punitivo, inserendo un reato apposito per il loro abbandono, che prevedeva l'arresto fino a sei mesi⁴. Nel complesso, il provvedimento conteneva importanti inasprimenti delle pene e potenziava gli interventi sanitari, affidati al coordinamento delle Regioni e degli enti locali, prevedendo la collaborazione con enti ausiliari. Esso fu accompagnato e seguito da un acceso dibattito, che spaccò gli schieramenti al loro interno.

Tra i suoi convinti sostenitori, si segnalavano i partiti governativi e il Movimento unitario volontari della lotta alla droga, che contava tra i suoi sostenitori Vincenzo Muccioli, fondatore di San Patrignano, e don Picchi, fondatore del

CeIS. I suoi detrattori, invece, sostenevano che la normativa contenesse forti elementi coercitivi anche sul piano sanitario, mettendo in difficoltà gli operatori e rompendo il rapporto di fiducia con gli utenti. Si formò un vasto ed eterogeneo movimento di opposizione, composto da forze di orientamento cattolico (Acli, Azione cattolica, Gruppo Abele) e sindacali, riunite nel cartello "Educare e non punire". A loro avviso, gli interventi avrebbero dovuto avere come scopo prioritario la prevenzione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti e i provvedimenti penali non avrebbero dovuto pregiudicare il conseguimento di questo obiettivo⁵. Nel 1991, il Coordinamento radicale antiproibizionista (CORA) si fece promotore di un referendum abrogativo, iniziativa alla quale aderirono anche il Gruppo Abele, la Lega italiana per la lotta contro l'Aids (LILA), l'Arcigay, i deputati e i militanti di alcuni partiti politici (Verdi, Rifondazione Comunista, Sinistra Indipendente, La Rete, Partito Democratico della Sinistra), insieme a giornalisti, studiosi e intellettuali⁶. Lo schieramento sostenitore della campagna referendaria era costituito da una pluralità di sogget-

4 G. Zuffa, *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Palermo, Sellerio, 2000, p. 94.

5 *Tossicodipendenza e Aids*, in «ASPE», 10, (1989), p. 20. Tutto il numero era monografico, dedicato all'imminente approvazione della legislazione sulla droga, e dava la parola a operatori di diverso orientamento rispetto al tema.

6 Archivio Radicali Italiani, Conferenza Partito Radicale, *Referendum legge droga*, 26 settembre 1991; Archivio Radicali Italiani, CORA, *Mozione approvata dal consiglio generale del Coordinamento radicale antiproibizionista riunito a Roma il 30 e 31 gennaio 1992*, 31 gennaio 1992; Legge «Jervolino-Vassalli»: cronologia di un fallimento, in «ASPE», 21, (1992), pp. 6-7.

ti, che esprimevano posizioni eterogenee sul tema della legalizzazione delle droghe, condividendo però l'opposizione all'approccio punitivo verso il consumatore. Il referendum, che si svolse il 18 aprile 1993, registrò un'affluenza al voto pari al 77%: il 55,3% dei votanti si dichiarò favorevole all'abrogazione delle sanzioni penali per l'uso personale, che restava soggetto a sanzioni amministrative, e al concetto di "dose media giornaliera" come criterio discriminatorio tra uso personale e spaccio – ritenuto una definizione ambigua e arbitraria. Ai medici veniva riconosciuta, inoltre, la facoltà di stabilire i limiti e le modalità nell'uso di farmaci sostitutivi sulla base delle specifiche esigenze dell'utente, eliminando l'obbligo, per i medici di base, della segnalazione dei loro pazienti ai servizi per le tossicodipendenze⁷.

Due mesi dopo questo voto, si svolse a Palermo la Prima Conferenza Nazionale sulla droga, durante la quale un'intera sessione, presieduta dal sociologo Luigi Manconi e coordinata da Carlo Alberto Perucci, Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, fu dedicata alle politiche di riduzione del danno. Furono presentate diverse esperienze condotte negli anni precedenti su base locale, grazie al lavoro di amministrazioni comunali o gruppi di volontariato. Dagli interventi emerse la necessità di realizza-

re un'integrazione sempre maggiore tra i diversi servizi e tra l'azione pubblica e privata. Perucci stilò una lista di attività previste per la realizzazione di un programma di riduzione del danno efficace, che doveva prevedere la creazione di: unità di strada; centri intermedi di accoglienza; unità mobili di rianimazione e pronto intervento medico; unità mobile per la terapia metadonica; SERT di riferimento; comunità terapeutica; distributori automatici di siringhe; sostegno comportamentale agli operatori; coordinamento organizzativo; valutazione epidemiologica⁸.

Per realizzare questi interventi era quindi necessario perseguire la strada dell'integrazione, della collaborazione e della complementarità dei servizi e di tutte le forze sociali e politiche impegnate nel campo. Questo tipo di politica non veniva accolta in modo pacifico. Mentre il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, la LILA, Magistratura Democratica e Psichiatria Democratica rilasciavano una nota in cui rivendicavano la piena dignità culturale e scientifica di questa politica, all'opposto il MUVLAD, guidato da Muccioli, e alcuni settori del mondo cattolico da tempo impegnati in materia, come don Picchi e don Mazzi, accusavano i sostenitori della riduzione del danno di favorire il consumo di stupefacenti e di abbandonare il tossicodipendente al suo destino, rinunciando al

7 Archivio Radicali Italiani, Radio Radicale, *Referendum legge droga. Conquistare diritto e democrazia*, 2 aprile 1993; *Sette ragioni per dire sì al referendum droga*, in «ASPE», 9, (1993), p. 12; *Referendum: risultati definitivi*, in «Ansa», 20 aprile 1993.

8 *Atti della prima Conferenza Nazionale sulla Droga*, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 1993, pp. 365-460.

conseguimento della disintossicazione come fine ultimo del trattamento⁹.

In Italia, la ricezione di queste politiche si configurava quindi come un processo complesso e non privo di resistenze, che prendeva forma attraverso diversi progetti-pilota condotti su base territoriale. Non mancavano le contraddizioni tra gli stessi sostenitori di queste politiche, ad esempio sulla questione della legalizzazione delle droghe leggere e sulla finalità dei programmi, tra quanti credevano che gli interventi di riduzione del danno servissero a gestire la cronicità della tossicodipendenza e quanti li ritenevano solo una fase necessaria ma transitoria verso la realizzazione di un programma di disintossicazione totale. La loro presenza all'interno della Conferenza sulla droga di Palermo non era quindi priva di ambiguità, ma inseriva comunque queste sperimentazioni all'interno di una cornice istituzionale nazionale, conferendo loro riconoscimento e legittimità, ponendole al centro del dibattito pubblico degli anni a seguire.

Alcune ipotesi interpretative

La ricostruzione della diffusione dell'Aids tra i tossicodipendenti e delle risposte istituzionali elaborate per contrastare i due fenomeni consentono di riflettere su diversi nodi della storia dell'Italia repubblicana. Per prima cosa, è possibile

analizzare come l'impatto dell'Aids abbia contribuito alla diffusione delle politiche di riduzione del danno. Gli interventi all'insegna di questa logica erano stati inizialmente sviluppati all'estero da alcuni gruppi di auto-aiuto di tossicodipendenti, al fine di ridurre i rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti. Nel giro di alcuni anni, le preoccupazioni legate alla diffusione dell'Aids tra questa categoria comportarono una graduale accettazione e promozione della riduzione del danno anche da parte di soggetti istituzionali¹⁰.

Il dibattito nazionale sulla tossicodipendenza, con le accuse di "permissivismo" rivolte alla legge 685/1975, consente di riflettere, inoltre, sull'eredità e sui contraccolpi subiti dalle conquiste degli anni Settanta nel corso del decennio successivo. Il successo di comunità come San Patrignano esprimeva un desiderio di ritorno all'ordine, rappresentato sia dai metodi usati per ottenere i risultati desiderati che dalla centralità attribuita alla figura di Muccioli come padre-patriarca. Questo tipo di esperienze e i principi contenuti nella legislazione del 1990 possono essere considerati espressione di un "solidarismo autoritario"¹¹, il quale, mentre attribuiva maggiore importanza alla

9 C. Cippitelli, *Droga, tossicodipendenti, tossicodipendenza*, disponibile al sito: <http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/zippati/cippitelli.pdf> (consultato in data 06 luglio 2021).

10 Un esempio di questo passaggio è costituito dalla Dichiarazione di Francoforte, un manifesto sottoscritto da diverse città, italiane e straniere, con il quale i comuni chiedevano di poter programmare politiche locali di intervento in tema di tossicodipendenza, finanziando anche progetti di riduzione del danno: *Limitare il danno, rivedere la legge 162. I comuni e la politica sulla droga*, in «ASPE», 1, (1993), p. 20.

11 G. Zuffa, *I drogati e gli altri...*, cit. pp. 98-100.

responsabilità individuale (e quindi alla punibilità) del tossicodipendente rispetto alla dimensione collettiva e alle cause sociali del fenomeno, non rinunciava a imporre in modo coatto i provvedimenti ritenuti più idonei, al costo della violazione delle libertà personali. La varietà delle forme di intervento sviluppate e il dibattito sulla riduzione del danno consentono, però, di evidenziare anche delle continuità tra i due decenni, mostrando un'immagine meno granitica degli anni Ottanta. Il Settantasette è stato considerato l'ultimo dei movimenti con ambizioni generaliste ma, come ha notato Neri Serneri, esso indicò la strada ai movimenti *single-issue* che sarebbero emersi nei due decenni successivi, lasciandovi in eredità una preziosa "energia sociale", composta da militanti sensibili verso una ricca varietà di tematiche e dotati di un'attitudine critica verso la politica¹². L'assistenza a tossicodipendenti e sieropositivi è sicuramente uno dei campi d'intervento nei quali si mostrò l'impegno di queste forze.

In tal senso, già la legge 1975, con gli articoli 93 e 94, aveva riconosciuto l'importanza del lavoro svolto da enti ausiliari e associazioni di volontariato, garantendo loro la possibilità di stipulare convenzioni con le Regioni e di aumentare i loro spazi d'azione negli anni a venire. Nel corso degli anni Ottanta, si moltiplicarono le cooperative e le associazioni, laiche

e confessionali, dedicate all'assistenza dei tossicodipendenti e dei sieropositivi, che si affiancavano alle strutture pubbliche. Questi nuovi soggetti parteciparono attivamente al dibattito pubblico, promossero interventi – in collaborazione o in opposizione alle amministrazioni locali – e contribuirono all'introduzione delle politiche di riduzione del danno in Italia. La ricostruzione di questi percorsi consente così di riflettere sul rapporto tra politica e società civile¹³. L'attivismo di questi gruppi spesso precedeva, sollecitava e influenzava gli interventi statali, mentre l'importanza del loro contributo veniva poi riconosciuta nei provvedimenti legislativi. Si può sostenere quindi che Aids e tossicodipendenza, in virtù della drammaticità delle questioni poste, avessero finito per innescare così un processo di partecipazione democratica, stimolando un impegno condiviso tra associazioni, famiglie, servizi, per elaborare una risposta positiva alla difficoltà.

Questa storia consente, infine, di ragionare sulle trasformazioni avvenute nel settore dell'assistenza, oggetto in quegli anni di importanti ristrutturazioni. La legge 685/1975 conteneva in sé alcuni dei principi enunciati dalla creazione del Ser-

12 S. Neri Serneri, *Il '77 e il lungo '68 italiano*, in *Il movimento del '77. Radici, snodi, luoghi*, a cura di M. Galfré, S. Neri Serneri, Roma, Viella, 2018, p. 52.

13 D. Gobbo, *Il dibattito sul volontariato in Italia. Dal secondo dopoguerra alla legge 266/91*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Siena, a.a. 2013-2014; A. D'Angelo, *Il mondo del volontariato (1980-2010)*, in E. Asquer, E. Bernardi, C. Fumian, *L'Italia contemporanea dagli anni Ottanta a oggi*. Vol. 2. *Il mutamento sociale*, Roma, Carocci, 2014, pp. 323-337; M. Tolomelli, *Azione collettiva e movimenti per i diritti di cittadinanza*, in *L'Italia degli anni Settanta. Narrazioni e interpretazioni a confronto*, a cura di F. Balestracci, C. Papa, S. Mannelli, Rubbettino, 2019, pp. 87-102.

vizio Sanitario Nazionale del 1978. Al tossicodipendente erano stati riconosciuti alcuni diritti, come la scelta del medico dal quale essere seguito e l'anonimato in caso di cura volontaria. I Centri di prevenzione, cura e riabilitazione erano dislocati territorialmente, secondo un principio che intendeva avvicinare il più possibile le strutture sanitarie ai cittadini e ai loro bisogni particolari. Al contempo, la tematica non era più di esclusiva competenza istituzionale, poiché la legge consentiva ai privati di proporre modalità di intervento alternative. Questa tendenza alla delega verso l'azione del privato sarebbe cresciuta nel corso degli anni Ottanta, con la sempre maggiore rilevanza attribuita alle comunità di recupero, mentre associazioni di volontariato e cooperative si mostravano più reattive delle strutture pubbliche rispetto alla diffusione dell'Aids, impegnandosi nel campo ben prima della formulazione della legislazione del 1990 in materia. Proprio nei primi anni Novanta, comunque, la lenta e disomogenea attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, il mutamento del quadro politico nazionale e internazionale con la crisi del comunismo sovietico, il successo delle politiche di deregulation e ragioni di carattere finanziario portavano a un riordino del sistema e all'introduzione dei primi principi di mercato in ambito sanitario¹⁴. Gli interventi su Aids

e tossicodipendenza si configurano così come una cartina di tornasole attraverso la quale analizzare le trasformazioni delle strutture del welfare in questo delicato passaggio, segnato, a livello interno, dal crescente attivismo del privato sociale e dalla crisi del sistema politico.

Fonti

Per ricostruire il dibattito sulla riduzione del danno e gli interventi su Aids e tossicodipendenza realizzati grazie all'interazione tra pubblico e privato sociale, è possibile analizzare una molteplicità di fonti. Per l'analisi dei provvedimenti legislativi, si possono consultare gli Archivi Storici di Camera e Senato, mentre per ricostruire l'andamento della diffusione di Aids e consumo di eroina si possono consultare le carte del Ministero dell'Interno, con particolare riferimento al Gabinetto e alla Direzione Centrale Antidroga, conservate presso l'Archivio Centrale dello Stato. L'attività dei principali gruppi di volontariato può essere ricostruita attraverso la documentazione conservata presso i loro archivi, tra i quali risulta essere particolarmente prezioso quello del Gruppo Abele, ma anche consultando atti di convegni e riviste specializzate. Tra le fonti a stampa dedicate al tema, si ricordano infine le pubblicazioni contenute nell'archivio online dei Radicali Italiani, che offrono una panoramica sul dibattito pubblico e politico attraverso il punto di vista di uno dei soggetti più attivi in favore di interventi di riduzione del danno.

14 S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli, 2004; *La salute è un diritto. Giovanni Berlinguer e le riforme del 1978*, a cura di F. Rufo, Roma, Ediesse, 2020; C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2021.

Appunti per una storia del tempo presente. Il progetto “Istantanee del presente. Testimoni al tempo del Covid-19”

DI

IRENE BOLZON

1. La pandemia e la storia del tempo presente

La pandemia da Covid-19 che ha sconvolto il mondo a partire dai primi mesi del 2020 ha avuto come inevitabile effetto quello di generare da un lato cambiamenti radicali nelle abitudini e nei comportamenti di milioni di persone e dall'altro di incidere profondamente sul corso di fenomeni e trasformazioni già in atto da tempo nei corpi sociali. Come ogni catastrofe ha rimescolato le carte di destini individuali e collettivi e ha imposto importanti riflessioni sugli ecosistemi naturali e sociali di cui siamo parte.

Come nel caso delle altre scienze sociali, anche nel campo delle discipline storiche si è aperta, soprattutto nella prima fase della pandemia, un'ampia discussione sulla scarsità di studi dedicati ai fenomeni epidemici e pandemici che

hanno segnato in particolar modo l'età contemporanea. L'eccezionalità degli eventi unita al loro portato globale ha dunque in molti ricercatori indotto importanti riflessioni sul rapporto tra passato e presente e sui condizionamenti del secondo rispetto ai quesiti che guidano le ricostruzioni storiche¹. In particolar

¹ Si vedano in particolare le riflessioni di Roberto Bianchi dal titolo *La “spagnola”. Appunti sulla pandemia del Novecento* pubblicate a marzo dall'associazione “Amici di Passato e Presente” disponibili al sito: <https://amicidipassatoepresente.wordpress.com/2020/03/31/la-spagnola-appunti-sulla-pandemia-del-novecento-robotto-bianchi/> (consultato in data 21 luglio 2021) e i contributi curati per la rubrica “Rubik” in D. Paci, *Come mai non ci sono monumenti dedicati alle vittime della spagnola? Storia e memoria di una pandemia*, in «Diacronie. Studi di Storia Contemporanea», 34, 3, (2020), disponibile al sito: <https://www.studistorici.com/2020/10/29/sommario-numero-43/> (consultato in data 21 luglio 2021). Su questi temi si è soffermata, poco prima dello scoppio della pandemia, anche Gabriella Gribaldi nel suo recente volume *La memoria, i traumi, la storia. La guerra e le catastrofi del Novecento*, Roma, Viella, 2020, pp. 7-11, 217-267.

modo si è posta l'esigenza di rispondere a una domanda sociale di interpretazione di quanto stava accadendo in quei mesi, ricollocando le urgenze del presente in una durata che permettesse di coglierne i legami con fenomeni di più ampio respiro. A tal fine è risultato per molti utile il recupero di quelle riflessioni connesse ai nodi e ai problemi posti dalla "storia del tempo presente"² mettendoli in relazione con gli studi disponibili sulle pandemie più recenti³.

A tali interrogativi si sono poi sovrapposte ulteriori urgenze, legate in particolare modo al bisogno di ridefinire il ruolo e la funzione dei luoghi della cultura. Chiusi improvvisamente gli archivi, le biblioteche e i musei che garantivano non solo la continuità della ricerca ma anche la possibilità di condividere con i pubblici e le comunità di riferimento i risultati del dibattito culturale e scientifico, si è posta la questione di individuare risposte capaci di ribadire ma al contempo rinnovare le missioni di tali istituzioni.

Questi due aspetti del dibattito hanno finito per incidere pesantemente sulle programmazioni culturali di istituti come i musei dedicati alla storia del '900. In questa sede verrà in particolare restituita l'esperienza del "MeVe-Memoriale

Veneto della Grande Guerra" che ha risposto alle sollecitazioni poste dal contesto avviando, a partire dall'aprile del 2020, il progetto "Istantanee dal Presente. Testimoni al tempo del Covid-19".

Il "MeVe", che fa parte dei musei civici del Comune di Montebelluna (TV), è stato inaugurato nel novembre del 2018 a conclusione delle celebrazioni legate al centenario della Grande Guerra. Dal punto di vista curatoriale la struttura affronta il tema del primo conflitto mondiale individuando filoni narrativi e di approfondimento trasversali, capaci di cogliere fenomeni di lungo corso che pongano in relazione gli eventi del passato con i problemi della contemporaneità.

L'esperienza improvvisa della pandemia, combinata alla chiusura disposta dal DPCM 8 marzo 2020, ha posto al centro della programmazione culturale del "MeVe" il bisogno di rispondere a una duplice esigenza: avviare un processo di documentazione del presente capace di confrontarsi con le categorie proprie della storiografia e porsi in dialogo con un pubblico polverizzato in singoli costretti nelle proprie abitazioni. La pandemia aveva infatti posto il bisogno di guardare al presente con gli occhi dello storico e non del cronista e di farlo attraverso processi partecipativi che rendessero le persone protagoniste della narrazione e non meri oggetti di studio.

L'avvio di un progetto di ricerca legata alla storia del tempo presente mentre ad accadere era una pandemia di cui non si riusciva a intravedere la fine (come,

2 *La storia del tempo presente*, a cura di M.R. Stabili, in «Ricerche di Storia Politica», 1, (2019), pp. 89-100.

3 Per un punto sullo stato degli studi rimando a L. Spinney, 1918. *L'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Venezia, Marsilio, 2018 e, per un aggiornamento sul caso italiano, a F. Cutolo, *L'influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale, un caso locale*, prefazione di Roberto Bianchi, Pistoia, Isrpt, 2020.

d'altronde, anche nel momento in cui si scrive), ha reso prioritaria l'individuazione di coordinate entro cui condurre la riflessione. La storia del presente, per sua natura, convive con la questione della distanza tra studioso e oggetto del proprio studio⁴. L'analisi di un fenomeno ancora in atto è però ulteriormente gravata da una parte dall'impossibilità di formulare a monte una vera e propria periodizzazione e dall'altra dall'annullamento di ogni confine tra l'essere storici, testimoni e attori del fenomeno studiato. Preziosi al fine di sciogliere, per lo meno parzialmente, questi nodi si sono rivelati gli studi più recenti condotti sull'influenza Spagnola⁵, che hanno agevolato la messa a fuoco di alcune prospettive di ricerca utili al fine di iscrivere il presente in fenomeni di lungo corso. In particolare le (poche) ricerche a disposizione sulle pandemie dell'epoca contemporanea hanno reso, rispetto allo studio del presente, prioritaria un'analisi sui comportamenti collettivi e individuali assunti a fronte di un problema del tutto inaspettato, sulla tensione tra libertà personale e "bene della collettività" di fronte alle regole imposte dalle autorità per il con-

tenimento della pandemia, sulla ricezione del linguaggio politico da parte delle persone chiamate a raccontare le proprie esperienze e sulla relazione tra narrazioni private e pubbliche.

Se le categorie della storiografia hanno permesso di ricondurre la ricerca entro binari che le consentissero di non prestare il fianco a un uso pubblico delle testimonianze raccolte, la scelta di coinvolgere dei testimoni in un racconto collettivo ha da subito messo in evidenza l'importanza di ricorrere a una metodologia di indagine che prevedesse tra lo storico e i partecipanti una relazione basata sull'autorità condivisa⁶. Per questo motivo il progetto è stato orientato sin dalle prime battute verso la raccolta di fonti orali e iconografiche con l'obiettivo di mettere insieme un corpus documentario in grado di favorire un approccio di studio comparativo e interdisciplinare⁷.

4 Sul tema della distanza, declinato soprattutto nell'ambito della storia orale, rimando al recente e acuto contributo di A. Dino, *La "giusta distanza": questioni metodologiche e regole dell'interazione nel récit de vie di un collaboratore di giustizia*, in *Testimonianze e Testimoni nella storia del tempo presente*, a cura di G. Gribaudo, Firenze, Editpress, 2020, pp. 125-148.

5 Alcuni spunti sono venuti proprio dal già citato lavoro di Francesco Cutolo e in particolar modo dai capitoli V e VI dedicati all'impatto dell'influenza Spagnola sul fronte interno e alle strategie comunicative e le narrazioni popolari sulla pandemia.

6 Il concetto di "shared authority", così come elaborato da Michel Frisch nel 1990, vede il rapporto tra il pubblico e gli storici costruirsi su un piano di reciprocità. Il pubblico non è più concepito nel ruolo di mero fruitore di narrazioni storiche calate dall'alto, ma ne diviene protagonista grazie a un processo partecipativo di co-creazione dei contenuti. Per approfondimenti rimando a M. Frisch, *A shared authority: Essays on the Craft and Meaning of Oral and Public History*, Albany, State of New York University Press, 1990 e, per un inquadramento generale del tema nell'ambito del dibattito sulla public history in Italia a *Public History: discussioni e pratiche*, a cura di P. Bertella Farnetti, L. Bertucelli, A. Botti, Milano-Udine, Mimesis Edizioni, 2017.

7 Il progetto di ricerca si è avvalso del contributo di diversi studiosi e istituzioni. Prima tra tutti Chiara Scarselletti, storica orale e membro del comitato scientifico dell'"Istresco-Istituto per la Storia della Resistenza e della Società Contemporanea nella Marca Trevigiana", che con chi scrive ha impostato il progetto sin dalle sue prime battute. Il gruppo di

La co-creazione di contenuti tra lo storico/testimone e i partecipanti si è mossa dunque nella prospettiva di costituire un archivio digitale di testimonianze sul Covid-19. L'archivio, interpretato non esclusivamente come un deposito di interviste ed egodocumenti ma come un vero e proprio mediatore di memoria, è stato così sin dalle prime relazioni con i testimoni presentato come strumento per favorire un travaso di esperienze dal presente al futuro. Se infatti, come acutamente segnalato da Gabriella Gribaudo, «oscurare il ricordo della catastrofe umana significa anche cancellare la paura e la tensione sociale, quindi ridurre la capacità di risposta delle comunità, le forme possibili di resilienza»⁸, agli archivi di oggi viene affidato il compito di tenere viva la memoria di quanto sta accadendo. In questo senso, dunque, l'“archivio inventato”⁹ nato dal progetto è stato concepito come mediatore in grado di agevolare la transizione da una memoria vivente a una memoria culturale tutelata dall'istituzione che si è impegnata a crearlo¹⁰.

ricerca si è poi allargato a Paolo Riccardo Oliva (Istresco) e a Elisa Bellato, antropologa dell'Università della Basilicata. Particolarmente preziosa si è rivelata in fase di impostazione del progetto l'interessante riflessione storica, sociologica e antropologica proposta in *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, a cura di A. Guigoni, R. Ferrari, instant-book disponibile al sito <http://www.etnografia.it/?p=646> (consultato in data 21 luglio 2021).

8 G. Gribaudo, *La memoria, i traumi...* cit. p. 222.

9 Per la nozione di “archivio inventato” si veda S. Vitali, *Passato digitale. Le fonti dello storico nell'era del computer*, Milano, Mondadori, 2004, pp. 116-117.

10 A. Assman, *Ricordare*, Bologna, Il Mulino, 1999, (2002), p. 15.

2. Il progetto “Istantanee dal presente. Testimoni al tempo del Covid-19”

“Istantanee dal presente” ha mosso i primi passi con una call lanciata a metà aprile 2020. Le settimane precedenti erano state animate da una non semplice riflessione scientifica, elaborata soprattutto con la collaborazione di “AISO-Associazione Italiana di Storia Orale”¹¹. L'idea di avviare un progetto di storia orale sulla pandemia in corso aveva immediatamente messo in evidenza diverse criticità: la difficoltà di delineare specifici gruppi e categorie di testimoni da intervistare a fronte di un'esperienza che stava interessando tutti, seppur con velocità e intensità diverse; la scarsa confidenza che allora dimostravamo come storici orali sul piano personale e professionale nel gestire lunghe e complesse conversazioni da remoto e, non ultima, l'esigenza di riuscire a raccogliere materiale che potesse in un secondo momento essere pienamente valorizzato in un contesto museale.

La scelta è stata quella di procedere per fasi, affidando la selezione del gruppo di testimoni a un progetto fotografico. La call di “Istantanee dal presente”

11 Grazie ad Alessandro Casellato l'impostazione scientifica del progetto si è avvalsa fin dall'inizio della collaborazione dell'“AISO- Associazione Italiana di Storia Orale”, che ha permesso a tutti i partecipanti di acquisire strumenti su come procedere alla fase di interviste a distanza e di discutere il progetto nell'ambito del seminario “Fare storia orale a distanza (e in emergenza)” che si è tenuto on line il 12 giugno 2020 e la cui registrazione è disponibile al sito: <https://www.aisoitalia.org/video-resoconto-del-seminario-del-12-giugno/> (consultato in data 21 luglio 2021).

divulgata a partire dal 14 aprile, che non imponeva limiti ai partecipanti dal punto di vista geografico, temporale o anagrafico, chiedeva alle persone di raccontare com'era cambiata la loro vita dallo scoppio della pandemia scegliendo da uno a dieci oggetti, scattando loro una foto e spiegando con un testo, un audio o un video le ragioni della scelta.

La call, diffusa a mezzo della stampa locale, attraverso i canali social dei servizi culturali del Comune di Montebelluna e tramite i contatti personali dei curatori del progetto, ha fatto registrare da subito numerose adesioni, che si sono concentrate soprattutto nell'arco del mese successivo. Le foto sono state inviate sia da singoli individui, sia da soggetti collettivi come gruppi classe, famiglie, i soci dell'"AUSER Monza-Brianza", il personale dell'"Archivio di Stato di Pordenone" o i rappresentanti della comunità italo-brasiliana del Rio Grande Do Sul, grazie alla mediazione di alcuni membri della comunità brasiliana in Italia.

Le settimane tra la fine di maggio e l'inizio di giugno, con l'avvio di quella che è stata comunemente definita la "Fase 2" della pandemia, ossia quella della ripartenza e della graduale riapertura, hanno invece visto una drastica riduzione dei partecipanti e uno spontaneo esaurimento della spinta esercitata dalla call.

È dunque a partire dall'estate che anche il progetto "Istantanee dal presente" ha affrontato l'inizio di una nuova fase, trasformandosi definitivamente in un progetto di storia orale. Ai partecipanti alla call è stata infatti chiesta la disponi-

bilità a un'intervista che, partendo dalla foto scattata in primavera, permettesse di spaziare sui temi della ripartenza dopo il primo lockdown e sulle aspettative rispetto al futuro.

La maggior parte delle interviste sono state registrate tra la fine dell'estate, l'imbocco dell'ondata autunnale e l'inverno, quando l'Italia si stava trovando ad affrontare nuove chiusure dovute all'impennata dei ricoveri. Esse si sono svolte per lo più da remoto e hanno permesso di registrare umori e percezioni fortemente influenzati dal contesto generale e da una situazione in continua evoluzione. Se le interviste registrate tra luglio e settembre lasciavano trasparire il timore di un ritorno del virus ma un clima in fondo disteso determinato dalle riconquistate libertà dei mesi precedenti, quelle registrate tra l'autunno e l'inverno hanno visto manifestarsi nelle persone interpellate di sensazioni all'insegna della rabbia e della frustrazione dovute alla consapevolezza di essere ben lontani dalla fine dell'emergenza sanitaria.

Nel frattempo, la serrata a intensità differenziata imposta dal Dpcm del 3 novembre 2020 che ha istituito le zone gialle, arancioni e rosse e la nuova chiusura al pubblico di molte realtà, come quelle dei musei e dei luoghi della cultura, ha costretto anche il progetto ad affrontare un ulteriore cambio di marcia.

Accantonata l'idea di una mostra da inaugurare a fine novembre con l'obiettivo di raccontare il lockdown della primavera 2020, le proteste di piazza seguite all'annuncio delle nuove restrizioni, il

clima di preoccupazione e frustrazione generalizzata e l'ansia determinata dalla definizione delle diverse zone hanno portato i curatori del progetto a rilanciare la call con lo scopo di raccogliere ulteriore materiale sulle nuove ondate in corso. L'obiettivo era infatti quello di avviare una comparazione tra i diversi momenti della pandemia, mettendo a confronto le reazioni delle persone poste di fronte a provvedimenti tra loro simili, perché egualmente orientati alla contrazione degli spazi propri della socialità, ma al contempo assai diversi per le modalità adottate: al lockdown della primavera infatti, caratterizzato da una maggiore radicalità, sono seguiti provvedimenti autunnali più disomogenei e intermittenti che hanno ridotto ma di fatto non annullato le possibilità di movimento, imponendo però, in ogni caso, un costante riadattamento logistico della vita quotidiana. Le interviste raccolte in quella fase hanno dunque permesso di documentare la faticosa transizione tra la straordinarietà della primavera del 2020 e la progressiva "normalizzazione" della pandemia che si stava consumando attraverso la faticosa interiorizzazione di regole e comportamenti imposti dalla necessità di trovare una strada per convivere con il virus. Le testimonianze raccolte tra l'autunno e l'inverno, soprattutto grazie alla mediazione di una serie di soggetti culturali e associativi ritornati ormai pienamente operativi, sono poi confluite all'interno di una mostra inaugurata il 4 marzo del 2021, a un anno dalla prima zona rossa.

3. Bilancio provvisorio di una ricerca ancora in corso

Il progetto "Istantanee dal presente" ha coinvolto 120 partecipanti, la cui età media è di 34 anni. L'archivio si compone di 78 fotografie (corredate da testi di spiegazione), 35 interviste e una decina di file audio realizzati dai bambini di una scuola primaria della provincia di Treviso. Le testimonianze arrivano da tutta Italia, in particolar modo dal Veneto, dal Friuli-Venezia Giulia e dalla Lombardia. Non mancano tuttavia contributi inviati anche da italiani all'estero (con "istantanee" che sono arrivate da Stati Uniti, Francia e Brasile).

Il gruppo di testimoni è estremamente composito, caratterizzato tuttavia da una significativa presenza femminile. Si tratta in particolar modo di giovani donne, con titoli di studio elevati e impiegate nel mondo dei servizi, che spesso si sono fatte a loro volta promotrici del progetto (come nel caso delle insegnanti che hanno raccontato il progetto ai propri studenti o delle giovani mamme che hanno coinvolto i figli in questa attività).

I temi emersi dal materiale raccolto finora sono molteplici e, al momento, difficilmente riassumibili in un quadro definito. Tuttavia, è possibile individuare alcune tematiche ricorrenti che ben si prestano a riflessioni di più ampio respiro. Il fatto che il progetto si sia adattato alle diverse fasi della pandemia, tenendo conto delle oscillazioni imposte dai picchi pandemici e delle conseguenti misure di contenimento ha permesso, ad

esempio, di definire una periodizzazione che, per quanto fragile, consente di rendere più facilmente interpretabili alcuni comportamenti, sia individuali sia collettivi.

Senza ombra di dubbio questo anno e mezzo segnato dal Covid-19 è scandito da due momenti tra loro ben distinti: da una parte il primo lockdown della primavera del 2020, dall'altra l'anno che ne è seguito tra chiusure a intermittenza e forti limitazioni alla socialità che hanno rimodulato per tutti il ritmo di una normalità continuamente, e faticosamente, rinegoziata in base all'andamento della pandemia.

Il primo lockdown, nella sua dimensione improvvisa e radicale, restituisce nelle testimonianze raccolte soprattutto la profonda ridefinizione del concetto di tempo. Private (o liberate, a seconda dei punti di vista) degli impegni che scandivano la loro routine e delle relazioni con il mondo esterno, le persone si sono ritrovate a dover riorganizzare spazi temporali, fisici ed emotivi rimasti in alcuni casi vuoti o, al contrario, costipati dalla convivenza forzata con i propri familiari e le loro esigenze, senza possibilità di sfogo all'esterno. È in questa parentesi che per molti è iniziato un percorso di ridefinizione di abitudini e comportamenti attraverso nuovi modelli organizzativi (smartworking, DAD), hobby e talenti nascosti (disegno, musica, ricamo, cucina), attività dai ritmi lenti (giardinaggio, lievitazione degli impasti) e la cura di sé (del corpo e del proprio benessere psicologico) e della casa.

Il tempo del primo lockdown descritto dalle "istantanee" è segnato poi da sensazioni contrastanti e spesso negative: il disagio provocato dalla distanza dai propri cari, la paura del contagio, la voglia di privacy, la preoccupazione per il lavoro, il contatto con la sofferenza e il dolore per chi ha vissuto direttamente o indirettamente la malattia. Tuttavia, a quel tempo rarefatto e sospeso sono seguiti mesi segnati da riaperture e chiusure, che hanno determinato ripartenze e nuove fasi di stallo accompagnate da stati d'ansia e di insofferenza che in alcuni casi si sono tradotti in aperta nostalgia per i mesi del lockdown primaverile.

La possibilità di seguire, passo dopo passo, l'andamento della pandemia ha permesso inoltre il riscontro, per quanto provvisorio e sfuocato, di alcune interessanti dinamiche. Innanzitutto, l'impressionante velocità con cui, per ammissione degli stessi intervistati, i ricordi del primo lockdown siano stati sovrascritti con le esperienze vissute nei mesi estivi e le impressioni che ne sono derivate. Non tutti durante l'intervista ricordavano gli oggetti fotografati, ad esempio, o riuscivano a collocare cronologicamente in maniera corretta la partecipazione al progetto. In un evidente cortocircuito tra ricordo personale e narrazioni pubbliche, diversi intervistati hanno infatti dichiarato di aver mandato la fotografia a marzo e non ad aprile, identificando l'avvio del progetto con uno dei momenti più bui del lockdown primaverile. Molti hanno usato

la retorica bellica¹² o, al contrario, espressioni come il celebre “andrà tutto bene” per trovare un frasario adatto al fine di esemplificare alcuni passaggi.

Più in generale si nota uno scarto significativo nei temi affrontati in primavera e in autunno: se il tempo del lockdown è stato identificato come un’esperienza circoscritta e conclusa, da cui poter trarre già un bilancio, il tempo della seconda e della terza ondata è al contrario segnato da incertezze, paure, delusioni e profonda stanchezza. Un presente segnato dalla minaccia costante di nuove chiusure mette al centro di un qui e ora il timore per gli aspetti lavorativi e schiettamente economici, meno frequentati dalle istantanee scattate in primavera. Inoltre, se per molti il primo lockdown era stato un tempo di pausa e riflessione, l’ondata autunnale ha imposto una ridefinizione radicale delle modalità e degli strumenti di lavoro a disposizione connotandosi all’insegna del fare, del reagire, del trovare nuove strade nel minor tempo possibile.

La velocità di queste trasformazioni lascia l’impressione di un presente che si trasforma in storia e memoria con una velocità disorientante. Il Presidente della Repubblica che si reca a Codogno, cittadina simbolo della prima zona rossa, in occasione delle celebrazioni del 2 giugno e la contestuale apposizione della lapide

che ricorda «i caduti» del Covid-19, la retorica della ripartenza estiva e gli sforzi di tenuta sociale e individuale che le nuove ondate hanno imposto sembrano collocare l’inizio di questa storia in un tempo lontano. Un tempo che, per stessa ammissione degli intervistati, è già deformato dalla memoria, la quale sceglie, in maniera apparentemente non ponderata, cosa trattenere e cosa invece destinare a un oblio precoce. Un oblio sul quale si innestano le ombre di un futuro incerto, segnato in questo momento, nonostante i vaccini, dallo spettro delle varianti. Queste lenti deformanti nella percezione degli eventi che hanno caratterizzato il nostro “passato prossimo” fanno parte di normali processi di superamento dei traumi collettivi. Il bisogno di uscire dalla fase emergenziale e di riconquistare la normalità perduta non lascia spazio in questa fase alla visione retrospettiva e a una rielaborazione ponderata dei fatti e alla loro corretta collocazione nella dimensione spazio-temporale. Tuttavia, il fatto che narrazioni pubbliche e private abbiano trovato un punto di convergenza, soprattutto nell’estate del 2020, nel bisogno di declinare al passato un fenomeno, di fatto, ancora in corso sembra riportare alla mente alcune considerazioni di François Hartog sul concetto di presentismo: «Il presente, nel momento stesso in cui si fa, desidera guardarsi come già storico, come già passato. Esso in qualche modo si rigira su se stesso per anticipare lo sguardo che gli si rivolgerà quando sarà completamente passato, come se volesse “prevedere” il passato, farsi passato prima an-

12 Sulla retorica bellica e il Covid-19 rimando a M. Mondini, *In guerra senza una guerra: pandemia e narrazioni guerriere. Dialogo con Nicolas Beaupré ed Emmanuel Debruyne*, disponibile al sito: <https://ilbolive.unipd.it/it/blog-page/guerra-senza-guerra-pandemia-narrazioni-guerriere> (consultato in data 22 luglio 2021).

cora di essere accaduto pienamente come presente»¹³; una situazione in cui un «presente già inquieto si scopre parimenti alla ricerca di radici e d'identità, preoccupato della memoria e della genealogia»¹⁴. Se il presentismo si configura dunque come uno schiacciamento dell'esperienza umana sulla dimensione del presente che provoca radicali distorsioni nella percezione dei problemi connessi al passato e al futuro, l'affissione della lapide a Codogno sembra proprio una risposta istituzionale all'ansia di consegnare quanto prima al passato e alla memoria un presente traumatico, infittito da problemi irrisolti.

Più in generale le "istantanee" e le interviste rivelano come la pandemia abbia travolto, riportato all'attenzione e posto nuovi interrogativi a questioni sociali di ampia portata: la precarietà del lavoro, l'invecchiamento demografico, l'esperienza di emigrazione per lavoro, i rapporti tra città/campagna e centro/periferia, le opinioni sui vaccini e sui diritti e doveri di ciascun cittadino. Al contempo ha anche messo in discussione scelte e valori individuali: il numero di figli avuti, l'ampiezza delle case e dei giardini, la distanza fisica dai parenti, le famiglie mononucleari.

Se la pandemia, dunque, ha reso più evidenti fenomeni preesistenti (legati soprattutto alle disuguaglianze sociali) dall'altra ha ribaltato punti di vista e concezioni sullo stile di vita, in particolare modo in merito al tema della casa: la

scelta di trasferirsi nel miniappartamento di una grande città (rinunciando all'automobile per i mezzi pubblici) ha trasformato per qualcuno il lockdown in una sorta di trappola. Situazione che, per contro, ha favorito l'improvvisa e inaspettata riabilitazione agli occhi dei Millennials delle grandi case di famiglia collocate magari in contesti più rurali e periferici.

Un'ultima annotazione che riprende i temi enunciati in apertura circa le insidie proprie di chi fa storia del tempo presente. Con i testimoni di questo progetto il gruppo di ricerca ha condiviso paure, incertezze e la totale incapacità di prevedere il futuro. Ogni fotografia o intervista lascia intravedere una filigrana di sensi e riferimenti che suscita inevitabili risonanze in chi le studia. Testimoni e ricercatori, inoltre, si muovono a partire dallo stesso background culturale: abitano nello stesso paese, parlano la stessa lingua, vivono assieme i tempi e modi dell'emergenza sanitaria, condividono grossomodo le stesse restrizioni e gli stessi tempi di rielaborazione.

In un percorso in cui l'osmosi è più che un rischio un dato di fatto, è tuttavia possibile tracciare linee di metodo in grado di determinare pochi ma chiari confini: studiare oggi questo archivio non sottende l'obiettivo di esprimere un giudizio su ciò che sta accadendo, ma quello di rendere evidenti delle tracce, mettendo in linea i segni con cui il presente parla, al fine di renderli intellegibili a chi li studierà in futuro¹⁵.

13 F. Hartog, *Regimi di storicità*, Palermo, Sellerio editore, 2007, p. 152.

14 Ivi p. 154.

15 Su questi aspetti, per la storia della letteratura contemporanea ma con una serie di rimandi inter-

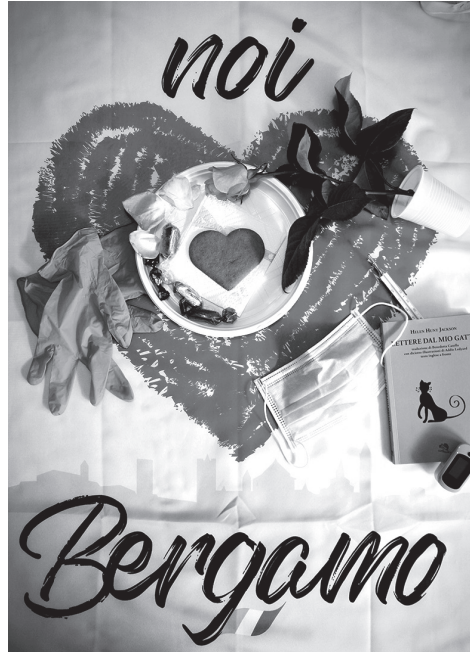
Fare storiografia del presente significa chiamare gli storici a indagare «processi aperti e problemi non risolti»¹⁶, rispondendo a domande di interpretazione capaci di individuare le relazioni aperte tra il passato e il presente, la persistenza dei fenomeni, la loro collocazione in un contesto temporale ampio. Addentrandosi in ciò che è più contemporaneo lo storico deve affrontare i problemi di una difficile periodizzazione, dove «se è chiaro il termine *ad quem*, cioè l'oggi» non è altrettanto semplice definire «quali processi definiscono il termine *a quo*»¹⁷. Inoltre, il lavoro sulla storia del presente si muove in uno spazio saturato dalle narrazioni fornite dalla politica, dal mondo dell'informazione e dagli altri scienziati sociali, situazione che se da un lato favorisce la moltiplicazione degli spunti di riflessione e delle fonti, dall'altra pone il problema del coinvolgimento personale dello storico nelle questioni del presente, esponendolo ai rischi dell'uso pubblico della storia. Molto probabilmente l'archivio nato da "Istantanee dal presente" è stato influenzato dal dibattito in corso e studiosi e testimoni hanno posto domande utili solo al presente che si intendeva studiare. Ciò forse ha portato alla rilevazione di dettagli che il corso degli eventi renderà secondari, tralasciandone altri che invece potrebbero rivelarsi cruciali per chi ci

studierà in futuro. Tuttavia, dichiarare in partenza il punto di osservazione e il valore anche parzialmente auto-rappresentativo di cui questa storiografia dell'"adesso" è inevitabilmente espressione, fa parte di un processo di relativizzazione che consegnerà anche il nostro lavoro di storici del presente alle discussioni di domani.

disciplinari, si rimanda a R. Donnarumma, *Ipermodernità. Dove va la narrativa contemporanea*, Bologna, Il Mulino, 2014.

16 *La storia del tempo presente*, a cura di M.R. Stabili..., cit. p. 89.

17 Ivi, p. 90.



1. C.S., 33 anni, insegnante. MeVe, Archivio progetto "Istantanee dal Presente".



2. C.M., 30 anni, impiegata. MeVe, Archivio progetto "Istantanee dal Presente".

Autori e autrici

Costanza Bonelli

Ha concluso nel 2020 un dottorato di ricerca presso l'Università di Roma "La Sapienza" discutendo una tesi intitolata *Clima, razza e colonizzazione. Nascita e sviluppo della medicina tropicale in Italia*. La sua ricerca si concentra sulla storia della medicina tropicale italiana come campo del sapere strettamente legato al processo di espansione europea del XIX e XX secolo. Il suo lavoro prende in esame i processi di costruzione della disciplina tra età liberale e fascismo, collocando l'analisi della medicina tropicale all'incrocio di diversi ambiti disciplinari: storia della medicina, storia del colonialismo, sociologia dei saperi e della scienza. Ha pubblicato, su questi temi, il contributo *Guerra ed expertise medica. La medicina tropicale nell'organizzazione del conflitto italo-etiopeico*, «Quaderni Storici», 1, (2019). Recentemente è stata Visiting scholar presso il Centro Alexandre-Koyré nell'ambito del programma di mobilità post-dottorale promosso dalla Fondation Maison des Sciences de l'Homme e dalla Fondazione Luigi Einaudi.

Francesco Cutolo

È perfezionando alla Scuola Normale Superiore in "Culture e società dell'Europa contemporanea". I suoi campi di ricerca ruotano attorno alla storia sociale, culturale e militare dell'età contemporanea, con particolare interesse per la prima guerra mondiale. È membro del direttivo e ricercatore dell'Istituto storico della Resistenza e dell'Età contemporanea di Pistoia, per cui ha curato alcune mostre sulla Grande Guerra e altre attività di divulgazione storica. Fa parte delle redazioni di «Farestoria» e «Storialocale». Tra le sue pubblicazioni: la monografia *L'influenza spagnola del 1918-19. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale* (ISRPT Editore, 2020), gli articoli: "L'ultima crociata?" *Il cattolicesimo italiano davanti alla presa di Gerusalemme (1917)*, in «Rivista di Storia del Cristianesimo», 1, (2019); "La IX crociata dell'Intesa". *La politica e l'opinione pubblica laica italiana davanti alla presa di Gerusalemme (1917)*, in «Studi storici», 2, (2019), e il saggio: *The manipulation of the news about Spanish Influenza pandemic by the Italian government and the consequences on the population in Italy (1918-19)*, in G. Delogu, A. Maranesi (ed.), *Perspectives on political communication*, Pavia-Como, Ibis, 2020.

Paola Panciroli

Paola Panciroli ha conseguito la Laurea magistrale in "Scienze filosofiche" presso l'Università di Bologna. In seguito, ha collaborato con la cattedra di Bioetica dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Attualmente è dottoranda in "Storia della Scienza" presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Le sue ricerche riguardano la storia della medicina del XIX secolo e la storia della psichiatria. In particolare, si è occupata della definizione dei rapporti, in termini di contrasto e contaminazioni, tra i diversi sistemi medici nel corso dell'Ottocento, oltre al ruolo giocato da outsiders,

eretici e figure marginali all'interno dello sviluppo scientifico. Tra le sue pubblicazioni *200 anni di omeopatia. Storia di un equivoco?*, Roma, C1V, 2017; *The Asylum as Utopia in the Homeopathic Landscape: Innovations and Contradictions*, in «Society and Politics», 1, (2018); *La morte del Principe di Schawarzenberg e la controversa affermazione dell'omeopatia*, in G. Spani, E. Varotto (a cura di), *Malattie e medicina tra letteratura, storia e antropologia*, Massachusetts, Quod Manet, 2020; *The Cowpox Vaccine: a Bridge between Different Medical Systems. The Case of Homeopathy in Nineteenth Century Italy*, in «Acta Palaeomedica. International Journal of Palaeomedicine», 2, (2021), in stampa.

Giorgio Ennas

Istituto Universitario Europeo (EUI), Fiesole. Nato a Nuoro nel 1989, Giorgio Ennas si laurea in "Storia e Informazione" presso l'Università degli Studi di Cagliari. Dopo aver studiato per diversi anni presso l'Albert Ludwigs Universität di Freiburg am Breisgau e l'Institut Bourguiba des Langues Vivantes a Tunisi, si laurea nel 2016 in "Lingue e Civiltà dell'Asia e dell'Africa Mediterranea" all'Università Ca' Foscari di Venezia con una tesi in inglese intitolata *The Ottoman élites and modernisation actors. Between integration and exclusion: the controversial path of Ottoman Empire to Modern times* sotto la supervisione della Prof. Vera Costantini. Nel 2017 inizia il dottorato in "Storia e Civiltà" presso l'Istituto Universitario Europeo di Fiesole sotto la supervisione della Prof.ssa Lucy Riall e del Prof. Pieter Judson. Nel giugno 2021 discute la sua tesi di dottorato in inglese dal titolo *The Mediterranean Mirror. Italo-Ottoman Relations in an Age of Transition, 1856-1871*, dove fa luce sulle relazioni diplomatiche tra la penisola italiana e l'Impero ottomano nel XIX secolo ed evidenzia aspetti culturali condivisi da parte della diplomazia ottomana e italiana. Nel 2016 pubblica il suo primo articolo intitolato *The Birth of the Ottoman Colonial Space: the Libyan Case (1835-1918)* con l'editore Proposte e Ricerche. Tra il 2021 e il 2022 verranno pubblicati altri articoli tra cui *Connecting the Two Seas Negotiating an Inter-imperial Modus Vivendi: Italian and Ottoman Diplomacies in the Suez-Red Sea Area*, *Modernising the Ottomans Developing an "Ottoman modernity" between diplomacy and style* e *New Diplomacy for a new World. The Ottoman adoption of Realpolitik* con gli editori Palgrave Macmillan e Routledge. Nel 2020 pubblica il suo primo libro intitolato *Reports of Cesare Durando Italian vice-consul in Sarajevo (1863-1867). Accaparrarne gli animi per il nostro interesse* con la casa editrice The Isis Press. Nel novembre 2021 comincia a lavorare come Principal Investigator (PI) ad un progetto biennale intitolato "Pandemics and Borders. Pandemics as Driver towards Modern Borders and International Collaboration in 19th century Mediterranean and South Eastern European Periphery" finanziato dalla Swiss Network for International Studies (SNIS) presso la Franklin University Switzerland di Lugano.

Giorgio Lucaroni

Ha studiato a Roma e poi a Padova dove ha discusso una tesi di dottorato titolata *Architetture e linguaggi di Storia. Fascismo, storicità e cultura architettonica tra le due guerre (1919-1936)* vincitrice del Premio Bruno Bernacchia III edizione e del Premio Nicola Gallerano XIX edizione.

Concluso un Master in Public History è stato Visiting Scholar presso la University of California, Los Angeles e borsista presso il Deutsches Historisches Institut di Roma. Tra le sue pubblicazioni: *Rapporti di forza. Architettura e politica nelle Biennali/Triennali monzesi/milanesi (1923-1936)*, in «Contemporanea», 1, (2021), pp. 3-24; *Fascismo e architettura. Considerazioni su genesi, evoluzione e cristallizzazione di un dibattito*, in «Italia contemporanea», 292, (2020), pp. 9-33; *Time and Revolution. Italian Fascism and the Construction of History: Gerarchia 1922-1943*, in E. Lung et al. (a cura di), *Time and Culture/Temps et Culture*, Selected Papers presented at the International Society for Cultural History (ISCH) Conference, 2017, pp. 87-99; «Il più alto ed urgente dovere». *Infanzia ed educazione durante la Grande Guerra: il caso capranichese*, in R. Bochicchio et al. (a cura di), *Conflitti. Antichità, Archeologia, Storia, Linguistica, Letteratura*, Vol. I, Roma, UniversItalia, 2017, pp. 201-213; *Appunti sulla "rivoluzione fascista": «Gerarchia» 1922-1943*, in «Nuova Rivista Storica», XCIX, III, (2015), pp. 923-943; *Capranica. Infanzia ed educazione durante la Grande guerra*, in *La grande guerra nei comuni del territorio dei cimini*, a cura di N. Pastina, Roma, Memoria Edizioni, 2015, pp. 23-34; *L'eresia di Bad Godesberg*, in «Mondoperaio», 6, (2012), pp. 31-42.

Roberto Bianchi

Insegna Storia contemporanea al Dipartimento Sagas di Firenze. È autore di studi su Prima guerra mondiale e fascismo, movimenti sociali e politici tra Ottocento e Novecento, storia dell'associazionismo e della massoneria, rappresentazioni del passato nei fumetti, relazioni tra Italia e Francia. Fa parte della direzione di «Passato e presente» come membro del Comitato di coordinamento editoriale; ha partecipato alla fondazione di riviste («Histoire & Sociétés», «Zapruder») e associazioni di storia (Groupe d'Histoire Sociale, Storie in Movimento, Società italiana di storia del lavoro, Associazione italiana di Public history). Attualmente è membro del Consiglio direttivo e vicepresidente dell'Isrt. Tra le sue ultime opere si segnala *1919. Piazza, mobilitazioni, potere*, Milano, Università Bocconi, 2019.

Alessandro Casellato

È professore associato di Storia contemporanea all'Università Ca' Foscari Venezia, dove insegna anche Storia sociale e Storia orale. Presidente dell'Associazione italiana di storia orale dal 2017 al 2021, partecipa alla redazione delle riviste «Venetica. Rivista di storia contemporanea» e «Il de Martino. Storie voci suoni». Ha recentemente curato il volume *Buone pratiche per la storia orale. Guida all'uso*, Firenze, Editpress, 2021.

Giovanni Contini

Dopo la laurea è stato eletto Fellow presso il King's College, Cambridge (1981-84) e ha partecipato a un progetto di ricerca internazionale dal titolo "Shop Floor Bargaining, Job Control and National Economic Performances: Britain in Comparative Perspective, 1870-The Present". Dal 1984 al 2014 ha diretto la sezione "Fonti orali" presso la Soprintendenza Archivistica per la Toscana, censendo archivi fotografici e audiovisivi. Soprattutto ha impostato ricerche di storia orale

in varie zone della Toscana, che avevano come oggetto la storia politica, la guerra, la Resistenza e le stragi contro i civili in Italia, la storia del lavoro (con particolare riferimento agli operai industriali, ai minatori e cavaatori, agli artigiani e ai contadini). Le sue ricerche di storia orale hanno interessato anche la storia politica e sociale della Sicilia centrale. Ha rappresentato l'Italia nel Comitato per la Tradizione Orale del Consiglio Internazionale degli archivi e ha fatto parte del Comitato italiano Unesco per la salvaguardia dell'eredità immateriale. Nel 2002 è stato Visiting professor presso la Tokyo University. Nel 2006 è stato eletto Regents Fellow presso l'Università della California (UCLA). Dal 2006 al 2012 ha insegnato presso la facoltà di Scienze Umanistiche, La Sapienza, Roma. Nel 2016 è stato Visiting professor presso l'Università di Amsterdam. Sia presso UCLA che in Giappone è stato invitato molte volte per presentare i risultati dei suoi lavori. Dal 2012 al 2017 è stato presidente di AISO, l'Associazione italiana di storia orale. Le sue pubblicazioni sono oltre cento, tra le monografie ricordiamo: *Memoria e Storia; Verba manent. L'uso delle fonti orali per la storia contemporanea* (con A. Martini); *La memoria divisa; Aristocrazia contadina*.

Stefano Bartolini

È Direttore della Fondazione Valore Lavoro, ente culturale che opera nel campo della storia del lavoro e del movimento sindacale e della conservazione di beni archivistici e bibliografici. Partecipa alle attività della Società italiana di storia del lavoro. Fa parte del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana di storia orale, del Consiglio direttivo dell'Istituto storico della Resistenza e della società contemporanea di Pistoia, della redazione della rivista «Il De Martino», della redazione della rivista «Storia locale», collabora con la rivista «Clionet», è membro del Comitato scientifico della collana di storia orale di Editpress. Si occupa di Public History.

Tra le sue pubblicazioni: *Un altro 1969: i territori del conflitto in Italia* (con P. Causarano e S. Gallo, NDF, 2020); *Labour Public History: tracciare una rotta*, in «Clionet», 3, (2019); *La chiave a stella: l'incontro tra lavoro, sindacato e public history*, in *Fare storia a Pistoia capitale della cultura*, a cura di M. Grasso (IRSPT, 2019); *Populismo: il nuovo spettro che si aggira per il mondo*, in «Historia magistra», 26, (2018); *In viaggio: dentro al cono d'ombra* (con S. V. di Palma, Belforte, 2018); *Un socialismo diverso. L'Autogestione in Jugoslavia*, in «Quaderni di Farestoria», 3, (2017); *In cerca della felicità. Storie di immigrati a Pistoia* (con G. Contini Bonaccossi, film documentario di storia orale, 2017); *La mezzadria nel Novecento. Storia del movimento mezzadrile tra lavoro e organizzazione* (Settegiorni, 2015); *Una passione violenta. Storia dello squadristo fascista a Pistoia 1920-1923* (Cudir, 2011); *Vivere nel call center*, in AA.VV, *La lotta perfetta. 102 giorni all'Answers* (Settegiorni, 2010); *Fascimo e neofascimo. I "nipoti del Duce" tra eredità, novità, persistenze e sviluppi all'alba del nuovo secolo*, in «Quaderni di Farestoria», 2-3, (2008); *Fascismo antislavo. Il tentativo di "bonifica etnica" al confine nord orientale* (ISRPT edizioni, 2006).

Pietro Causarano

È professore di Storia sociale dell'educazione all'Università di Firenze. Fra gli interessi della sua ricerca storica ci sono le tematiche legate al lavoro, alla qualità del lavoro e alle culture del lavoro,

alle identità professionali e alle dinamiche organizzative che presiedono alla loro elaborazione e trasformazione. Nel 2002 è stato fra i promotori della rivista «Histoire & Sociétés. Revue européenne d'histoire sociale», della cui direzione ha fatto parte fino al 2009. È stato fra i fondatori della Società italiana di storia del lavoro (SISLAV) nel 2012 e membro del suo comitato direttivo fino al 2019. Attualmente è coordinatore della redazione di «RSE-Rivista di storia dell'educazione», edita dal Centro italiano per la ricerca storico-educativa (CIRSE) del cui direttivo è componente dal 2016, e nel 2018-19 è entrato a far parte della direzione della rivista «Passato e presente». Dal 2019 coordina il gruppo Ambiente, salute e lavoro della SISLAV. Fra le sue ultime pubblicazioni in materia di lavoro, si segnalano le curatele *Un altro 1969. I territori del conflitto in Italia* (Palermo, NDF, 2020, con S. Bartolini e S. Gallo) e *Lavoro, salute e sicurezza dei lavoratori, prevenzione tra Ottocento e Novecento*, sul «Giornale di storia contemporanea», 2, (2016); il saggio *Salute, prevenzione e formazione nell'esperienza dei sindacati industriali: il contributo femminile negli anni '70*, in E. Betti, C. De Maria (a cura di), *Genere, salute e lavoro dal fascismo alla Repubblica. Spazi urbani e contesti industriali*, Roma, BraDypus, 2020; il coordinamento della discussione *Spazi, forme e tempi della deindustrializzazione*, in «Passato e presente», 109, (2020) (con C. Castellano).

Gilda Zazzara

È ricercatrice di Storia contemporanea presso il Dipartimento di Studi umanistici dell'Università "Ca' Foscari" di Venezia, dove insegna Storia del lavoro e del movimento operaio e Storia ambientale. Si interessa di storia della storiografia italiana, memorie operaie, culture del lavoro e conflitti sindacali in Veneto e processi di deindustrializzazione. Fa parte del gruppo di ricerca internazionale Dépot (*Deindustrialization and the politics of our time*; deindustrialization.org), del comitato direttivo dell'Istituto veneziano per la storia della Resistenza e della società contemporanea e coordina la redazione della rivista «Venetica». Recentemente ha curato con A. Boschiero *Articolo Nove. Esperienze di medicina del lavoro a Nordest* («Venetica», 2019) e scritto di deindustrializzazione e *industrial heritage* a Porto Marghera («20 & 21. Revue d'histoire», 2019; «Italia contemporanea», 2020). A questi temi ha dedicato il radiodocumentario in 5 episodi *Strade di Porto Marghera*, trasmesso da Rai Radio 3 nel marzo 2020.

Bruno Ziglioli

È professore associato di Storia contemporanea presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università di Pavia e presidente del Corso di laurea magistrale interdipartimentale in Storia globale delle civiltà e dei territori. Collabora con l'Istituto per la Storia della Resistenza e della società contemporanea nel Biellese, nel Vercellese e in Valsesia ed è componente del comitato scientifico della Fondazione Lombardia per l'Ambiente. In particolare si occupa di storia ambientale, dell'antifascismo e dell'Italia repubblicana. Tra le sue pubblicazioni, le monografie *La mina vagante. Il disastro di Seveso e la solidarietà nazionale* (Milano, FrancoAngeli, 2010) e «*Sembrava nevicasse*». *La Eternit di Casale Monferrato e la Fibronit di Broni: due comunità di fronte all'amianto* (Milano, FrancoAngeli, 2016).

Giancarlo Cerasoli

È medico pediatra e si occupa di storia della salute. Fa parte dell'editorial board di «Medicina Historica» e della «Nuova Rivista di Storia della Medicina» ed è stato redattore della «Rivista di Storia della Medicina» e collaboratore della rivista «Medicina & Storia». Ha collaborato al Dizionario Biografico degli Italiani e scritto libri e saggi di argomento storico-medico. Fa parte della Società Italiana di Storia della Medicina, della Società Italiana di Antropologia Medica e della Società di Studi Romagnoli. È socio fondatore del Gruppo di Studio di Storia della Pediatria, costituitosi nel 1999 all'interno della Società Italiana di Pediatria. Ha contribuito alle celebrazioni in memoria di Giovan Battista Morgagni svoltesi a Forlì nel 1982 e a Padova nel 2012, in ricordo di Girolamo Mercuriale, svoltesi a Forlì nel 2006, e di Maurizio Bufalini a Cesena nel 2017. Ha organizzato con altri il convegno storico per il settecentenario delle Istituzioni ospedaliere cesenati, svoltesi a Cesena nel 1997 e il XL Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina, svoltesi a Verucchio nel 1999.

Sugli ex voto ha pubblicato *Storie dipinte di grazie ricevute*, Bologna, Biblioteca CLUEB, 2021 e alcuni saggi, tra i quali: *Gli ex voto come documenti per la storia della salute: il caso romagnolo*, in «Storia e problemi contemporanei», Bologna, X, 19, (1997), pp. 15-141; *I professionisti della salute nelle tavolette votive*. 39° Congresso Soc. Ital. Storia della Medicina, Firenze, Giugno 1998, in «Giornale di Medicina Militare», 149, 5-6, (1999), pp. 261-265; *La fisiologia e la patologia del lattante negli ex voto*. Atti del 40° Congresso Soc. Ital. Storia della Medicina, Rimini, ottobre 1999, in «Rivista di Storia della Medicina», X, 1-2, (2000), pp. 445-459; *Le tavolette votive italiane per la guarigione momentanea dei neonati asfittici*, in «Rivista di Storia della Medicina», XII, 1-2, (2002), pp. 165-173; *La narrazione delle malattie nelle tavolette votive*, in P. Altieri e P. Turrone (a cura di), *Per Grazia Ricevuta. Atti del convegno "Gli ex voto dell'Abbazia di Santa Maria del Monte in Cesena: fede ed espressione comunicativa"*. Cesena, 27 maggio 2017, Cesena, Il Ponte Vecchio, 2018, pp. 39-73.

Ugo Pavan Dalla Torre

È docente di lettere presso l'IIS "Leonardo da Vinci" di Padova. Dopo la laurea in Storia (Università di Padova, 2004), ha conseguito il Dottorato in Storia (Università di Torino, 2012), discutendo la tesi *Le origini dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG) 1917-1923*. Collabora in qualità di storico con il Centro di documentazione dell'ANMIG, continuando a studiare i reduci e il movimento combattentistico e la storia della medicina e dell'assistenza sociale in Italia. Ha partecipato a diversi convegni – nazionali ed internazionali – su questi temi e ha pubblicato articoli in rivista («Italia Contemporanea», «Genesis») e saggi in volumi collettanei (*L'ANMIG fra la sua fondazione e il suo primo manifesto*, in N. Labanca (ed.), *Guerra e disabilità*, Milano, Unicopli, 2016; *Il contributo del reducismo*, in F. Bonini, V. Capperucci, P. Carlucci, S. Guerrieri (a cura di), *La Costituente italiana. Un percorso europeo*, Edizioni Università per Stranieri di Siena, 2020).

Maria Elena Cantilena

Ha conseguito il dottorato in “Storia delle società, delle istituzioni e del pensiero. Dal Medioevo all’età contemporanea” presso l’Università di Trieste, XXXIII ciclo, discutendo una tesi dal titolo: «Sul petto Mao, nelle vene la droga». Storia del consumo di droga in Italia negli anni Sessanta-Settanta.

Nel luglio 2016 si è laureata con il massimo dei voti in “Storia e Società”, CdL magistrale, presso l’Università degli Studi di Roma Tre, conseguendo al contempo il diploma presso la Scuola di Alta Formazione Roma Tre (ASTRE), biennio incentrato sulle sfide per l’Europa del 2020. Ha perfezionato i suoi studi grazie a un periodo di ricerca tesi all’estero, svolto presso l’Ahmed Iqbal Ullah Race Relations Resource Centre, University of Manchester (luglio-agosto 2015). Nell’a.a. 2011/2012 ha conseguito con il massimo dei voti la laurea triennale in “Storia” presso l’Università degli Studi di Napoli Federico II. Tra le sue pubblicazioni: *Alla ricerca delle “soggettività marginali”: la pratica delle interviste ai tossicodipendenti nelle inchieste sociologiche degli anni settanta*, in C. Daffonchio, I. Candelieri (a cura di), *Limes. Bordi, confini, margini e frontiere*, Trieste, EUT, 2021 (in corso di pubblicazione); «Un tranquillo festival pop di paura»: musica, politica e cultura giovanile nei festival di “Re Nudo” (1971-1977), in P. Carusi e M. Merluzzi (a cura di), *Note di colore. La storia dell’Italia contemporanea nella popular music*, Ospedaletto, Pacini, 2021 (in corso di pubblicazione); *Drug consumption between public debate and political reforms in postwar Italy*, in «Points: The Blog of the Alcohol & Drugs History Society», febbraio 2020; «*Il potere nasce dall’erba e dal fucile*». *La droga tra consumo e contestazione nel lungo Sessantotto italiano*, in «Farestoria», 2, (2019); (con Marco Grifo) *Da Wounded Knee alla Sapienza. La figura dell’indiano nel movimento del 1977: comunicazione transatlantica e ibridazione culturale*, in «Acoma», XXIV, 13, (2017).

Irene Bolzon

MeVe – Memoriale Veneto della Grande Guerra. Ha conseguito nel 2014 presso l’Università degli Studi di Udine il titolo di Dottore di Ricerca in “Storia, culture e strutture delle aree di frontiera”. Dal 2013 al 2019 è stata socia e componente del direttivo dell’IRSREC-FVG (Istituto regionale per la storia della Resistenza e dell’età contemporanea) e dal 2017 al 2019 direttrice dell’Istresco (Istituto per la Storia della Resistenza e della Società Contemporanea della marca trevigiana). È stata inoltre parte del comitato scientifico dell’Istituto Nazionale “Ferruccio Parri”. Dal 2018 è socia AISO. Tra i suoi temi di ricerca la questione del confine orientale, la violenza del fascismo repubblicano e la giustizia politica in Italia nel secondo dopoguerra. Ha recentemente preso parte a una raccolta di interviste agli ultimi sopravvissuti alle violenze del nazionalsocialismo curata da Filippo Focardi e un team di ricerca dell’Università di Padova. Oggi è conservatore del MeVe-Memoriale Veneto della Grande Guerra. Principali pubblicazioni: *Testimoni e protagonisti della giustizia politica nella transizione: le Corti d’Assise Straordinarie e il caso di Trieste (1945-1947)*, in G. Gribaudi (a cura di), *Testimonianze e testimoni nella storia del tempo presente*, Editpress, 2020. *La Corte d’Assise Straordinaria di Trieste: una fonte per lo studio dei collaborazionismi e delle comunità giuliane nella transizione (1943-1947)*, in I. Bolzon, F. Verardo (a cura

di) *Cercare giustizia. L'azione giudiziaria in transizione. Atti del convegno internazionale, Trieste 15-16 dicembre 2016*, IRSML-FVG, 2018, pp. 177-203; con F. Verardo, *Le stragi naziste e fasciste in Friuli (1943-1945). Una lettura critica tra bilanci e nuove prospettive di ricerca*, in «Italia Contemporanea», n. 285, 1, (2018); *Alle origini della violenza. Repressione fascista e atrocità sociali tra Veneto e Operationszone Adriatisches Küstenland (1943-1945)*, in F. Melotto, F. Bertagna (a cura di), *Resistenza e guerra civile. Fonti, storie e memorie*, Verona, Cierre Edizioni, 2017; *Gli "Ottimi italiani". Assistenza e propaganda italiana in Istria 1946-1966*, IRSML-FVG 2016; *Strategie della violenza nelle retrovie, tra Veneto e Zone d'Operazione*, in P. Pezzino, G. Fulveti (a cura di), *Zone di guerra, geografie di sangue. L'Atlante delle stragi naziste e fasciste in Italia, 1943-1945*, Bologna, Il Mulino, 2016, pp. 435-449; *Da Roma alla Zona B. Il Comitato di Liberazione Nazionale dell'Istria, l'Ufficio per le zone di confine e le comunità istriane tra informazioni, propaganda e assistenza*, in D. D'Amelio et al. (a cura di), *La difesa dell'italianità. L'Ufficio per le Zone di Confine a Bolzano, Trento e Trieste (1945-1954)*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 487-509; *Repressione antipartigiana in Friuli. La Caserma «Piave» di Palmanova ed i processi del dopoguerra*, Udine, Kappa Vu, 2012.

Stampato nel mese di ottobre 2021, in 500 copie
Tipografia GF PRESS snc - Masotti - Serravalle Pistoiese - PT
0573 518036 - www.gfpress.it - editoria@gfpress.it