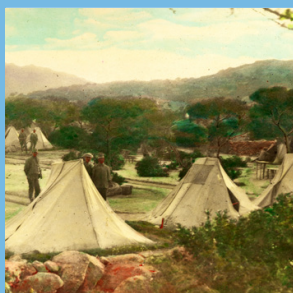


Memorie e attualità tra storia e salute

Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia
a cento anni dalla Grande Guerra
a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria



A cura di Paola De Castro,
Daniela Marsili
e Assunta Trova



I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità
Quaderno 11



Istituto Superiore di Sanità

Memorie e attualità tra storia e salute

Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia
a cento anni dalla Grande Guerra
a partire dall'esperienza
dell'Asinara e di Vittoria

**A cura di Paola De Castro^{*},
Daniela Marsili^{*} e Assunta Trova^{**}**

^{*} *Settore Attività Editoriali, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
^{**} *Dipartimento di Scienze Politiche, Scienze della Comunicazione
e Ingegneria dell'Informazione, Università degli Studi di Sassari*

**I beni storico-scientifici
dell'Istituto Superiore di Sanità**

Quaderno 11

Istituto Superiore di Sanità

Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria.

A cura di Paola De Castro, Daniela Marsili e Assunta Trova

2015, iv, 122 p. (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, 11)

A cento anni dalla Prima Guerra mondiale, l'esempio della stazione sanitaria dell'Asinara e del campo di Vittoria (Ragusa) invitano alla riflessione su alcuni aspetti della sanità pubblica italiana attraverso l'intreccio di competenze diverse volte ad alimentare un dibattito su tematiche di grande attualità. Il volume sottolinea il valore di un approccio pluridisciplinare alla sanità pubblica attraverso contributi che ricostruiscono lo scenario storico-sanitario dell'epoca a partire dalla documentazione storico-fotografica.

Istituto Superiore di Sanità

Past and present in between history and health. Considerations on public health in Italy one hundred years since the Great War starting from the experience of Asinara and Vittoria.

Edited by Paola De Castro, Daniela Marsili and Assunta Trova

2015, iv, 122 p. (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, 11)

After one hundred years since the First World War, the health stations located at Asinara (Sardinia) and Vittoria (Sicily) allow to express considerations on public health issues of the past century under different perspectives and fuel a current debate on similar issues. The book emphasizes the value of a multidisciplinary approach to public health through papers aiming to reconstruct the historical and health scenarios of the past century, starting from the historical-photographic documentation related to the health stations of Asinara and Vittoria.

Comitato redazionale: Enrico Alleva, Cecilia Bedetti, Giorgio Bignami, Paola De Castro, Gianfranco Donelli, Daniela Marsili, Federica Napolitani (coordinatrice) (Istituto Superiore di Sanità).

Redazione: Giovanna Morini e Laura Radiciotti, Istituto Superiore di Sanità.

Progetto grafico della copertina: Giacomo Toth, Istituto Superiore di Sanità.

Si ringrazia Cosimo Marino Curianò per la preziosa collaborazione alla realizzazione grafica del presente volume.

In copertina: immagini tratte dall'album fotografico *I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916* e cartamoneta utilizzata all'interno del campo di Vittoria.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

È vietata la riproduzione non autorizzata delle immagini contenute in questo volume.

ISBN 978-88-97498-04-9

© Istituto Superiore di Sanità, 2015

V.le Regina Elena 299, 00161 Roma

INDICE

Premessa	iii
Un approccio pluridisciplinare alla salute pubblica nel centenario della Prima Guerra mondiale <i>Paola De Castro, Daniela Marsili</i>	1
La sanità pubblica in Italia negli anni della Prima Guerra mondiale <i>Gianfranco Donelli</i>	13
1915-2015: Cento anni di malattie infettive <i>Massimo Ciccozzi</i>	25
La stazione sanitaria dell'Asinara: dagli albori del Novecento alla Grande Guerra <i>Assunta Trova</i>	37
Il campo di concentramento di Vittoria per i prigionieri di guerra <i>Giancarlo Francione</i>	47
I prigionieri italiani nei lager austro-ungarici e tedeschi durante la Grande Guerra <i>Lauro Rossi</i>	57
Alimentazione e salute nella Grande Guerra: il rifornimento dell'esercito serbo <i>Giuseppe Zichi</i>	71
L'album fotografico perso e ritrovato <i>Salvatore Ligios</i>	83
I documenti sui "dannati dell'Asinara" conservati all'Archivio Centrale dello Stato <i>Cristina Mosillo</i>	91
Ambiente e salute nel Golfo dell'Asinara: il caso di Porto Torres <i>Pietro Comba</i>	97

La valorizzazione dei "luoghi della memoria" in ambito sanitario	
<i>Luca Borghi</i>	105

Interazioni tra scienza e società: l'attualità nei percorsi della memoria	
<i>Alberto Pinna</i>	113

Appendice

VI Convegno Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità <i>Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria</i>	
Istituto Superiore di Sanità. Roma, 17 settembre 2015	119

PREMESSA

L'album fotografico intitolato *I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916* è stato occasione dell'incontro tra due istituzioni, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS, Settore Attività Editoriali), e l'Università degli Studi di Sassari (Dipartimento di Scienze Politiche, Scienze della Comunicazione e Ingegneria dell'Informazione). Le due istituzioni hanno, così, rafforzato interessi comuni a partire dall'analisi di momenti importanti della storia e della sanità pubblica del nostro Paese rappresentati da preziose fotografie storiche acquarellate a mano. È da tale album fotografico che si sviluppa un progetto che investe la storia della sanità pubblica italiana negli anni della Grande Guerra e si inserisce tra le iniziative di riconosciuto valore culturale e di stretta attinenza al tema delle commemorazioni della Prima Guerra mondiale.

Il volume rappresenta il primo frutto di questa collaborazione: i ricercatori dell'ISS che, appassionati anche di storia, analizzano le vicende legate ai primi decenni della sanità pubblica in Italia e alle origini di quello che è poi diventato il più importante ente di ricerca per la salute pubblica del Paese in Italia, e gli storici che mettono in luce alcuni momenti importanti della Grande Guerra relativi, in particolare, alle vicende dei prigionieri e di coloro che furono, comunque, costretti ad abbandonare il paese d'origine. L'approccio di questo lavoro, peraltro, non poteva non dare ampio spazio a contributi rappresentati da diverse professionalità che contribuiscono a definire il contesto nel quale si svolge l'analisi oggetto della presente pubblicazione, in particolare per quanto attiene ai diversi luoghi, l'isola dell'Asinara e il "campo" di Vittoria in provincia di Ragusa. Lo studio che abbiamo voluto affrontare ci ha arricchito enormemente in termini di nuove conoscenze e nuovi scenari.

L'intento del volume è, precisamente, quello di offrire spunti di riflessione che, a partire dall'analisi storica e sanitaria degli anni della Grande Guerra, ci riporti all'attualità per affrontare con maggiore consapevolezza i problemi socio-sanitari che richiedono oggi soluzioni urgenti e condivise.

L'approccio multidisciplinare che contraddistingue questa pubblicazione - così come il Convegno a questa associato "Memorie e attualità tra storia e salute" - vuole essere per noi un ulteriore invito a considerare l'importanza di affrontare i problemi della salute "in tutte le politiche" in una dimensione il più possibile globale.

Le immagini riprodotte in questo lavoro si inseriscono a pieno titolo in questa dimensione perché aiutano - come altra faccia della stessa medaglia - a cogliere le complesse dinamiche dell'organizzazione della sanità pubblica, non solo nelle emergenze.

Paola De Castro, Daniela Marsili, Assunta Trova

UN APPROCCIO PLURIDISCIPLINARE ALLA SALUTE PUBBLICA NEL CENTENARIO DELLA PRIMA GUERRA MONDIALE

Paola De Castro, Daniela Marsili

Settore Attività Editoriali, Istituto Superiore di Sanità

Per comprendere l'importanza di perseguire un approccio pluridisciplinare alle tematiche che investono la salute pubblica partiamo da alcune semplici considerazioni per poi riflettere sul contesto storico-sociale nel quale si inserisce il dibattito intorno ai temi di salute nel periodo della Prima Guerra mondiale e oltre.

Anzitutto, è importante riconoscere la complessità associata alla natura della stessa sanità pubblica, una scienza relativamente giovane che comprende, al suo interno, numerose discipline afferenti ai grandi ambiti delle scienze biologiche e mediche, delle scienze sociali e umane, delle scienze fisiche, chimiche, matematiche, statistiche, e non solo... (1).

È poi opportuno considerare che la salute è un argomento di interesse e, allo stesso tempo, di preoccupazione di tutti, uomini e donne, di qualsiasi ceto sociale e in qualsiasi parte del mondo essi vivano. Dunque, le istituzioni nazionali e le organizzazioni internazionali che, a vari livelli, si occupano di salute sono costantemente impegnate nella ricerca di strategie volte al raggiungimento del completo stato di benessere fisico, psichico e mentale per tutti gli esseri umani e, non soltanto a garantire l'assenza di malattie, come sancito nella definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Salute nel 1946 (2). Nel 1948, le Nazioni Unite includevano il diritto alla salute tra i diritti umani imprescindibili "Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family..." (3).

Successivamente, anche l'Unione Europea (UE) ha dichiarato il proprio impegno a raggiungere un livello elevato di tutela della salute per tutti i cittadini, come si legge nell'articolo 168 del Trattato sul funzionamento della UE: "Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana" (4).

La UE ha dichiarato il proprio impegno a sostenere le politiche nazionali a garanzia del miglioramento della salute pubblica, per la prevenzione delle malattie e dei rischi per la salute, in particolare, quelli legati all'adozione di corretti stili di vita. Le politiche europee per la salute prevedono, dunque, lo sviluppo di competenze condivise con gli Stati membri per il completamento delle politiche nazionali, con la possibilità di cooperare con Paesi terzi e organizzazioni internazionali competenti in materia di salute (ad esempio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura, l'Organizzazione Internazionale del Lavoro, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

Tutto ciò ci porta a evidenziare l'importanza e la necessità di operare a livello internazionale e nazionale secondo un approccio pluridisciplinare alla salute, sia perché l'equilibrio tra uomo e ambiente influenza lo stato di salute delle popolazioni anche al di là dei confini geopolitici, sia perché la trasmissione delle malattie associate alla movimentazione di persone e cose è oggi molto più rapida rispetto al passato.

Per il tema trattato nel presente volume, rappresentato visivamente dalle Figure 1 e 2, focalizziamo la nostra attenzione su un fenomeno che attiene alla salute globale qual è quello dei flussi migratori e delle implicazioni sociali e di salute pubblica che ne conseguono.

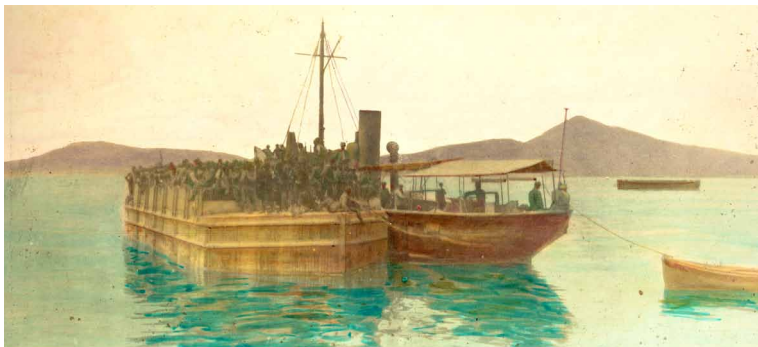


Figura 1 - Ritorno al campo dei prigionieri dopo il bagno e disinfezione. Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, Cala Reale. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"



Figura 2 - Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, zona di Tumarino. Veduta degli accampamenti. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

Negli ultimi decenni assistiamo al fenomeno dell'aumento dei flussi migratori verso l'Europa e, quindi, anche verso l'Italia, nonché alle difficoltà della UE e del nostro Paese di dare un'appropriata risposta di accoglienza ai migranti anche considerando il loro diritto alla salute, quale tema di salute pubblica. Non si può, infatti, dimenticare che le condizioni di grande vulnerabilità e deprivazione socio-economica in cui vivono le popolazioni migranti si riflettono sulla loro salute. È ormai riconosciuto che la malattia non può essere considerata più solo come processo biologico, ma come processo sociale, culturale, economico e ambientale. In questo contesto, un tema di salute globale quale quello della salute dei migranti richiede un approccio integrato di ricerca, prevenzione e buone pratiche volto a favorire l'equità e la giustizia sociale, a livello locale e internazionale.

Con queste prime considerazioni sul tema della salute dei migranti - in particolare le migliaia di persone che attraverso tragici viaggi per mare raggiungono il nostro Paese e permangono nei Centri di accoglienza - ci colleghiamo, con un salto all'indietro di cento anni, al tema della salute dei prigionieri italiani della Prima Guerra mondiale detenuti in Austria e in Germania e dei prigionieri austro-ungarici degli italiani.

La riflessione che proponiamo in questo volume riguarda, in particolare, le vicende di migliaia di prigionieri degli italiani che in quegli anni furono destinati alle stazioni sanitarie e ai campi di

prigionia in Italia. Due esempi sono quelli della stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, alla quale furono destinati migliaia di prigionieri appartenenti all'esercito austro-ungarico e del campo di prigionia di Vittoria (Ragusa) dove furono detenuti i prigionieri dell'esercito austro-ungarico (esercito che comprendeva anche altre etnie: polacchi, cechi, slovacchi, erzegovini, bosniaci, croati, dalmati).

La Figura 3 rappresenta una rielaborazione grafica, in forma di cartolina postale, di alcune immagini relative all'isola dell'Asinara e al campo di Vittoria negli anni della Grande Guerra. La Figura 4 mostra la cartamoneta utilizzata all'interno del campo di Vittoria.

Tenendo in considerazione le evidenti differenze storiche e sociopolitiche, ambientali e culturali, evidenziamo innanzitutto come in quegli anni un tema di salute pubblica e di emergenza sanitaria internazionale e nazionale veniva considerato e gestito principalmente come tema di ordine pubblico. Infatti, durante gli anni della Prima Guerra mondiale i compiti di sanità in Italia erano gestiti dal Ministero dell'Interno insieme a quelli di ordine pubblico e sicurezza. Ciò a seguito dell'RD del 28 dicembre n. 538 del 1902 che aveva ripristinato la Direzione Generale della Sanità Pubblica (DGSP) del Ministero dell'Interno (istituita con RD 3 luglio 1887, n. 4707) e dell'approvazione del Testo Unico delle leggi sanitarie a completamento della Legge del 1888 (riforma Crispi), che includeva anche la Legge 2 novembre 1901, n. 460 contenente disposizioni per diminuire le cause della malaria e la Legge 21 luglio 1902, n. 427, contenente disposizioni per combattere la pellagra (5, 6).

La DGSP del Ministero dell'Interno operò durante l'intero periodo bellico con compiti, tra gli altri, di raccolta delle relazioni e dei quadri statistici sull'andamento epidemiologico delle malattie infettive (malaria, pellagra) realizzate dai medici provinciali. Tale Direzione rimarrà quasi invariata fino al 1945 quando verrà sostituita dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità (ACIS), alle dipendenze della Presidenza del Consiglio, le cui funzioni comprendevano "la tutela della sanità pubblica, il coordinamento e la vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno lo scopo di prevenire e combattere le malattie sociali". L'Alto Commissariato opererà negli anni 1945-1958 e verrà infine sostituito dal Ministero della Sanità istituito con la Legge 13 marzo 1958 n. 296.

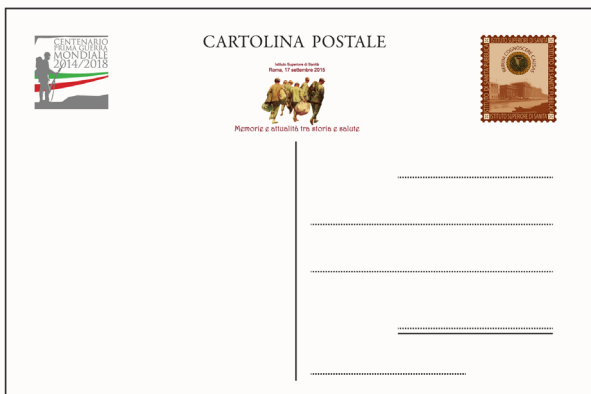


Figura 3 - Cartoline realizzate da Cosimo Marino Curianò (ISS-SAE) per il VI Convegno della serie "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità" del 17 settembre 2015, organizzato in occasione del centenario della Prima Guerra mondiale

A



B

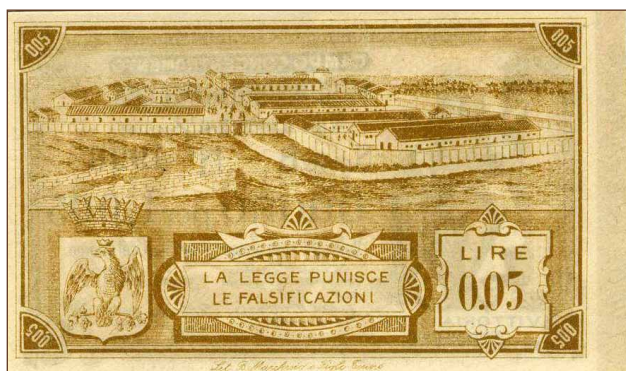


Figura 4 - Cartamoneta utilizzata all'interno del campo di Vittoria. A: Fronte; B: Retro.

Ricordiamo, solo per inciso, che l'Istituto di Sanità Pubblica (oggi Istituto Superiore di Sanità, ISS) nacque nel 1934 alla dipendenza del Ministero dell'Interno (RD Legge 11 gennaio 1934, n. 27) (7) e fu diretto dal Direttore Generale della Sanità Pubblica al Ministero dell'Interno. Rimandiamo all'attenta analisi di Giorgio Bignami per una storia dettagliata dell'ISS, dalle origini sino alla fine del secolo scorso (8) e ai volumi storici dell'ISS (accessibili nella sezione "I Beni storico-scientifici" del sito delle pubblicazioni ISS - www.iss.it/publ/index.php?lang=1). Ricordiamo che l'Istituto ebbe un ruolo di primo piano nei suoi primi anni di attività nelle campagne di eradicazione della malaria; che ospitò, negli anni '50

del secolo scorso, la prima fabbrica di penicillina sotto la direzione del premio Nobel Ernst Boris Chain (Direttore del Centro Internazionale di Chimica Microbiologica); che presso l'ISS lavorarono anche altri premi Nobel, quali Enrico Fermi, Daniel Bovet e Rita Levi-Montalcini, che ha festeggiato i suo cento anni proprio all'ISS quando le venne dedicata un'aula dell'Istituto. Con il passare degli anni, le competenze dell'ISS si sono ampliate ai diversi ambiti della salute pubblica - così come rappresentato da una struttura che ospitava al suo interno laboratori con competenze diverse, dalle malattie infettive, alla fisica, all'ambiente, alla biologia cellulare, all'epidemiologia, per citarne solo alcuni - con un crescente impegno anche in ambito internazionale. Ciò consente di poterci avvalere oggi, anche nella realizzazione di questo stesso volume, del contributo di esperti dell'ISS afferenti ai diversi ambiti disciplinari che offrono le loro competenze anche in rapporto alla delicata e spesso sottovalutata questione della divulgazione scientifica.

Pensiamo ora al rapporto di influenza reciproca esistente fra scienza e società che investe tutte le discipline e, dunque, anche la salute pubblica. Oggi il cittadino è sempre più parte attiva nella gestione della propria salute, e vuole essere informato sulle questioni che lo riguardano personalmente; aumenta la richiesta dei cittadini verso le istituzioni locali e nazionali che si occupano a vario titolo di salute. Anche i "non esperti" partecipano attivamente al dibattito tra scienza e società contribuendo ad orientarne gli esiti. Basti pensare, ad esempio, al ruolo delle associazioni di pazienti e familiari dei pazienti, o dei servizi volti a informare il cittadino in modo semplice e chiaro su questioni di salute e sull'accesso alle cure, o alla presenza di numerose riviste di divulgazione scientifica, o agli articoli di scienza nei quotidiani, nonché alle diversificate fonti di informazione e divulgazione scientifica in Internet e al proliferare di blog e social network che parlano di scienza e, in particolare, di salute.

Riconoscendo che "la conoscenza è la migliore prevenzione", oggi si insiste molto sulla necessità di promuovere corretti stili di vita per la prevenzione e la cura delle malattie e di mantenere un corretto equilibrio tra uomo e ambiente. Inoltre, il cittadino comune è sempre più interessato a ricercare e a utilizzare le informazioni relative alla propria salute, attraverso un processo di *empowerment* facilitato da una maggiore coscienza dei propri diritti e dai nuovi

mezzi di comunicazione resi possibili grazie all'impiego di Internet, in particolare, come si è detto, e dei social network che rendono più che mai interattiva la comunicazione online.

La comunità scientifica e, in particolare, gli operatori di sanità pubblica hanno l'obbligo morale di comunicare le proprie conoscenze ai diversi *stakeholder* considerando i modi e i tempi più adeguati perché la comunicazione possa risultare efficace e appropriata per i singoli target, secondo gli obiettivi che si intendono raggiungere. L'adozione di un approccio pluridisciplinare alla sanità pubblica consente di rispondere anche alla necessità di un'efficace comunicazione.

In questa prospettiva ricordiamo che da molti anni l'ISS (in particolare, tramite il Settore Attività Editoriali - SAE) è impegnato a sviluppare strategie di disseminazione scientifica che, accanto alla produzione più tradizionale di articoli scientifici e rapporti tecnici indirizzati agli addetti ai lavori, e all'organizzazione di congressi e seminari rivolti alla comunità scientifica, prevedono anche iniziative rivolte ad altri portatori di interesse, in particolare il grande pubblico e le scuole. Ciò precisamente con l'obiettivo di favorire l'interazione del mondo della ricerca con la società che ne è poi la diretta beneficiaria; questo sforzo di interazione ha come obiettivo una maggiore consapevolezza sia da parte del ricercatore sull'importanza di comunicare i risultati della ricerca anche al di fuori della comunità scientifica, sia da parte dei cittadini che beneficiano di conoscenze aggiornate che possono contribuire al miglioramento del proprio stato di salute.

Attraverso lo sviluppo di strategie di disseminazione, l'attività di divulgazione scientifica è stata realizzata con incontri e pubblicazioni indirizzati alle scuole (come, ad esempio, la serie di "Dispense per la Scuola" o i cicli seminariali "I martedì Scuola e Salute"), con la partecipazione a festival di divulgazione scientifica (ad esempio il Festival Internazionale del Documentario Scientifico - DOCSCIENT Festival e il Festival Internazionale della Scienza di Genova). In questi eventi sono state affrontate tematiche di particolare interesse sia per il mondo della scuola sia per un pubblico più vasto.

Si comprende, così, l'importanza e il ruolo di un ente di ricerca preposto alla tutela della salute pubblica nell'adottare un approccio pluridisciplinare ai temi relativi alla salute.

Con questa visione, si sono sviluppate presso l'ISS, già negli anni '90 del secolo scorso, iniziative volte a recuperare e a valorizzare il patrimonio storico-scientifico dell'ente (9, 10): dalla pubblicazione del primo libro fotografico sulla storia dell'ISS intitolato *Immagini nel tempo*, alla catalogazione e alla valorizzazione della strumentazione scientifica dell'ISS non più utilizzata a scopi di ricerca, e in particolare degli strumenti appartenuti al laboratorio di Fisica, alla conservazione di documentazione scientifica (11) e del prezioso materiale archivistico dell'ente (12).

Nel 2008, grazie ad un finanziamento iniziale del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, inauguravamo il primo Convegno della serie *Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità* (organizzato dal SAE dell'ISS), giunto nel 2015 alla sesta edizione. Ogni Convegno di tale serie è stato dedicato a una tematica specifica in un percorso di recupero del lavoro scientifico e della memoria orale, volto a creare una coscienza critica del presente per meglio orientare le scelte future. Nei Convegni sono stati affrontati temi relativi alla conservazione e alla valorizzazione del patrimonio storico-scientifico degli enti di ricerca, ai racconti di storie di ricerca al femminile, alla presentazione di filmati "Racconti in movimento", prevalentemente prodotti in proprio dall'ISS, allo sviluppo di un progetto di memorie orali. I Convegni sono stati organizzati anche per presentare i volumi pubblicati nella serie "I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità". Questa collana, nata nel 2005 è giunta nel 2015 a pubblicare il suo undicesimo quaderno che ha l'obiettivo di riflettere su alcuni aspetti della sanità pubblica nel centenario della Prima Guerra mondiale. Spesso, in occasione dei Convegni, sono state anche organizzate mostre di strumenti scientifici di interesse storico e di libri del "Fondo Rari" della Biblioteca ISS (Figura 5).

Vale la pena sottolineare che tutte le pubblicazioni edite dall'ISS a partire dal 2000 sono online e liberamente accessibili, proprio nell'ottica di facilitare la fruibilità dei prodotti realizzati promuovendo una riflessione su momenti ed eventi della storia della sanità pubblica in Italia.

Negli ultimi anni, il SAE ha anche collaborato con diverse istituzioni e organizzazioni per la realizzazione di iniziative di particolare interesse storico. In questo contesto ricordiamo quella realizzata



Figura 5 - Immagine di una mostra realizzata nel 2013 in occasione del V Convegno della serie "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità"

nel 2013 in collaborazione con l'Associazione Nazionale Partigiani d'Italia (ANPI), a 70 anni dal bombardamento degli Alleati del quartiere S. Lorenzo di Roma del 19 luglio 1943, durante il quale fu anche danneggiato l'edificio principale dell'ISS situato a ridosso dello stesso quartiere (13). In quell'occasione è stata approfondita la ricerca storica sul sistema di posizionamento delle sirene antiaereo con particolare riferimento alla sirena ancora esistente sul tetto dell'edificio principale dell'ISS, contribuendo a far nascere anche l'idea di organizzare passeggiate turistiche nei luoghi della memoria e della scienza (14). Ricordiamo, infatti, che accanto all'ISS sorgono il Consiglio Nazionale delle Ricerche, l'Università degli Studi "Sapienza", il Policlinico Umberto I, l'ex Istituto Regina Elena. Nel 2015, il SAE ha collaborato anche alla realizzazione di una mostra fotografica storica sulle donne, in occasione di due manifestazioni organizzate con il Gruppo "Se non ora quando" ISS e la sezione ANPI Ugo Forno ISS (15).

Tra le più recenti collaborazioni ricordiamo quella avviata nel 2014 tra il SAE dell'ISS e il Dipartimento di Scienze Politiche, Scienze della Comunicazione e Ingegneria dell'Informazione dell'Università degli Studi di Sassari. L'iniziale collaborazione, attivata per la ricerca di informazioni sugli album fotografici dei prigionieri di guerra austriaci all'isola dell'Asinara del dicembre

1915-luglio 1916 (presenti in due copie originali, una presso l'Archivio di Stato, l'altra presso l'ISS), si è successivamente sviluppata dando luogo alla realizzazione del presente Quaderno e del VI Convegno della Serie *Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità* del 17 settembre 2015 (vedi Appendice p. 11).

Riferimenti bibliografici

1. Winslow CEA. The untilled fields of public health. *Science* 1920;51(1306): 23-33.
2. World Health Organization. Preamble of the Constitution. 1946 (www.who.int/about/definition/en/print.html).
3. Nazioni Unite. Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Articolo 25; 1948.
4. Italia. Art. 168 della Versione consolidata del trattato sull'Unione europea e del trattato sul funzionamento dell'Unione europea - Trattato sull'Unione europea (versione consolidata) - Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (versione consolidata) - Protocolli - Allegati - Dichiarazioni allegate all'atto finale della Conferenza intergovernativa che ha adottato il trattato di Lisbona firmato il 13 dicembre 2007 - Tavole di corrispondenza. *Gazzetta ufficiale* n. C 326 del 26 ottobre 2012. p. 0001-0390 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:12012E/TXT&from=IT>).
5. De Simone M. Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato. In: *SIDeS "Popolazione e storia* 2002;1:143-56.
6. Donelli G, Di Carlo V. *I laboratori della Sanità Pubblica. L'Amministrazione Sanitaria Italiana tra il 1887 e il 1912*. Bari: Editori Laterza; 2012.
7. Italia. Regio Decreto-Legge Legge 11 gennaio 1934, n. 27. *Gazzetta Ufficiale del Regno D'Italia* n. 22, 27 gennaio 1934. p. 405-9.
8. Bignami G. Origins and subsequent development of the Istituto Superiore di Sanità. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità* 2002;(Suppl 1):67-95.
9. Bedetti C, De Castro P, Modigliani S. (Ed.). *Convegno Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma, 4 febbraio 2008. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008: (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, Quaderno 8).
10. De Castro P. Le iniziative dell'Istituto Superiore di Sanità per la tutela e la valorizzazione della memoria. In: De Castro P, Marsili D, Modigliani S (Ed.). *Storia e identità di un ente di ricerca. L'Istituto Superiore di Sanità attraverso racconti e testimonianze orali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, Quaderno 8): 39-47.

11. Bedetti C. Gli strumenti storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità. In: Bedetti C, De Castro P, Modigliani S. (Ed.). *Convegno Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma, 4 febbraio 2008. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità: 2008 (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, Quaderno 3).
12. Bignami G. Problemi di conservazione delle documentazioni cartacee. In: Bedetti C, De Castro P, Modigliani S (Ed.). *Convegno. Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma, 4 febbraio 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità: 2008 (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, Quaderno 3).
13. De Castro P, Marsili D. Un convegno per ricordare il bombardamento di San Lorenzo del 19 luglio 1932. *Not Ist Super Sanità* 2013; 11-12.
14. APPasseggio. Roma: il bombardamento di San Lorenzo <http://www.appasseggio.it/index.php?it/108/catalogo-roadbook/catalogoroadbooks/36>
15. Gruppo "Se non ora quando" ISS e la sezione ANPI Ugo Forno ISS (a cura di) La giornata internazionale dei diritti delle donne e per la pace internazionale all'Istituto Superiore di Sanità. *Not Ist Super Sanità* 2015;(4): 18.

LA SANITÀ PUBBLICA IN ITALIA NEGLI ANNI DELLA PRIMA GUERRA MONDIALE

Gianfranco Donelli

già, Dirigente di Ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità

Il merito del consolidamento e del potenziamento delle strutture italiane di sanità pubblica e del loro assetto organizzativo va riconosciuto in larga misura a Rocco Santoliquido che, fino al termine del suo mandato di Direttore Generale della Sanità Pubblica nel 1911, si prodigò incessantemente per sollecitare la promulgazione di leggi e decreti in tal senso. Tuttavia, quando nel 1912 egli passò il testimone di Direttore Generale ad Alberto Lutrario, nonostante la progressiva diminuzione della mortalità, registrata nei decenni successivi all'istituzione della Direzione Generale della Sanità Pubblica (DGSP) nell'ambito del Ministero dell'Interno, la diffusione delle principali malattie infettive non risultava essersi sostanzialmente ridotta; tra il 1910 e il 1914 fu, quindi, necessario affrontare non solo un elevato numero di casi sporadici ma anche veri e propri focolai epidemici di colera, tifo, peste e vaiolo. Per fronteggiare tali evenienze, la DGSP aveva comunque predisposto per tempo un piano di emergenza che prevedeva di svolgere indagini di laboratorio sul campo a supporto dei laboratori municipali; in mancanza di questi, era previsto l'allestimento, in locali di isolamento, di una unità di batteriologia, grazie ad appositi presidi mobili consistenti in cassette portatili contenenti un corredo di laboratorio ridotto all'essenziale ed un microscopio. Accertata la presenza di un focolaio di infezione, il piano prevedeva, previa verifica delle scorte di sublimato e di acido fenico esistenti presso le farmacie locali, l'attuazione di interventi generali di disinfezione; nel caso di Comuni particolarmente disagiati, venivano distribuite gratuitamente bottiglie contenenti una miscela di 50 g di sublimato corrosivo e 200 g di cloruro sodico. La DGSP metteva, comunque, a disposizione pompe per spruzzare disinfettanti liquidi, apparecchi mobili per la sterilizzazione e, in caso di peste, apparecchi ad anidride solforosa per la derattizzazione di navi, magazzini, stalle ecc. Il piano di emergenza prevedeva, inoltre, la possibilità di effettuare vaccinazioni contro la peste utilizzando



Disinfezione in un accantonamento. Dal libro fotografico dell'esercito italiano "I servizi di una sezione di disinfezione", agosto 1917



La sezione di disinfezione ha improvvisato presso la propria sede una stufa di disinfezione con mezzi di fortuna, mediante una botte, una generatrice di vapore, dei tubi ed alcuni accessori trovati. Dal libro fotografico dell'esercito italiano "I servizi di una sezione di disinfezione", agosto 1917

un vaccino prodotto da personale specializzato nell'isola di Pianosa. Come ci informa, infatti, il botanico Somier, recatosi più volte sull'isola per motivi di studio, nel periodo a cavallo tra i due secoli, nella Casa Penale di Pianosa "L'edificio del Marchese essendo il più lonta-



La sezione di disinfestazione ha raccolto indumenti ed oggetti di corredo ed armamento abbandonati negli accampamenti e nelle trincee, li ha inventariati, disinfestati, affardellati e poi li ha inviati alla stazione centrale di ricupero, dove tutti gli oggetti sono stati rifatti, rinnovati e riposti in magazzino. Dal libro fotografico dell'esercito italiano "I servizi di una sezione di disinfestazione", agosto 1917

no dal porto, e il più isolato, le stanze abitabili che vi si trovano sono state assegnate al laboratorio batteriologico di Roma per tenervi gli animali ai quali si inoculano malattie infettive. In prossimità è stato costruito un piccolo forno crematorio dove questi animali vengono poi inceneriti" (www.pianosa.net/storia.htm).

Ma ancor più delle malattie infettive già menzionate, la principale emergenza sanitaria, soprattutto nelle regioni centro-meridionali del Paese, era all'epoca costituita dalla malaria; basti ricordare come, nel 1909, risultassero affetti da questa malattia gli abitanti di 2.659 Comuni in 58 province del Regno. A detta di Guido Baccelli, i contadini, a chi domandava loro come si fossero accorti dell'insorgenza della malattia, rispondevano per lo più: "Lavorava e mi venne la febbre, dormiva e mi sono svegliato colla febbre". All'individuazione da parte di Laveran, nel 1880, di un protozoo del genere *Plasmodium* quale responsabile della malattia, erano seguiti tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento numerosi studi, anche ad opera di ricercatori italiani, che avevano definito il ciclo uomo-zanzara-uomo e avevano evidenziato la presenza del plasmodio solo nelle zanzare anofeli; efficace è, a tal proposito, la sinte-

si delle scoperte succedutesi in pochi anni sulla malattia, contenuta nella relazione sulla lotta alla malaria presentata al Consiglio Superiore di Sanità nel 1910 dalla DGSP: "[...] la ipotesi del Manson, le ricerche di Ross ed innumerevoli studi, a preferenza sperimentali, del Bignami, del Bastianelli, del Grassi, e di altri, condussero ad una teoria fondata su incontestabili cognizioni circa la trasmissione della malaria [...]. Spetta al Ross il merito di avere, per primo, dimostrato la presenza del germe malarigeno dell'uomo nel corpo della zanzara, ma non minore è il merito del Grassi di avere messo in evidenza che solo gli anofeli, tra i culicidi, ospitano il germe, e di aver reso noto, con rigorosa esattezza, il completo ciclo sessuale del parassita nello stesso insetto".

Si può, quindi, dire che alla vigilia della Prima Guerra mondiale l'assetto organizzativo della sanità pubblica italiana era ben delineato; ma, nonostante ciò, appena scoppiata la Prima Guerra mondiale nel luglio del 1914, la sanità fu uno dei primi settori ad essere allertati sia per le emergenze sanitarie che avrebbero potuto riguardare i territori italiani confinanti con i Paesi già entrati in guerra, che in vista della presumibile rinuncia alla neutralità da parte dell'Italia. Si dovettero, così, modificare le strutture sanitarie a cominciare dai laboratori della sanità pubblica: il laboratorio batteriologico perfezionò la produzione di sieri, vaccini, mentre il laboratorio chimico preparò ingenti quantità di materiali per la disinfezione.

Fu, inoltre, avviata un'intensa attività di sensibilizzazione e formazione professionale per il personale sanitario, alla quale collaborarono attivamente anche i professori d'igiene delle università, primo tra tutti l'allora senatore Prof. Alessandro Lustig che fu promotore di numerosi corsi: le lezioni vertevano essenzialmente sui metodi per contrastare la diffusione delle malattie infettive nell'esercito e nella popolazione civile, mirati nel primo caso a mantenere nelle trincee condizioni igieniche adeguate, suggerendo ad esempio lo scavo di fosse per le deiezioni, e, nel secondo caso, a sollecitare una scrupolosa igiene personale. Per iniziativa della società Lancisiana si svolse a Roma il corso di medicina castrense nell'ambito del quale il Prof. Giuseppe Sanarelli tenne una lezione sul tifo esantematico ed il Prof. Amico Bignami parlò, invece, della profilassi della malaria, soffermandosi sull'importanza della scelta del luogo dell'accampamento che doveva essere, per quanto possibile, lontano da zone malariche.

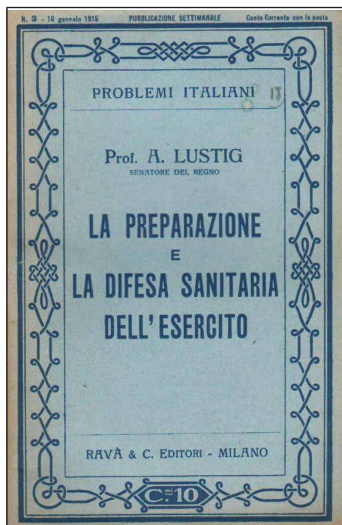
Problemi sanitari di Guerra fu, inoltre, intitolata una collana di una trentina di volumetti quindicinali, pubblicati tra il 1915 e il 1916, che ebbero ampia diffusione.

Dall'entrata in guerra dell'Italia nel maggio 1915, e fino alla fine del conflitto nel 1918, tutte le strutture della sanità pubblica, guidate dal Direttore Generale Alberto Lutrario, si trovarono fortemente impegnate a contenere sul piano igienico-sanitario gli effetti devastanti del conflitto, soprattutto nelle zone di confine, e ad individuare e ad eliminare le molte cause di insalubrità legate all'igiene delle acque potabili e degli abitati.

Poco dopo l'ingresso in guerra dell'Italia, sul fronte nord-orientale si registrarono, nei primi giorni del luglio 1915, i primi casi di colera.

È utile ricordare che in Italia dal 1912 non si erano più registrati casi di colera e che quei primi casi a distanza di tre anni furono l'inizio di un'epidemia di "carattere castrense" particolarmente grave, a causa delle pessime condizioni igieniche delle trincee.

Poco dopo le prime avvisaglie epidemiche sul fronte dell'Isonzo, con il Decreto Luogotenenziale del 22 agosto 1915, n. 1276, venne disposta la vaccinazione anticolerica estesa all'intero esercito. Man mano che l'epidemia colerica si andava ridimensionando, si passò poi alla profilassi della febbre tifoidea avvalendosi in larga misura dell'aiuto dei laboratori di sanità pubblica: la significativa, crescente incidenza dei paratifi A e B indusse ad avvalersi di un divaccino e di un trivaccino per assicurare la copertura vaccinale contro tutte le infezioni tifiche riscontrate. Nel frattempo, la Legge 16 luglio 1916, n. 947 sanciva che "Il Ministero dell'Interno è autorizzato a produrre e vendere al prezzo da fissarsi annualmente con decreto del Ministro, il vaccino jenneriano nonché gli altri vaccini e sieri, dei quali il Ministero stesso, sentito il Consiglio Superiore di Sanità ritenga utile nell'interesse pubblico assumere la produzione e lo smercio... per l'esercizio 1915-



Dalla collana: Problemi sanitari di guerra, 1915

16 è assegnata la somma di lire 260.000, destinata per lire 205.555 alla costruzione o all'arredamento del vaccinogeno e per lire 55.000 al completamento della sezione di controllo dei sieri e vaccini presso il laboratorio di micrografia e batteriologia della Sanità Pubblica".

L'importante ruolo svolto, in quegli anni di guerra, dai laboratori della sanità pubblica è confermato nel resoconto della visita, avvenuta nel marzo del 1918, di una delegazione inglese guidata dal Surgeon General dell'Armata Inglese, Sir Henry Simpson Newland: "Nel Laboratorio chimico, diretto dall'on. Senatore Paternò, [...] esaminarono [...] gli impianti ed il funzionamento delle sezioni specialmente adibite alle ricerche sulle acque potabili, sulla panificazione ed alla lavorazione e preparazione dei disinfettanti. Nel laboratorio batteriologico, diretto dal Prof. Gosio, si soffermarono a esaminare in modo speciale le sezioni, istituite in occasione della guerra per la preparazione sia del vaccino anticolerico, antitifico e antiparatifico, sia del siero antimeningococcico, quella per il controllo dei sieri e vaccini prodotti da altri Istituti scientifici e quella, più recente per la preparazione ed il controllo del vaccino jenneriano". Nella Relazione della DGSP del 1921, viene dettagliato che: "Nel periodo compreso tra l'autunno del 1915 e il luglio del 1919, i Laboratori produssero oltre due milioni di cmc. di sieri curativi (antipestoso, antimeningococcico, antidissenterico, antipiogeno)... Furono, inoltre, prodotti 21 milioni e mezzo di cc. di vaccini batterici per la profilassi delle infezioni tifiche, paratifiche, del colera e della peste bubbonica. Per la vaccinazione jenneriana, i laboratori contribuirono con la produzione di 800.000 dosi di linfa vaccinica. La Direzione generale, inoltre, produsse oltre 47.500 cc. di sieri diagnostici che distribuì largamente a tutti i laboratori civili e militari, così in zona di guerra come nel territorio del Regno, per metterli in grado di riconoscere a tempo e con esattezza la natura delle infezioni che si andavano manifestando".

E scrive ancora Lutrario nella sua Relazione al Consiglio Superiore di Sanità del 1922: "Ma è bene anche porre in rilievo il vantaggio finanziario che ne ha tratto l'erario, poiché l'insieme della produzione [...] calcolato ai prezzi del libero commercio, raggiunge il valore di oltre 11 milioni di lire. L'esperienza di guerra deve perciò servire, anche in questo campo, ai fini della pace, nella quale, essendo permanente la lotta contro le malattie che insidiano la compagine e le energie della popolazione - già tanto provata

negli ultimi cinque anni - è pure permanente il bisogno di questi presidi profilattici. La produzione dei sieri e dei vaccini è continuata, difatti, in larga misura presso il nostro laboratorio, anche dopo la guerra".

Va ricordato, tuttavia, come questa attività di produzione dello Stato non fosse esclusiva, ma si affiancasse a quella svolta dagli istituti privati, a cominciare dall'Istituto Sieroterapico Milanese i cui prodotti avevano larga diffusione e godevano della fiducia sia della popolazione che dei medici.

Particolare attenzione fu dedicata anche al controllo della qualità igienica degli alimenti che rappresentò una parte notevole del lavoro svolto dai laboratori di sanità pubblica. La scarsità degli alimenti costituì, tuttavia, il problema più grave degli anni della guerra, tanto che gli ufficiali sanitari dei Comuni italiani si impegnarono a fondo nel propagandare abitudini alimentari corrette ed una dieta parca a tutto vantaggio delle loro comunità e dell'intero Paese. Questo, ad esempio, il decalogo che Giuseppe Antonelli, ufficiale sanitario di Viterbo, illustrava nelle sue conferenze rivolte agli insegnanti ed agli studenti:

1. il calore di cui ha bisogno normalmente l'organismo devi oggi darlo più col pane che collo zucchero;
2. quel che sottrai alla gola lo sommi alla salute;
3. fa il generoso cogli erbaggi e coi legumi; fa l'avarò con la carne; fa il broncio al vino e al caffè;
4. preferisci il cibo insipido a quello che ha in eccesso untumi, spezie e sali;
5. il lusso della cucina è abbondanza di vizi;
6. prima di desiderare superflue vivande pensa a chi mangia parcamente e pur sta bene;
7. non è la sazietà che ti deve ingiungere di lasciar la tavola, ma l'equo calcolo di quel che hai mangiato;
8. il vigor fisico non si acquista colla qualità dei cibi, ma col moderato uso degli alimenti più utili allo organismo;
9. risparmia le molliche oggi se vuoi avere la pagnotta domani;
10. nella vita civile la vera dignità si dimostra colla parsimonia di ciò che serve tanto esternamente quanto nell'intimità della casa.

Mentre Ermogene Cingolani, ufficiale sanitario di Vergato in provincia di Bologna, metteva al decimo posto del suo decalogo il ben noto detto della società medica di Salerno: *mangiare una sola*

volta è da angeli, due volte è da uomini, più spesso è da demoni. In questo contesto, l'industria alimentare puntò alla produzione e alla commercializzazione di prodotti surrogati a basso costo, vantandone le proprietà nutritive: dalla margarina agli oli vegetali, al latte di soia e al cosiddetto "pane di guerra", in cui la farina di grano era mescolata a quella di altri cereali.

La DGSP, d'intesa con la sanità militare, diede un decisivo contributo per tutte le emergenze che si profilarono durante la guerra, non limitandosi ai settori finora descritti: si occupò ad esempio, durante le migrazioni dei profughi di guerra, dei necessari controlli sanitari e per coloro che provenivano da zone infette, quali il medio-basso Isonzo durante l'epidemia colerica, organizzò apposite strutture di ricovero temporaneo, ove venivano eseguite le indagini batteriologiche, atte a confermare o meno le osservazioni sanitarie, e le necessarie pratiche vaccinali. Norme sostanzialmente analoghe furono adottate anche per i prigionieri di guerra.

La supervisione e la collaborazione della DGSP riguardarono, inoltre, tutti gli spostamenti per terra e per mare di civili e militari, anche quando la logistica e l'assistenza finale era curata da militari o, spesso, dalla Croce Rossa italiana.



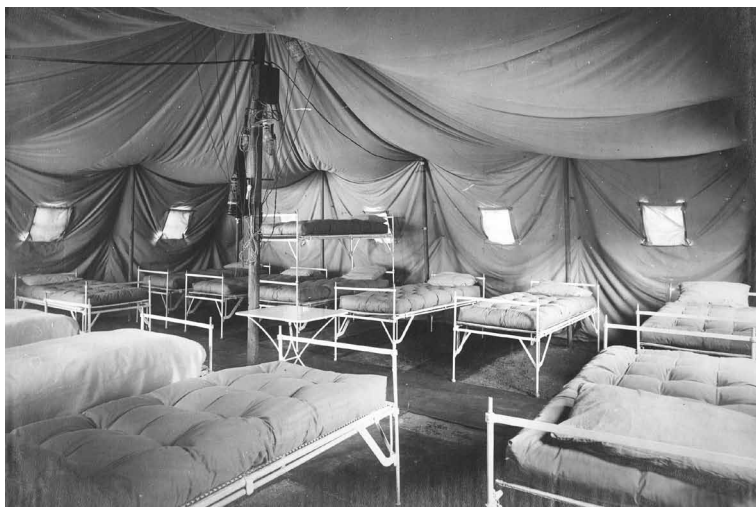
Ospedale da campo, agosto 1917. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità

Per quanto riguardava la cura dei feriti al fronte, essa era svolta dalla Croce Rossa italiana insieme alla sanità militare, attraverso diverse tipologie di strutture che, in base alla loro distanza dal fronte, venivano così individuate:

1. *posti di medicazione*, collocati a livello sotterraneo in trincee molto vicine al fronte, erano i presidi di soccorso più avanzati;
2. *sezioni di sanità*, ad 1 o 2 chilometri dal fronte, erano presidi ben dotati, situati di solito in luoghi accessibili alle ambulanze;
3. *ambulanze da montagna*, a 2-5 chilometri dal fronte, erano le postazioni mediche più avanzate raggiungibili dal personale della Croce Rossa italiana;
4. *stazioni di sanità*, in genere più grandi e meglio attrezzate delle precedenti, erano in grado di praticare il trattamento antitetanico;
5. *ospedali da campo*, posti in luoghi accessibili anche relativamente lontani dal fronte, all'inizio del conflitto con soli 50 posti letto ben presto aumentati a 500, venivano utilizzati come *centri di smistamento* ove selezionare i pazienti per il successivo trasferimento nei diversi ospedali;
6. *ospedali di tappa*, strutture di ricovero presenti in un territorio anche a centinaia di chilometri dal fronte, costituite di solito da gruppi di edifici tali da raggiungere una capacità complessiva compresa tra 20.000 e 40.000 posti letto;
7. *ospedali di riserva*, posti in grandi edifici individuati in diverse città italiane ed attrezzati per l'accoglienza dei soldati feriti.



Ospedale da campo, agosto 1917. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità



Ospedale da campo, agosto 1917. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità

Per quanto riguardava il servizio di trasporto dei feriti dal fronte, per prevenire il congestionamento delle strade si mandavano le ambulanze con molte barelle che, una volta riempite con i feriti, erano caricate sui camion vuoti che avevano portato rifornimenti al fronte, riducendo così il numero di veicoli in circolazione. Inoltre, sia la Croce Rossa italiana che la sanità militare disponevano di treni attrezzati per il trasferimento dei feriti in grado di arrivare al binario di servizio dell'ospedale, caricare in modo ordinato fino a 350 feriti e ripartire entro trenta minuti.

A conclusione di questa panoramica va ricordato, oltre al contributo in ambulanze offerto dalla Croce Rossa britannica, anche quello in uomini e mezzi assicurato dall'American Red Cross. A seguito della disfatta di Caporetto dell'ottobre-novembre 1917 il Governo italiano si convinse, infatti, ad accettare l'aiuto offerto già in precedenza dalla Croce Rossa americana che aprì rapidamente uffici a Roma, trasferendovi alcuni suoi funzionari che operavano in Francia: questi in pochi giorni sollecitarono interventi tramite l'ambasciata americana, fecero partire dalla Francia una sezione di ambulanze e due treni di rifornimenti, acquistando, all'ingrosso, in Italia le merci più urgenti ed, infine, fecero redigere rapporti sulla situazione del Paese da loro esperti in attività di soccorso per pianificare gli aiuti.

Il lavoro della Croce Rossa americana si coordinò con quello svolto dai servizi sanitari e dalle organizzazioni umanitarie operanti in Italia e venne indirizzato sia al soccorso della popolazione civile, con alimenti, vestiario e coperte, sia al reintegro delle strutture sanitarie militari abbandonate a causa della ritirata. Per lo svolgimento di tali compiti fu determinante l'arrivo del colonnello medico Robert Perkins, nominato Commissario per l'Italia della Croce Rossa americana, che era accompagnato da cinque collaboratori, i maggiori James Byrne, Samuel L. Fuller, Joseph Collins, Guy Lowell e Chester Aldrich. Un primo bilancio sull'attività svolta in Italia fu pubblicato nel marzo del 1918 a Parigi dall'*Office of the Commissioner for Europe* con il titolo *Seven weeks in Italy*. Nell'aprile del 1918 i Paesi europei alleati celebrarono il primo anno di partecipazione degli Stati Uniti alla guerra, e in Italia, a Roma in Campidoglio, si tenne una conferenza nella quale Guglielmo Marconi, alla presenza dell'ambasciatore americano Nelson Page e del colonnello Robert Perkins, rievocando la storia dell'Italia e quella degli Stati Uniti, ebbe a ringraziare la Croce Rossa americana per l'opera svolta nel nostro Paese.

Ma il riconoscimento maggiore alla Croce Rossa americana, venne di lì a poco, direttamente dal Re d'Italia Vittorio Emanuele III, che così scrisse in un suo telegramma al colonnello Perkins: "L'opera umanitaria che svolge fra noi la Croce Rossa americana, così adeguatamente diretta dalla V.S., riscuote il plauso della nazione italiana tutta. Nel soccorrere i feriti di guerra alla nostra fronte e nel lenire le sofferenze dei cittadini che dovettero abbandonare le loro case davanti all'invasione nemica, la Croce Rossa americana si è acquistata titoli d'imperitura gratitudine ed ha ancor più rinsaldato le basi ormai indistruttibili della fiduciosa cordiale amicizia tra i due paesi. Nell'esprimere a Lei questi sentimenti sinceri dell'esercito, del popolo italiano ed i miei, mi è grato inviarLe, signor Presidente, il mio cordiale saluto. Firmato: Vittorio Emanuele".

Il primo conflitto mondiale si chiuse il 17 novembre 1918, dopo oltre quattro anni di combattimenti e di indicibili sofferenze per le popolazioni coinvolte, con oltre 9 milioni di soldati rimasti uccisi in battaglia e quasi 7 milioni di vittime tra i civili, caduti non solo a causa delle operazioni militari, ma anche a seguito di malattie, epidemie e carestie dovute alla guerra.

Bibliografia di riferimento

Cosmacini G. *Medicina e sanità in Italia nel Ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla II guerra mondiale*. Roma-Bari: Editori Laterza; 1989.

Cosmacini G. *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348 -1918*. Roma-Bari: Editori Laterza; 1998.

Donelli G, Di Carlo V. *I laboratori della sanità pubblica. L'amministrazione sanitaria italiana tra il 1887 e il 1912*. Roma-Bari: Editori Laterza; 2002.

Donelli G, Serinaldi E. *Dalla lotta alla malaria alla nascita dell'Istituto di Sanità Pubblica. Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia: 1922-1934*. Roma-Bari: Editori Laterza; 2003.

Italia. Ministero dell'Interno. Direzione Generale della Sanità Pubblica. *La tutela dell'igiene e della sanità pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-1920). Relazione del Direttore Generale Dr. Alberto Lutrario al Consiglio Superiore di Sanità - Parte I. L'opera di profilassi e l'opera di ricostruzione*. Roma: Tipografia Giovanni Artero; 1921.

Pontecorvo M. *Storia delle vaccinazioni. Dalle origini ai giorni nostri*. Saronno: Ciba-Geigy Edizioni; 1991. 151 p.

Trova A, Zichi G. *Asinara, isola piccola, grande storia. Prigionieri e profughi della prima guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.

Vicarelli G. *Alle radici della politica sanitaria in Italia*. Bologna: Il Mulino; 1997.

1915-2015: CENTO ANNI DI MALATTIE INFETTIVE

Massimo Ciccozzi

*Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie
ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità*

La salute è una componente fondamentale del benessere, sia fisico che mentale, dell'individuo e della collettività.

Nel caso dell'Italia, l'affermazione del diritto alla salute nella Costituzione rappresenta il punto di arrivo di un percorso avviato dal Governo Crispi a fine Ottocento, con l'istituzione presso il Ministero dell'Interno di una Direzione di Sanità Pubblica, ma indica al tempo stesso un punto di partenza: la Costituzione ha, infatti, una natura normativa che prescrive cosa devono o non devono fare i cittadini e le istituzioni anche se di fatto non viene sempre osservata e rispettata.

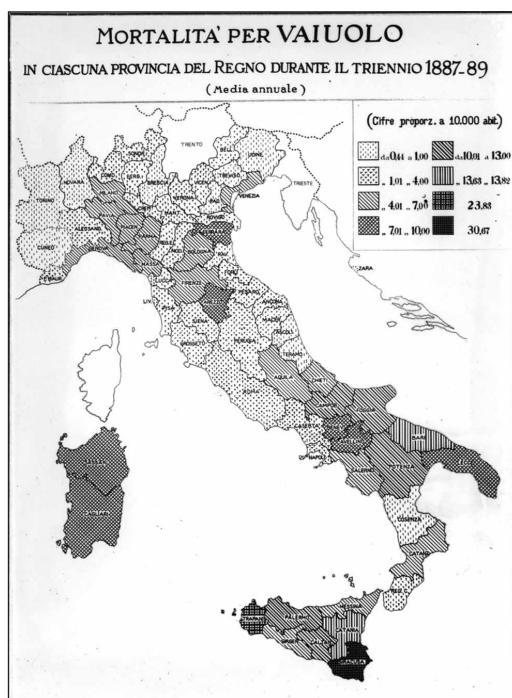
L'Italia è uno fra i Paesi al mondo in cui si vive più a lungo e i dati più recenti, diffusi nel 2010 dal Global Health Observatory dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, collocano l'Italia al quarto posto, alle spalle di Giappone, Svizzera e Australia, in una lista che conta oltre duecento Paesi. Un'immagine per certi versi speculare a quella della speranza di vita è data dall'andamento della mortalità generale della popolazione. In Italia, l'andamento della mortalità ha subito un decremento nel corso degli ultimi 150 anni. Gli aspetti interessanti riguardano non solo la riduzione del numero delle morti per mille abitanti (da 30 a meno di 10), ma anche la riduzione della loro variabilità nel tempo. Picchi nell'andamento della mortalità evidenziati nel corso dei primi anni del secolo scorso (fra i quali si distingue quello immediatamente successivo al primo conflitto mondiale, che riassume in sé gli esiti della guerra e dell'epidemia di influenza spagnola) diventano sempre più rari.

Le crisi di mortalità erano frequenti nel passato, dovute a gravi carestie e pandemie, ma tendono ad esaurirsi, fino a scomparire completamente, a partire dal secondo dopoguerra (1), intorno alla metà degli anni '50 del Novecento.

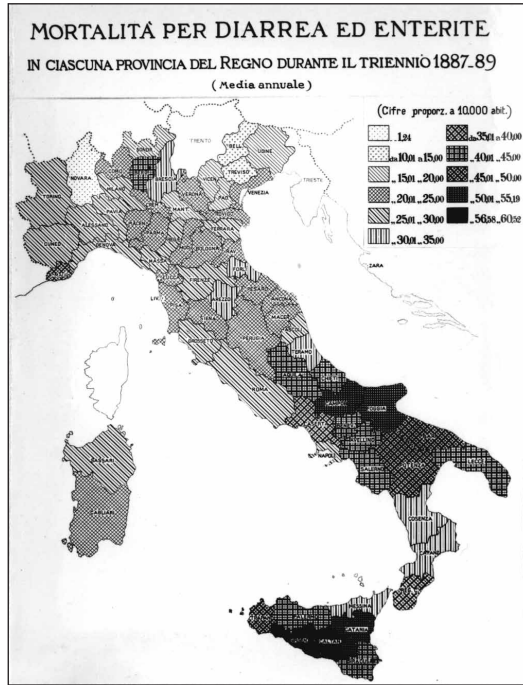
L'apparente assenza di un miglioramento dei dati di mortalità nei periodi più recenti è dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione che mantiene costante il numero totale di decessi per anno, anche quando il rischio di morire continua a diminuire.

La causa di morte prevalente è data ancora oggi dalle malattie infettive, una categoria che comprende molte patologie presenti ai nostri giorni - il morbillo, la scarlattina, la pertosse - ma anche altre, oggi del tutto o quasi scomparse dal nostro Paese come il vaiolo, la difterite, la malaria e la tubercolosi.

Nel 1881 le malattie infettive in Italia erano responsabili di circa il 30% di tutte le morti (2, 3). Seguivano, in ordine di importanza, le malattie dell'apparato respiratorio (bronchiti e polmoniti) e l'influenza, seguite dalle malattie gastroenteriche. Le linee evolutive delle cause di morte nel corso del periodo 1881-2011 evidenziano un decremento della mortalità causata dalle malattie infettive;



Mortalità per vaiolo in ciascuna provincia del Regno durante il triennio 1887-89. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità



Mortalità per diarrea ed enterite in ciascuna provincia del Regno durante il triennio 1887-89. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità

si riducono le morti causate dalle gastroenteriti (patologie legate alle condizioni ambientali, socioeconomiche e climatiche), nonché quelle dovute a polmonite, bronchite e influenza (categoria indicata con l'espressione "apparato respiratorio").

L'evoluzione dell'uomo ha sempre viaggiato, di pari passo, con l'evoluzione delle malattie infettive. L'umanità ha sempre combattuto contro patologie già note, che non hanno mai del tutto abbandonato l'uomo, ma anche con quelle nuove, le malattie infettive emergenti. Queste ultime sono le malattie cosiddette "nuove" causate da un agente patogeno che prima era sconosciuto, ma una malattia emergente è anche un'infezione causata da un patogeno già noto che, però, si diffonde in un'area nuova dove non era stato mai presente prima. Emergente è, infine, anche una malattia dovuta all'introduzione nella specie umana di un agente patogeno che prima colpiva altre specie animali.

Negli ultimi sessanta anni circa 335 malattie infettive emergenti hanno colpito la popolazione umana (4), con un picco tra gli anni Ottanta e Novanta del XX secolo.

L'evoluzione microbica, insieme a fattori di tipo ambientale e sociale, ha contribuito all'insorgenza di nuove malattie infettive, alla loro diffusione epidemica ed evoluzione.

Le mutazioni genetiche possono considerarsi il carburante necessario all'evoluzione per consentire ai microrganismi di adattarsi a nuove specie e a nuovi ambienti, così come accadde per l'HIV (Human Immunodeficiency Virus), retrovirus dei primati capace di infettare cellule umane e diffondersi nella popolazione. Il virus dell'influenza è un altro esempio classico dove se le mutazioni sono meno importanti dal punto di vista evolutivo, possono far emergere ceppi nuovi di virus che già circolano fra gli esseri umani, come avviene tutti gli anni per l'influenza stagionale.

Eventi di ricombinazione e di riassortimento, ossia uno scambio di tratti genici o di interi segmenti di materiale genetico tra ceppi virali diversi, possono generare varianti virali diverse da quelle circolate fino a un dato momento. In questo caso, i virus che appaiono nuovi per la specie umana e per i quali non esiste immunità possono apparire ed iniziare a diffondersi nella popolazione; si passa, quindi, dagli eventi epidemici a quelli pandemici, come accadde nel 1918-19, con l'avvento dell'influenza spagnola. Oltre il 60% delle malattie emergenti è dovuto ad agenti patogeni che causano zoonosi, ovvero microrganismi che normalmente circolano tra gli animali e che, a un certo punto, per eventi di mutazione importanti possono fare ciò che viene definito "salto di specie" e iniziano ad infettare gli esseri umani.

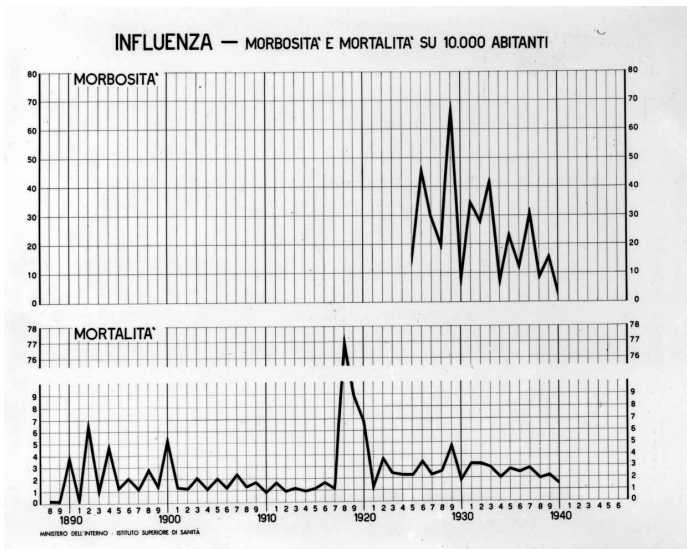
Le guerre e, soprattutto, le loro conseguenze creano frequentemente le condizioni per l'emergere di fenomeni epidemici e, in generale, per lo sviluppo delle infezioni. Le condizioni di vita dei profughi sono, infatti, caratterizzate da sovraffollamento, carenza estrema di strutture igieniche, difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria, contatti fra persone di diversa provenienza geografica. Questi elementi concorrono a far sì che in tali condizioni almeno il 75% dei decessi sembrano da attribuire a infezioni.

Se esaminiamo l'evoluzione delle principali malattie infettive (tubercolosi, febbre tifoide, difterite, morbillo, malaria, scarlattina e pertosse), emergono progressi rapidi delle cure, che hanno portato

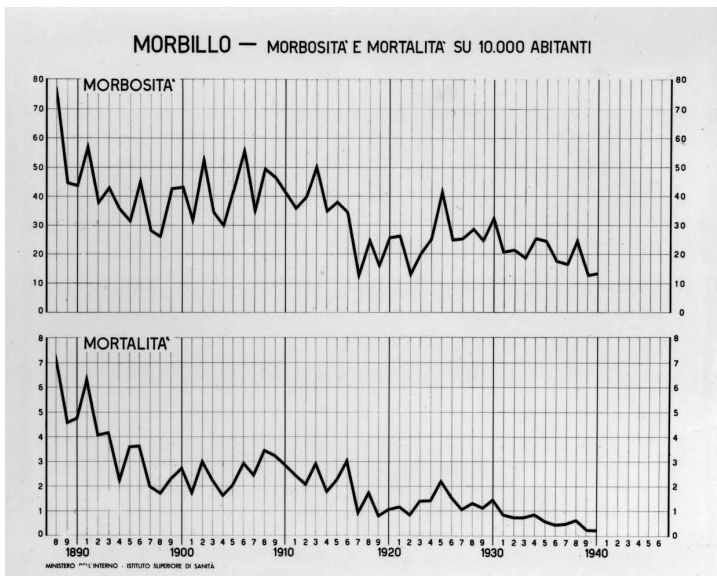
a debellare quasi completamente la mortalità ad esse associata. Ciò avvenne, in concomitanza con la Seconda Guerra mondiale e nell'immediato dopoguerra, dunque prima che il reddito medio degli italiani "decollasse". Non vi è sincronia fra il benessere economico del secondo dopoguerra e la sconfitta della mortalità delle malattie infettive: la seconda precede la prima. Le cause sottostanti alla sconfitta della mortalità delle malattie infettive sono da rintracciare non soltanto nel generale miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, correlate al reddito, ma anche nella diffusione di conoscenze in campo medico, dei vaccini e dei farmaci, fattori spesso non direttamente correlati con la crescita economica del Paese.

Nella farmacologia, i primi contributi risalgono agli inizi del Novecento, grazie alle scoperte riguardanti le vitamine, alle proprietà antibatteriche di alcuni sulfamidici e agli effetti terapeutici dell'insulina nella cura del diabete. Dal secondo conflitto mondiale, la terapia farmacologica assume un ruolo di primo piano.

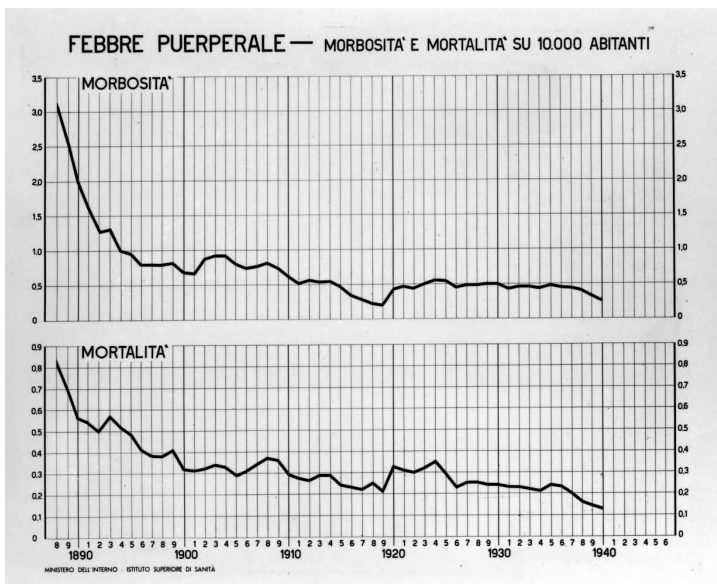
Già dalla prima metà dell'Ottocento la letalità e la relativa facilità di contagio del micobatterio della tubercolosi rendevano la malattia la più rilevante tra le infezioni con un numero medio di 220 morti su 100.000 abitanti l'anno, dovuto anche alla relativa facilità di contagio.



Influenza: morbosità e mortalità su 10.000 abitanti dal 1890 al 1940. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità



Morbillo: morbosità e mortalità su 10.000 abitanti dal 1890 al 1940. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità



Febbre puerperale: morbosità e mortalità su 10.000 abitanti dal 1890 al 1940. Dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità

Le abitazioni sovraffollate e l'attività lavorativa svolta in ambienti chiusi rendevano particolarmente esposta al micobatterio della tubercolosi scoperto nel 1882 da Robert Koch (1843-1910) la parte meno benestante della popolazione. Nel corso dei decenni successivi divenne sempre più chiara la natura sociale della malattia, la quale colpiva preferibilmente le classi povere e si diffondeva con facilità a causa del sovraffollamento e del pessimo stato delle abitazioni nelle città, l'insalubrità delle industrie e dei luoghi pubblici, la diseducazione igienica e, in generale, l'insufficiente alimentazione delle classi popolari.

Sebbene non si rendessero disponibili né vaccinazioni né cure efficaci, aumentarono le misure volte a rafforzare la profilassi, crebbe cioè il grado di controllo sociale della malattia. Aumentarono anche gli interventi di contrasto della malattia, tanto sul piano collettivo quanto su quello individuale: iniziarono pratiche di disinfezione, furono fondati dispensari e sanatori, si incoraggiò l'ipernutrizione dei malati (un organismo robusto è meno vulnerabile ai batteri), vennero intensificate le opere di bonifica ambientale attraverso la creazione di sistemi fognari e la lotta contro i fenomeni di addensamento nelle abitazioni urbane, venne incoraggiata la diffusione dell'educazione igienica. Tali misure furono proseguite nel primo dopoguerra con il risultato di una drastica riduzione della mortalità già prima della scoperta del primo antibiotico, la streptomicina, commercializzata in Italia a partire dal 1947.

La malaria come la tubercolosi, si inserisce nel filone della medicina sociale, affermatosi in Italia tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento con il fine di contrastare le patologie che colpivano strati specifici della popolazione, quelli più poveri, ai margini della società. Si tratta di una patologia particolarmente interessante in quanto associata alla presenza di paludi e, più in generale, ad un ambiente malsano. È, in altre parole, una malattia rivelatrice del grado di arretratezza del territorio. La malaria uccideva, intorno al 1881, oltre 50 persone su 100.000 abitanti del Regno d'Italia.

La malaria era un problema presente in forma acuta ed endemica in alcune Regioni, ma pressoché assente in altre: nel 1881, Basilicata, Calabria, Lazio e Sardegna presentavano tassi di mortalità compresi fra 150 e 200 morti per 100.000 abitanti a fronte dei 4-12 morti per 100.000 abitanti in Liguria, Lombardia e Marche.

Laddove presente, la malaria era un fattore "stabile, permanente e fortemente condizionante, sia dal punto di vista economico che demografico" (5, 6).

La malaria venne contrastata tanto sul piano della bonifica dei terreni paludosi quanto su quello delle trasformazioni agricole, secondo l'idea che le colture intensive erano sfavorevoli alla produzione di malaria. L'attività di contrasto si svolse anche sul piano della profilassi e delle cure, attraverso numerosi interventi legislativi, a partire da quello che favorì la diffusione del chinino, somministrato gratuitamente ai soggetti che lavoravano nelle aree a rischio a partire dal 1901.

I dati del 1911 mostrano progressi già significativi: la mortalità per malaria era di meno di 10 persone su 100.000 abitanti. Negli anni immediatamente successivi alla Grande Guerra emerse nuovamente all'attenzione dell'opinione pubblica la necessità di fronteggiare, oltre all'improvvisa epidemia della febbre spagnola, gli effetti delle "malattie sociali", che colpivano con particolare intensità determinati strati della popolazione e si manifestavano soprattutto nella cosiddetta "triplice endemia": la malaria, non ancora debellata nonostante i progressi di inizio secolo, la sifilide e la tubercolosi.

La propaganda fascista non tardò a criticare le linee guida a cui si erano ispirati i provvedimenti del passato, basati sulla prestazione assistenziale (la distribuzione del chinino), contrapponendo ad essi un modello imperniato sulla bonifica dei territori malsani, non solo attraverso l'opera di prosciugamento, ma anche mediante una trasformazione permanente dei territori bonificati, convertiti all'attività agricola intensiva (7).

I provvedimenti più importanti furono varati fra il 1923 e il 1934 attraverso una serie di misure legislative approntate per arrivare alla bonifica integrale. Nella seconda metà degli anni '30, in seguito al venir meno delle risorse economiche, l'opera di bonifica si arrestò bruscamente e il quantitativo di chinino distribuito per le cure subì un drastico ridimensionamento. Nel corso del ventennio la dimensione del fenomeno malarico e il divario territoriale Nord-Sud rimasero problemi irrisolti. Dall'analisi dei dati regionali emergono peraltro diverse dinamiche. Durante il periodo 1881-1941 nel Lazio il tasso di mortalità crollò di dieci volte, in Basilicata e in Calabria di circa sei volte, mentre in Sardegna i progressi furono

modestissimi. Con riferimento al caso sardo, per debellare questa patologia sono stati due i fattori importanti: la chimica (nella fattispecie il DDT) e l'intervento di tipo economico degli americani attraverso la Fondazione Rockefeller.

Già nei secoli passati una delle misure più impegnative per proteggersi dalle epidemie era la messa al bando di una città, di un paese, di una popolazione dove si sospettava l'esistenza di un focolaio di contagio. La messa al bando era strettamente correlata ad un'altra misura di protezione: l'istituzione di cordoni sanitari in terra o in mare per evitare il contagio. La messa al bando va considerata come il mezzo più frequentemente usato per cercare di realizzare una prevenzione delle malattie epidemiche. Essa comportava l'interruzione di ogni rapporto commerciale e di comunicazione con la località o il paese considerato potenzialmente fonte di contagio. I Paesi dell'Impero Ottomano e dell'Africa venivano spesso banditi perché ritenuti pericolosi. Per diffondere il messaggio del rischio e della necessità di interrompere viaggi verso località o paesi, le autorità civili o sanitarie usavano persone chiamate "banditori" che avevano il compito di diffondere questo messaggio tra la popolazione sparsa sul territorio e per lo più analfabeta. Quarantena e isolamento sono state le prime ed efficaci misure preventive per debellare i focolai epidemici e limitarne la diffusione.

La parola quarantena prende origine dall'isolamento di 40 giorni di navi e persone prima di entrare nella città di Venezia. Questo fu messo in atto come misura di prevenzione contro la peste nera che sterminò circa il 30% della popolazione dell'Europa e dell'Asia. Prima di entrare nella città, i nuovi arrivati dovevano passare 30 giorni in un luogo ad accesso limitato (in origine vicino alle isole) in attesa di vedere se i sintomi della peste si fossero sviluppati. In seguito, l'isolamento fu prolungato a 40 giorni e venne chiamato quarantena. Il primo lazzaretto fu fondato a Venezia nel 1403, su una piccola isola contigua alla città.

Durante la Prima Guerra mondiale una stazione sanitaria adibita a "lazzaretto" era l'isola dell'Asinara. La stazione sanitaria era composta da una serie di edifici sempre più numerosi destinati al concentramento di prigionieri di guerra internati negli anni 1915-1916. Il nucleo più importante era quello di Cala Reale, dove sorvegliavano gli stabilimenti di disinfezione; gli altri gruppi, a distanza



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, zona di Tumberino. Interno dell'infermeria per malattie comuni. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

di qualche chilometro l'uno dall'altro, costituivano dei blocchi nei quali, vigendo il sistema delle quarantene, venivano successivamente isolati i prigionieri di navi, nelle diverse fasi dell'infezione. All'interno dell'isola dell'Asinara si realizzò un campo di quarantena sanitaria. Dal dicembre del 1915 al luglio del 1916 i prigionieri dell'esercito serbo consegnatisi dopo la ritirata in Albania transitarono all'Asinara e molti di loro riuscirono a salvarsi dalle epidemie grazie all'impegno dell'esercito italiano. A causa di una grave epidemia di colera che infuriava tra quegli infelici resti dell'armata del Generale Pioreck, oltre 5.000 austro-ungarici perirono all'Asinara.

Anche oggi isolamento e quarantena sono misure preventive adottate in caso di pandemie gravi come SARS ed Ebola.

Riferimenti bibliografici

1. Del Panta L. *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*. Collana: Università/Scienze sociali. Manuali. Torino: Loescher; 1980. 248 p.
2. Caselli G. Mortalità e sopravvivenza in Italia dall'Unità agli anni '30. In: *Popolazione, società e ambiente. Atti del Congresso Internazionale di Demografia Storica (Barcellona 1987)*. Bologna; 1990.
3. Caselli G. Health transition and cause-specific mortality. In: Schofield R, Reher D, Bideau A (Ed.). *The decline of mortality in Europe*. Oxford; 1991. p. 68-96.

4. Jones KE, Patel NG, Levy MA, *et al.* Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 2008; 451:990-3.
5. Rossi L. Appunti per una storia della malaria nell'agro romano nella seconda metà dell'Ottocento. In: Betri ML, Gigli Marchetti A (Ed.). *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*. Milano: Franco Angeli; 1982. p. 227-53.
6. Corti P. Malaria e società contadina nel Mezzogiorno. In: Della Peruta F (Ed.). *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*. Torino: Einaudi; 1984. p. 635-78.
7. Tognotti E. *Per una storia della malaria in Italia. Il caso della Sardegna*. Milano: Franco Angeli; 1996.

LA STAZIONE SANITARIA DELL'ASINARA: DAGLI ALBORI DEL NOVECENTO ALLA GRANDE GUERRA

Assunta Trova

*Dipartimento di Scienze Politiche, Scienze della Comunicazione
e Ingegneria dell'Informazione, Università degli Studi di Sassari*

I legami tra l'Asinara, una piccola isola a nord-ovest della Sardegna, e la Grande Guerra partono, seppure indirettamente, da molto lontano, dalla fine del secolo XIX, quando quel luogo, abitato da poche famiglie di pastori e di pescatori, venne scelto dallo Stato italiano come luogo nel quale istituire una colonia penale e una stazione sanitaria marittima (1-4).

Era il 1885, questa doppia funzione sarà destinata, peraltro, ad essere all'origine di molti dei problemi che attraverseranno l'isola non solo nei primi anni del nuovo secolo, ma anche durante la guerra.

In quegli stessi anni, nei quali il territorio dell'Asinara veniva riorganizzato in funzione delle esigenze dello Stato centrale che faticosamente stava dando vita alle sue istituzioni, il *Regolamento per la sanità marittima* (5) prevedeva, fin dal primo articolo, che fra i compiti principali di quel "servizio" vi fosse quello di "vigilare per quanto riguarda l'igiene e la sanità pubblica, sui porti e sulle navi ancorate, nonché sugli arrivi e sulle partenze per la via di mare e di eseguire e fare osservare quanto dispongono in proposito le leggi, i regolamenti relativi, le ordinanze e i decreti delle autorità competenti".

In questo stesso decreto, si prevedeva, d'altronde, che "tutto quanto riflette il regime di difesa contro la trasmissione delle malattie infettive diffuse per la via di mare" dovesse essere di competenza delle "stazioni sanitarie marittime a tal uopo costituite", e fra queste, quella dell'Asinara e di Brindisi, destinate ad avere un ruolo fondamentale negli anni del conflitto mondiale¹. Già in questo

¹Le altre stazioni sanitarie marittime erano in Sicilia, ad Augusta, a Poveglia, vicino a Venezia, a Nisida, vicino a Napoli e a Genova, ma si faceva riferimento anche alla necessità di costruirne altre. Il servizio della sanità marittima doveva dipendere dal Ministero dell'Interno e da quello della Marina italiana.



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, Cala Reale. Edificio della terza classe e stabilimento bagni e disinfezioni. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

Regolamento erano previste alcune "misure sanitarie per le navi in arrivo, sospette di infezione per colera"; e a seconda della vicinanza delle navi alle stazioni sanitarie, le visite e l'eventuale disinfezione sarebbero dovute avvenire ad Augusta, a Poveglia o all'Asinara.

Così, a partire dagli ultimi anni del XIX secolo, iniziava la "nuova vita" dell'Asinara, in una situazione nella quale molti e sempre irrisolti saranno i contrasti tra la Direzione Generale della Sanità Pubblica (DGSP) e quella delle Carceri e dei Riformatori, entrambe dipendenti dal Ministero dell'Interno. Nel 1905, anche i lavori considerati "urgenti" venivano rinviati in attesa di poter utilizzare la manodopera, a basso costo, dei prigionieri²; e fra gli esempi più significativi ai fini di questa riflessione, va sottolineata la richiesta di costruire "un canale di scolo [...] con la costruzione di un pozzo [...] che raccolga le acque di rifiuto dei lavandini e gli scoli dei diversi cessi e ciò allo scopo di togliere gli inconvenienti che attualmente si verificano e la malaria che quest'anno non ha risparmiato famiglia alcuna"², del quale la stazione era ancora priva. Una realtà, questa, destinata, nel suo complesso, a non essere risolta nel breve periodo, tant'è che solo molti anni dopo, nel 1916, quando ormai la grande tragedia si era compiuta, a Tumbardino inizieranno "i lavori di drenaggio per il risanamento"³. D'altronde

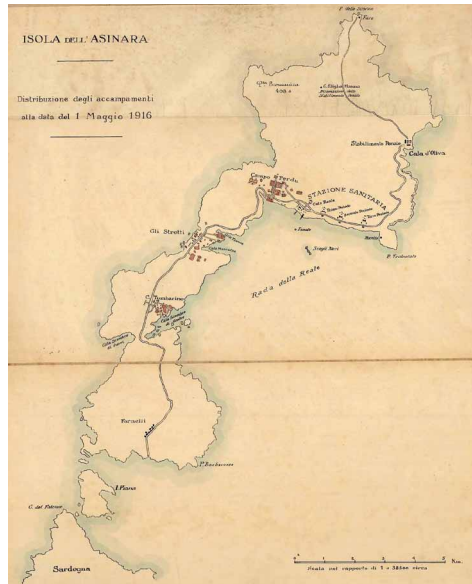
²Prefettura di Sassari, a S.E. il Ministro dell'Interno, DGSP, Ufficio Affari generali. Sassari, 31 dicembre 1905, in Archivio Centrale dello Stato (ACS), Ministero dell'Interno, DGSP, Atti Amministrativi, 1910-1920, b. 671.

³Prefettura di Sassari a Ministero dell'Interno, DGSP, Sassari, 1° maggio 1916, in ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 166 bis.

de, ancora nel 1906, a oltre 20 anni dalla nascita della stazione sanitaria, mancava una "tettoia con muro di cinta per deposito merci da disinfettare"⁴. Problemi destinati ad acuirsi.

Nel 1907, in seguito alle richieste del Ministero dell'Interno, il Prefetto di Sassari confermava di aver dato le opportune disposizioni affinché venisse organizzato nell'isola "il mantenimento, ricovero e isolamento delle vitelle che verranno inviate in quest'isola per disposizione della commissione d'inchiesta sulla tubercolosi"⁵. Le particolari esigenze, sul versante della salubrità dei luoghi in funzione di una presenza umana che, pur si intuiva, sarebbe stata destinata a crescere, erano ancora prive di risposte.

Nel 1910, il medico provinciale denunciava "i difetti di funzionamento tanto in rapporto del servizio dell'acqua potabile quanto delle latrine ed il pericolo altresì di incendi nella circostanza in cui la stazione è popolata da numerosi quarantenanti [sic!] fra i quali non è scarso l'elemento delinquente"⁶: di qui, anche il sollecito per l'invio della Forza pubblica. Era la dimostrazione di quanto le richieste più volte inoltrate al Ministero dell'Interno fossero rimaste in gran



La pianta dell'Asinara prima dell'arrivo dei prigionieri. Presente nell'album conservato presso l'Archivio Centrale di Stato

⁴Prefettura di Sassari a Ministero dell'Interno, DGSP Sassari, 9 maggio 1906, *ivi*, b. 671. In quella stessa occasione si ribadiva l'urgentissima necessità di interventi per le fognature dell'ospedale e per le condutture d'acqua dei fabbricati.

⁵Prefettura di Sassari a Ministero dell'Interno, DGSP Sassari, 31 ottobre 1907, *ivi*. La richiesta del Ministero è datata 10 ottobre 1907.

⁶Si tratta delle "Proposte circa il funzionamento della stazione sanitaria dell'Asinara", con l'unita "nota" del medico provinciale, inoltrate dal Prefetto alla DGSP, in data 21 dicembre 1910 (*cf.* ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 671).

parte lettera morta. Eppure era chiaro che i contatti tra coloro che fossero soggetti alla quarantena e tutti gli altri avrebbero comportato, come eventualità non remota, il rischio di contagi causati soprattutto "dal trasporto dei cadaveri e dagli allevamenti di animali da esperimento testé ivi intrapresi, i quali sebbene ora siano limitati coll'andar del tempo potranno essere estesi"⁷.

La denuncia del Prefetto era del 1911. All'Asinara vi erano tutte le premesse di quella grande tragedia che sconvolgerà quella piccola isola negli anni successivi. I posti-letto disponibili erano inizialmente circa 500; con la Guerra arriveranno, fra la fine del dicembre 1915 e le prime settimane del 1916, fra i 20.000 e i 30.000 prigionieri⁸. Alla vigilia del conflitto, il medico provinciale di Sassari continuava a denunciare l'immobilismo delle autorità e sollecitava nuove costruzioni, secondo il "principio seguito in ogni stazione quaranteneria di frazionare nei limiti del possibile i ricoverati"⁹. Carenza di posti, di rifornimento idrico e di idonee fognature saranno alla base delle gravi inadempienze della stazione sanitaria dell'Asinara nel momento stesso in cui l'Italia, superata la fase della neutralità, entrava in guerra. Eppure, in risposta alle denunce del Prefetto di Sassari¹⁰, ancora nell'estate del 1915, la DGSP, al di là di generici attestati di apprezzamento, difendeva la bontà del proprio operato, rimandando gli interventi richiesti a quando le necessità si fossero concretamente poste¹¹, come che non fossero viceversa, già presenti¹².

Nell'autunno del 1915, gli eserciti dei principali Paesi dell'Intesa invasero la Serbia; l'unica possibilità di salvezza era rappresentata da una precipitosa ritirata attraverso il Montenegro per raggiungere l'Albania (6-9), e poter così fare affidamento sull'alleato italiano.

⁷Prefettura di Sassari, al Ministero dell'Interno, DGSP, Sassari, 20 luglio 1911, *ivi*.

⁸*Cfr.* in questo stesso volume i dati indicati da Cristina Mosillo, p. 91.

⁹*Cfr.* copia della relazione del dottor Clemente in merito alla stazione sanitaria dell'Asinara. Sassari, 13 marzo 1911, *cf.* ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi 1910-20, b. 671.

¹⁰Roma, 3 luglio 1915, in ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 166 bis.

¹¹A dimostrazione di queste carenze, fin dai primi anni del '900, si ipotizzava la creazione, in Sardegna, di nuove stazioni sanitarie marittime sui litorali di Alghero, Golfo Aranci, Orosei e Porto Torres.

¹²Ancora il 3 aprile 1917, ormai superata la fase acuta delle epidemie, il Ministero dell'Interno veniva informato dal Ministero della Guerra che non vi sarebbe stato nessun contributo per il campo dei prigionieri dell'Asinara.



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, Cala Reale. Prigionieri che escono dallo stabilimento bagni e disinfezione. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

La Marina italiana finì per essere l'indiscussa protagonista di quell'operazione dalla doppia valenza: il salvataggio dell'alleato esercito serbo - e con esso anche di migliaia di profughi e dei più rappresentativi esponenti della casa regnante e della classe dirigente del Paese - ma, contemporaneamente, l'organizzazione dell'evacuazione dalle coste del basso Adriatico dei prigionieri (decine di migliaia) che l'esercito serbo aveva fatto propri nella prima fase del conflitto e ai quali, per ragioni strettamente politiche, non voleva rinunciare¹³.

Fra i 20.000 e i 30.000 furono, in quelle settimane, coloro che arrivarono a Durazzo e a Valona, meno di un terzo, però, di quelli inizialmente in mano all'esercito serbo; moltissimi, infatti, erano stati i morti, durante la "lunga marcia", per le malattie (in primo luogo, il colera, il dermatifo, la malaria, la tubercolosi) connesse alla promiscuità e alla debolezza causata dagli stenti che avevano caratterizzato quel difficile cammino¹⁴. Inizialmente, i porti di approdo delle navi provenienti dall'Albania venivano identificati dalla DGSP, in modo generico, nelle "stazioni sanitarie marittime", ma ben presto fu chiaro che la destinazione per la gran parte dei prigionieri austro-ungarici, in quella fase, sarebbe stata solo

¹³ Cfr. in questo stesso volume il contributo di Cristina Mosillo a p. 91.

¹⁴ Cfr. soprattutto Gorgolini L, op. cit.; i viaggi furono 15, 14 i piroscafi utilizzati, dei quali 11 italiani, 2 francesi, 1 inglese.

l'Asinara¹⁵. Alla metà del mese di dicembre del 1915, il Prefetto di Sassari riceveva l'ordine di predisporre all'Asinara, dove si preannunciava l'arrivo di un numero imprecisato di prigionieri, tutti i necessari interventi; nella sua risposta, da un lato denunciava la mancanza di attendamenti - era chiaro che non vi sarebbero stati posti sufficienti nelle costruzioni esistenti -, ma dall'altro non si sottraeva al compito ricevuto, forte anche delle valutazioni dei tecnici del Genio militare che ipotizzavano la possibilità di ricoverare, in quella piccola isola, anche 50.000 persone¹⁶.

Nel "Concordato" sottoscritto tra il Ministero della Guerra e quello degli Interni (3), l'Asinara avrebbe dovuto rappresentare un sito di quarantena, con rapidi ricambi di prigionieri, ma il precipitare della situazione sanitaria rese quell'isola un luogo di lunga permanenza. Anche le misure sanitarie, che avrebbero dovuto precedere l'imbarco dai porti albanesi, restarono in larga parte lettera morta, data l'urgenza di liberare quei luoghi per il diffondersi delle epidemie e il rischio di contagio dell'esercito italiano, vera priorità. Un dato fondamentale, questo, per cogliere quella che poi sarà la tragedia che dovettero sopportare coloro che sopravvissero fino alle coste dell'Albania e da lì furono trasferiti in Italia.

I primi interventi per tutti coloro che sbarcarono all'Asinara, anche gli stessi militari italiani di guardia, riguardarono proprio quella che veniva considerata una prioritaria profilassi sanitaria, il taglio dei capelli, la petrolizzazione, la spidocchiatura, il bagno e la disinfezione degli abiti, e la disinfezione avrebbe dovuto riguardare anche i piroscafi. Misure che si rivelarono, però, totalmente inadeguate alla gravità della situazione, dal momento che all'Asinara arrivarono in decine di migliaia già ammalati; non di rado le diagnosi, dopo i decessi, venivano fatte "per esclusione"¹⁷, come dimostrano, peraltro anche le tabelle allegate all'album di disegni, fotografie, planimetrie e grafici, recentemente ristampato. D'altronde, le prime diagnosi di colera erano state fatte proprio dai

¹⁵ Cfr. DGSP al Presidente della Commissione per i prigionieri di guerra. Roma, 17 dicembre 1915. ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 166 bis.

¹⁶ Sassari, 17 dicembre 1915, *ivi*.

¹⁷ Cfr. i *Bollettini* della Prefettura di Sassari, ancora nella primavera del 1916.

medici militari austriaci che, pur senza avere alcuno strumento, potevano fare affidamento sull'esperienza maturata durante la "lunga marcia" attraverso la Serbia.

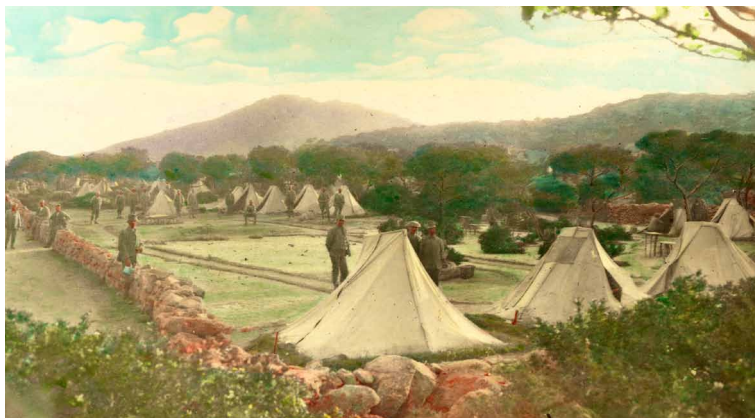
Nell'aprile del 1916, superata la fase più acuta dell'epidemia di colera¹⁸, il numero più cospicuo degli ammalati riguardava i tubercolotici, benché moltissimi fossero i malarici, sia fra i soldati trasferiti nell'isola che fra i prigionieri. Nel caso di questi ultimi - è anche questo un dato significativo - alla data del 24 aprile 1916, non risultava ancora completato il loro censimento; una carenza che probabilmente trova la sua ragion d'essere, non ultima, anche nel fatto che la chinizzazione, in questa fase, dovesse riguardare solo "i militari di truppa regia"¹⁹: i prigionieri potevano aspettare. Non minori, peraltro, erano le difficoltà anche sul versante del contenimento della diffusione del dermatifo. A dimostrazione dell'inadeguatezza della struttura, d'altronde, il Prefetto della città turritana sottolineava come la "profilassi antimalarica" dovesse avere "per base, anzitutto, il risanamento del suolo mediante prosciugamento delle pozzanghere, e stagni e la regolarizzazione dei piccoli corsi d'acqua dovuti alla pioggia"²⁰ ancora da attuarsi; era la stessa richiesta avanzata fin dalla fine dell'Ottocento²¹.

¹⁸Nel *Bollettino* del 12 aprile 1916, il Prefetto comunicava al Ministro il completamento della vaccinazione anticolerica tra i prigionieri dell'Asinara.

¹⁹*Cfr.* il *Bollettino* inviato dal Prefetto di Sassari al Ministro degli Interni, in ACS, Ministero degli Interni, DGSP, Atti amministrativi 1910 -20, b. 166 bis.

²⁰*Bollettino*, 24 aprile 1916.

²¹D'altronde, ben prima del coinvolgimento della stazione sanitaria dell'Asinara come luogo di prigionia, il 14 settembre 1915, il Ministero dell'Interno rivolgendosi al Prefetto di Cagliari denunciava il fatto che, in alcuni Comuni della Sardegna - l'esempio è quello del Comune di Sinis, ben più ampia la valenza - i "sudditi austro-ungarici confinati", quindi, in questo caso non si trattava di prigionieri, fossero "colpiti tutti infezione malarica"; una situazione che si sarebbe in larga parte potuta evitare - si precisava - se "si fosse esercitata dovuta vigilanza dall'autorità sanitaria". L'indicazione era quella di urgenti interventi sul versante della "terapia" e della "profilassi", del trasferimento di quei "confinati in località assolutamente immuni da siffatta infezione, e se ciò non sia possibile, converrà consentire in via temporanea loro venuta in continente salvo ritorno isola appena guariti". Era la presa di distanza dalle giustificazioni addotte dal Prefetto di Cagliari che, pochi giorni prima, il 1° settembre, aveva prima assicurato le "buone" condizioni di quei sudditi "trattati con ogni riguardo e forniti gratuitamente medicine occorrenti chinino per profilassi e cura della malaria", salvo poi riconoscere come, comunque, tutti avessero contratto la malattia e vi fosse stato anche un decesso. La responsabilità veniva, però, addossata dal Prefetto in larga parte sugli stessi ammalati, che non si erano adattati a fare la profilassi "con regolarità costante" (*Cfr.* ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, 1910-1920, b. 166 bis).



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, Cala Reale, zona di Tumbarino. Reparto dei tubercolotici. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

Così, nell'estate del 1916, il Direttore della stazione sanitaria dell'Asinara metteva in evidenza come questa "non potesse funzionare" soprattutto perché "il corridoio che mette in comunicazione i bagni e la disinfezione degli indumenti colla tettoia e la tettoia stessa sono completamente ingombri di materiale di proprietà dell'Amministrazione militare"²². Neppure di fronte alla morte di migliaia di uomini, all'Asinara, le diverse istituzioni dello Stato erano state in grado di comunicare, come la situazione avrebbe, viceversa, reso necessario. In questo contesto, non fa neppure meraviglia che, al di là delle assicurazioni del Prefetto²³, fossero difficili i rapporti delle autorità locali con le popolazioni civili, i pescatori di Porto Torres in prima fila, soprattutto quando per motivi sanitari, venne vietata la pesca²⁴. Come risposta alle esigenze di ordine pubblico, così, spesso, i prigionieri, soprattutto

²²Copia della lettera del Direttore della stazione sanitaria dell'Asinara indirizzata al Prefetto di Sassari in data 1° agosto 1916, in ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 167.

²³Cfr. ad esempio, il *Bollettino* del 12 aprile 1916 del Prefetto di Sassari, in ACS, Ministero dell'Interno, DGSP, Atti amministrativi, 1910-1920, b. 166 bis.

²⁴Cfr. anche Posse Brázdová A, *Interludio di Sardegna* (traduzione italiana). Cagliari, 1998; la prima edizione, in lingua svedese, è del 1931. Cfr., l'intervento di Cristina Mosillo a p. 91 di questo stesso volume.

to durante i primi viaggi dalle coste albanesi all'Asinara, erano rimasti in rada, all'interno delle stive fino a che non fosse stato possibile sbarcarli direttamente sull'isola.

In nome della "pace sociale", le garanzie sanitarie saranno, sempre, del tutto sacrificate²⁵.

Riferimenti bibliografici

1. Gutierrez M, Mattone A, Valsecchi F (Ed.). *L'isola dell'Asinara, la storia, l'ambiente, il parco*. Poliedro: Nuoro; 1998.
2. Da Passano M. (Ed.). *Le colonie penali nell'Europa dell'Ottocento*. Carocci, Roma: Collana del Dipartimento di Storia, Università di Sassari; 2004.
3. Ferrari GC. *Relazione del campo di prigionieri colerosi all'isola dell'Asinara nel 1915-16 (Guerra italo-austriaca)*. Ministero della Guerra. Comando del Corpo di Stato Maggiore. Ufficio Storico. Roma: Provveditorato Generale dello Stato. Libreria; 1929. Anno VII.
4. Gorgolini L. I dannati dell'Asinara. *L'odissea dei prigionieri austro-ungarici nella Prima guerra mondiale*. Torino: UTET; 2011.
5. Italia. Regio Decreto 29 settembre 1895, n. 636. Approvazione del regolamento sulla sanità marittima. *Gazzetta Ufficiale* n. 259, 4 novembre 1895.
6. Gabriele M. Il salvataggio dell'esercito serbo. *Bollettino dell'Archivio dell'ufficio storico della Marina militare*. Anno XXII (settembre 2008): pp. 9-36.
7. Giordani P. *La marina italiana e la guerra europea*. Pubblicazione dell'Ufficio Speciale del Ministero della Marina. Milano: Alfieri & Lacroix; 1917.
8. Mosillo C. Presentazione. In: Trova A, Zichi G. (Ed.). *Asinara, isola piccola, grande Storia. Prigionieri e profughi della prima guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.
9. Ligios S. Analisi sulle immagini. In: Trova A, Zichi G. (Ed.). *Asinara, isola piccola, grande Storia. Prigionieri e profughi della prima guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.

²⁵Nel *Bollettino* del 12 aprile 1916, così, il Prefetto sottolineava come, per evitare "apprensioni alla popolazione", i prigionieri, che erano rientrati dall'ospedale di Cagliari, non potendo sbarcare all'Asinara, a causa delle condizioni climatiche avverse, venissero fatti pernottare sulle navi. In realtà, con maggiore umanità e minori rischi sanitari, il Sindaco di Porto Torres e il comandante di quel presidio, avevano proposto come soluzione temporanea, quella di "accan- tonarli fuori dall'abitato".

IL CAMPO DI CONCENTRAMENTO DI VITTORIA PER I PRIGIONIERI DI GUERRA

Giancarlo Francione

Curatore del Museo Storico Italo-Ungherese,
Comune di Vittoria, Ragusa

Alcuni mesi dopo l'entrata in guerra dell'Italia, incominciò a manifestarsi il problema dell'alloggiamento dei soldati nemici catturati al fronte. In un primo momento, per ospitare i prigionieri furono requisiti, oltre alle strutture militari vuote e disponibili, conventi, fattorie e anche qualche castello.

Il numero sempre crescente di prigionieri impose, con urgenza, una scelta più razionale: la costruzione di baraccamenti. Anche la Sicilia fu interessata da questa nuova esigenza. L'isola offriva, per la lontananza dal fronte e perché circondata dal mare, con un sistema viario inesistente, la massima garanzia per scoraggiare un'eventuale fuga dei prigionieri. Le città dell'isola scelte per ospitare i prigionieri furono: Adernò (*caserme S. Lucia e S. Spirito*); Balestrate (*Stabilimento Florio Woodhouse*); Castel Ursino e Picanello a Catania, Carini, Cefalù (*caserma Botta*); Favara, Monreale (*convitto Guglielmo*); Marsala (*casa Divina Provvidenza*); Milazzo (*castello*); Misterbianco, Noto, Paternò (*monastero della S.S. Annunziata*); Pozzallo (*presso i magazzini Bruno e Papa*); Piazza Armerina (*caserme Cosenz, S. Giovanni e Fasce*); Stilo, S. Giovanni La Punta (*seminario*); Sciacca (*caserma S. Francesco*); Terrasini, Palermo e Vittoria. Il vero campo di concentramento fu quello di Vittoria, unico in Sicilia per l'ampiezza della superficie, tra i primi dieci per capienza su tutto il territorio nazionale, accoglieva ufficiali e militari di truppa.

La scelta di costruire un campo di prigionia a Vittoria, nella parte sud-orientale dell'isola, fu maturata nell'agosto del 1915 allorquando incominciarono ad affluire sull'isola i primi prigionieri di guerra. Il Comando di Corpo d'Armata di Palermo, ben consapevole della mancanza di strutture adeguate per ospitare i nuovi arrivati, incominciò una ricerca di località e locali che consentissero, secondo le direttive del Comando Supremo, di eliminare pericolosi sovraffollamenti di prigionieri evitando la diffusione di malattie in-



L'interno del campo di Vittoria con i suoi capannoni in una foto del 1982. Dopo questa data quasi tutte le strutture furono abbattute perché pericolanti

fettive che potevano influire molto negativamente sullo stato sanitario dell'intera nazione. Uno studio delle autorità militari isolate, molto attente alla profilassi dei prigionieri, poneva Vittoria come il luogo ideale e salubre su cui costruire un campo di concentramento per prigionieri di guerra.

La superficie scelta, in contrada Capitina-Mendolilli, si presentava rocciosa ed in posizione elevata, ben esposta ai venti di provenienza marina che non consentivano lo sviluppo della malaria. Alla fine di un pendio scorreva, circa 100 metri sotto il livello dell'area, l'*Ippari* che veniva identificato, in una relazione inviata dal Comando del Corpo d'Armata di Palermo alla Commissione Prigionieri di Guerra a Roma, come un fiume le cui acque defluivano velocemente entro argini solidi. Inoltre, il Comune garantiva l'erogazione di acqua corrente potabile di ottima qualità che consentiva, anche, di disporre dell'utilizzo di latrine ad acqua corrente. In ultimo, l'esistenza di un'importante stazione ferroviaria che permetteva il trasporto dei prigionieri fino al luogo della pena. Nel dicembre del 1915 iniziarono i primi contatti tra il Genio militare di Messina e le autorità cittadine. Il Sindaco di Vittoria dichiarava la disponibilità a collaborare con le autorità militari a condizione che la popolazione potesse trarre dei vantaggi da questo disagio. Furono date le più ampie rassicurazioni che rimasero, altresì, disattese.

L'area su cui doveva nascere il campo aveva un'estensione di circa 21 ettari. Nell'ottobre del 1916, venne effettuata la requisizione mediante "presa di possesso" con l'occupazione temporanea, notificando,

alle 29 ditte proprietarie, l'esproprio dei rispettivi terreni e immobili che gravavano sulla superficie interessata, affidando alla sotto direzione del Genio militare di Messina il calcolo delle indennità da corrispondere. I lavori iniziarono subito e proseguirono alacremente fino alla fine del marzo 1917. Il campo poteva ospitare 15.000 prigionieri come si evince dalla lettera, datata 3 gennaio 1917, inviata dalla Commissione Prigionieri di Guerra all'Intendenza Generale del Regio Esercito, con la quale si specificava il completamento di 3.000 posti entro gennaio e la fine dei lavori prevista per il mese di marzo¹. Al 1° gennaio 1917, i primi 100 prigionieri alloggiavano nel campo di Vittoria.

Le prime baracche costruite furono in legno, ma constatate le difficoltà di trovare *in loco* la materia prima si decise di procedere con la costruzione di fabbricati in muratura. Complessivamente ne furono realizzati trentasette. Le opere in muratura riguardavano: alloggi, latrine, prigioni, casermette, panetteria con forni smontabili, macello, centrale elettrica, serbatoio d'acqua potabile, bagni, spacci, ripostigli, chiesetta, cucine, stazione sanitaria, infermeria, pronto soccorso, stanza mortuaria, presidio, locali per ufficio del Genio Militare, corpo di guardia, salone di ritrovo.

Le strutture di legno ospitavano un laboratorio di falegnameria e un'officina di fabbro (capannone n. 30), una legnaia, un canile e una stalla per animali da soma. La stazione sanitaria era costituita da due padiglioni d'isolamento delle dimensioni di metri 50,40 x 8,40 con ventotto vani ciascuno², oltre il fabbricato di disinfezione di otto vani e l'infermeria collocata nei capannoni n. 8 e n. 9. Per i casi più gravi si utilizzava il vicinissimo ospedale civico ubicato nell'ex convento dei cappuccini, in pratica quasi a ridosso del muro di cinta del campo. Alla fine della guerra, sin dal 1921, l'amministrazione comunale di Vittoria cercò di ottimizzare il disagio ricevuto con la realizzazione del campo: chiese al Governo l'assegnazione gratuita della parte di superficie che comprendeva i locali d'isolamento e di disinfezione, con le relative macchine, utensili e arredi. Intervenne anche il Prefetto che sostenne la richiesta, pregando il Comandante del Corpo d'Armata di Palermo di un benevolo interessamento per l'acquisto a condizione di favore, non mancando di sottolineare che:

¹Archivio Ufficio Storico, Stato Maggiore Esercito. Repertorio F-11, raccoglitore n.112.

²Archivio di Stato di Ragusa. Fondo Prefettura di Ragusa, busta n. 193, fasc. 3.

il Comune di Vittoria è sprovvisto di stabilimenti sanitari per ricovero d'infermi di morbi diffusivi. La richiesta non fu accolta. Il materiale era ritenuto inalienabile dall'amministrazione militare che badò a far trasferire la stufa di disinfezione a Siracusa, nei locali dell'ex deposito di benzina, per la disinfezione dei militari e dei materiali provenienti dalla Libia. Si tentò di avere in concessione anche il macchinario della centrale elettrica ma, anche questo, fu ritenuto inalienabile².

Il muro di cinta esterno del campo aveva un perimetro circa 4 chilometri ed era stato costruito in parte in muratura con l'utilizzo di pietre e malta, in parte in lamina di ferro stirato, intonacato a cemento. Due ingressi consentivano l'accesso: uno di fronte all'ex convento e l'altro in prossimità del bivio S. Croce-Scoglitti. Una strada larga circa trenta metri attraversava il campo longitudinalmente per tutta la sua lunghezza. Tutti i fabbricati erano coperti da tetti con tegole alla marsigliese, gli alloggi pavimentati con mattonelle in cemento e con soffitti in canne e gesso².

L'erogazione dell'acqua corrente fu stabilita, con l'amministrazione comunale del tempo, in 604,800 metri cubi giornalieri a un prezzo agevolato di 30 centesimi al metro cubo, mentre i cittadini la pagavano a 40 centesimi. Questo prezzo rimase invariato fino al 30 giugno 1920. In seguito dal 1° luglio 1920, per il primo anno, il prezzo fu aumentato a 1,00 lira al metro cubo e dal secondo anno a 1,50 lire; alla fine del conflitto il Comune di Vittoria vantava un credito di 80.000 lire dall'amministrazione militare. Per la fornitura di energia elettrica, non avendo trovato nessun accordo sul prezzo, il Genio militare dovette farsi carico a proprie spese dell'installazione di una piccola e autonoma centrale elettrica³. A presidio del campo furono impegnati circa 1.400 soldati con un reparto di polizia giudiziaria. Alla fine del 1917, i prigionieri erano circa 12.000 (1).

L'alimentazione giornaliera, secondo la documentazione d'archivio, era costituita da 250 g di pane, 140 g di pesce salato (baccalà o aringhe) o carne (fresca o congelata), 120 g di pasta o riso con verdure. Per chi lavorava la razione di pane era aumentata di 200 g con l'aggiunta di formaggio e legumi secchi. In realtà non si ha la

²Archivio di Stato di Ragusa. Fondo Prefettura di Ragusa, busta n. 193, fasc. 3.

³Archivio Storico del Comune di Vittoria. Atti Istituzionali. Giunta Comunale del 12 settembre 1916. Consigli Comunali del 22 novembre 1916, del 5 febbraio 1917 e dell'8 giugno 1917.

certezza che queste disposizioni fossero rispettate. I prigionieri potevano uscire dal campo due volte a settimana, sotto il controllo di un ufficiale e di un soldato, per fare acquisti nelle botteghe cittadine; questo ci conferma che il rancio distribuito non era sufficiente o completo. Una comunicazione del Ministero della Difesa datata 25 novembre 1918 stabiliva, a guerra terminata, la razione giornaliera per i prigionieri di guerra del campo di Vittoria in: 250 g di pane, 150 g di carne fresca (140 g se congelata), 100 g di pasta o riso (200 g se la carne o il baccalà sia sostituito con aringhe), 20 g di sale, 100 g di manzo bollito, un pezzo per razione di aringhe.

Quattro volte alla settimana invece della carne si potevano dare 150 g di baccalà.

Durante il periodo di prigionia non era consentito tenere denaro e, pertanto, questo veniva commutato in "buoni" da spendere presso i vivandieri del campo. I buoni erano di diversi tagli: 0,05, 0,10, 0,25, 1,00, 5,00, 10,00 lire. I prigionieri avevano sempre la disponibilità di una piccola parte di contanti che proveniva dai lavori agricoli e artigianali eseguiti per i privati. Con questo denaro potevano comprare fuori dal campo quello che non trovavano in vendita negli spacci interni.

A partire dal maggio 1916, anche l'Italia decise di avvalersi delle norme sui prigionieri regolate dalla convenzione dell'Aja. In nessun'altra regione italiana la manodopera dei prigionieri fu impiegata come in Sicilia prevalentemente in agricoltura.

I prigionieri dell'esercito della duplice monarchia di Vittoria furono impiegati, in aiuto della popolazione locale, in lavori artigianali e in agricoltura. Accolti molto bene nelle case dei cittadini vittoriesi, lasciarono in ricordo una miriade di oggetti realizzati da loro durante la prigionia che troviamo anche a Chiaramonte Gulfi. Una quarantina di loro prestarono servizio come netturbini per la pulizia delle strade, seppellendo anche i morti causati dall' "influenza Spagnola". La popolazione mossa a pietà, con altruismo, non fece mancare loro il cibo e il vino (2).

Un'altra testimonianza ci giunge dal cuore della Sicilia. Nel 1917, quarantacinque prigionieri del campo di Vittoria furono impiegati in agricoltura, nella semina e nella coltivazione del grano e, nei vigneti del calatino su richiesta del Sindaco di Sutera. Molto importanti, sotto il profilo umano, morale e sanitario, sono da evidenziare gli obblighi dei richiedenti la mano d'opera, che dovevano



Oggetti costruiti artigianalmente dai prigionieri, durante la detenzione e lasciati ai vittoriosi come ricordo della loro presenza a testimonianza degli ottimi rapporti di amicizia con la popolazione. A: penna in osso; B: portafiori ricavato da un bossolo di cannone; C: portauovo; D: portasigarette; E: portacartine. Su alcuni oggetti vi è incisa la scritta: Ricordo prigionieri di guerra - Vittoria 1918

fornire: una paga di 0,25 centesimi l'ora, cappelli di paglia, assistenza sanitaria, vitto secondo gli usi locali, legna da ardere e quanto occorre per la pulizia dei prigionieri, acqua da bere e per la pulizia personale, mezzi di trasporto se la distanza tra l'accampamento e il luogo di lavoro superava i tre chilometri. Se il luogo di lavoro si trovava lontano dall'accampamento, il datore di lavoro doveva fornire la paglia per i pagliericci, il chinino e gli utensili da cucina per il pasto da consumare sul posto⁴.

Complessivamente, i prigionieri furono trattati abbastanza bene, come testimoniano alcune lettere. In una di queste, il soldato Alois Pokan scrivendo al fratello il 30 dicembre 1917 per ringraziarlo di un pacco ricevuto in buono stato, lo rassicura sulle proprie buone condizioni di salute:

...sono fino ad oggi del tutto sano. Cosa che mi auguro per tutti voi...⁵.

⁴Museo Civico di Sutera. Archivio, documenti.

⁵Museo della Memoria di Modica. Collezione: A. Blefari. Corrispondenza prigionieri: cartolina postale del campo di concentramento di Vittoria, 30 dicembre 1917.

In un'altra lettera, l'ungherese Janos Koreschnik, catturato proprio nel giorno dell'armistizio, scrive alla Croce Rossa:

...chiedo scusa, ma come prigioniero di guerra, vorrei chiedere il Vostro riguardo concernente il mio futuro. Immeritadamente, sono caduto in prigionia italiana al primo giorno dell'armistizio, il 4 novembre 1918, nel pomeriggio alle tre, insieme all'intero 29° Reggimento. Siamo bene, ci preoccupiamo soltanto per il futuro della nostra Patria⁶.

Questo documento è molto importante per confermare il numero di soldati che transitarono nel campo di concentramento di Vittoria durante e dopo il conflitto: ben 18.000, come testimoniò il caporale Giovanni Battista Parrini. Fino all'ultimo giorno di guerra i soldati catturati furono inviati in Sicilia, a Vittoria.

In ultimo, la conferma ci viene dalla pergamena di ringraziamento da parte di sessantadue ufficiali e graduati dell'esercito ungherese consegnata al caporale Giovanni Battista Parrini, comandante interinale del campo di Vittoria negli anni 1917-1918 (3).

La pergamena, datata 5 dicembre 1917, conferma che sin dal primo anno di vera attività del campo i prigionieri furono trattati con umanità e rispetto:

*Al degno figlio
dell'illustre sicula Palermo
signor Parrini cav. Giovan Battista
cuore nobile, anima generosa.
Comandante forte, equanime, buono, giusto.
Nel ricordo della patria lontana
alleggerì l'esilio al prigioniero
cui integerrimo capitano e padre e amico
scolpì in cuore sentimenti grati
a l'anima memoria col affetto impresse.*

⁶Museo Storico italo-ungherese di Vittoria. Salone delle esposizioni. Settore: Grande Guerra.

I prigionieri giungevano dal fronte in condizioni estreme per quello che riguardava la nutrizione, la profilassi sanitaria, colpiti da patologie di guerra e, in ultimo, con il morale "sotto i tacchi". Tuttavia, il maggior numero di decessi si registrò con l'arrivo, anche su questo estremo lembo di territorio italico, della tremenda "Spagnola". Tra il mese di giugno del 1917 e il febbraio del 1920, morirono 268 prigionieri dell'esercito austro-ungarico in prevalenza a causa di questa epidemia. Colpì senza distinzione le varie etnie che costituivano l'esercito della duplice monarchia: ungheresi, austriaci, polacchi, cechi, slovacchi, erzegovini, bosniaci, croati, tedeschi e dalmati. Il picco massimo di decessi si registrò nel 1918 con 125 morti. Nel triennio (1917-1920), si registrò il maggior numero di decessi (settantadue) tra i prigionieri di nazionalità ungherese (Tabella).

Tabella - Campo di concentramento di Vittoria. Prospetto riepilogativo dei decessi per nazionalità e anno

Nazionalità	Anno di morte				Totale
	1917	1918	1919	1920	
Ungheresi	11	46	14	1	72
Austriaci	31	23	12	1	67
Polacchi	9	20	20	6	55
Cechi-slovacchi	6	21			27
Erzegovini-bosniaci-croati-dalmati	2	1	17	2	22
Nazionalità varie o imprecisate	2	14	8	1	25
Totale	61	125	71	11	268

Dopo la fine della guerra, nel 1924, fu lanciata dall'ex caporale Parrini l'idea di erigere una Cappella-Ossario in memoria dei soldati ungheresi deceduti nei campi di prigionia siciliani. Il monumento fu realizzato in collaborazione fra le due nazioni: la raccolta fondi venne effettuata in Ungheria e il progetto venne redatto dall'Ing. Árpád Kirner, figlio del Console d'Ungheria a Palermo, che curò anche la direzione dei lavori. La costruzione del monumento, in pietra di Comiso, venne eseguita da maestranze locali; la porta d'ingresso e la recinzione in ferro furono realizzate a Palermo, mentre il Prof. Cosmo Sorgi, astro nascente



Cappella-Ossario ungherese di Vittoria. Inaugurata il 29 maggio 1927 e frutto della collaborazione italo-ungherese a memoria dei soldati ungheresi morti in prigionia nei campi siciliani. Foto tratta dalla pubblicazione "Cappella ungherese: storia, memoria e mito di un monumento che parla di pace" di Giancarlo Francione, Dezső Juhász; 2004

della scultura funeraria di stile liberty, scolpì il rilievo interno sopra l'altare della *Patrona Hungariae*. Ai lati della Cappella, le vetrate delle finestre con le immagini di S. Stefano e S. Ladislao furono realizzate a Budapest dal grande artista Roth Miksa (oggi mancanti). All'interno della Cappella di Vittoria furono collocate due lapidi con i nomi dei settantadue soldati morti. Il monumento venne inaugurato il 29 maggio 1927 (4).

Negli anni '80, del secolo scorso, molti capannoni dell'ex campo di concentramento furono abbattuti, perché pericolanti e pericolosi. Tuttavia, restano ancora indelebili tracce del passato. Sentinelle silenziose di un luogo che appartiene alla storia comune europea. Vogliono insegnarci

che la maledizione dell'umanità, la guerra, non è invincibile.

Riferimenti bibliografici

1. Poidomani G. *Lutti e memorie dei siciliani nella Grande Guerra*. Catania: Prova d'Autore; 2015. p. 54.
2. Rabito V. *Terra matta*. Torino: Einaudi; 2007. p. 97.
3. Francione G, Juhasz DR. *La Cappella ungherese. Storia memoria e mito di un monumento che parla di pace*. Vittoria: Ed. Comune di Vittoria; 2004. p. 13.
4. Francione G, Juhasz DR. *La Cappella ungherese. Storia memoria e mito di un monumento che parla di pace*. Vittoria: Ed. Comune di Vittoria; 2004. p. 49 e p. 70.

I PRIGIONIERI ITALIANI NEI LAGER AUSTRO-UNGARICI E TEDESCHI DURANTE LA GRANDE GUERRA

Lauro Rossi

Biblioteca di Storia Moderna e Contemporanea, Roma

*E siamo in tanti coperti da neve gelata;
non c'è più razza o divisa, ma solo l'inverno.*

F. Guccini

*Oh! mama mia,
saria melio che fossi morto!*

Anonimo soldato

*E così dopo venti ore di ininterrotto cammino, dopo un giorno
e quasi due notti senza cibo, bagnati fino alle ossa dopo tante
peripezie, qual sollievo il trovarsi in un campo aperto, sotto
il manto di una fitta piovgerella, riscaldati da un nebbioso
vento nordico, lì senza alcun ristoro, senza nemmeno un posto
di suolo per adagiare le nostre stanche ossa! Il freddo, la stan-
chezza, la fame ognor crescente dominarono le mie energie.*

Una scena drammatica, straziante, come tante ce ne furono in quello scorcio di tempo (siamo nell'ottobre 1917), ma delle quali si è fin da subito persa la memoria (1).

La prigionia di guerra è, infatti, uno degli argomenti meno considerati dalla storiografia. Riguardo al primo conflitto mondiale uno dei maggiori studiosi dell'argomento, Annette Becker, definiva ancora nel 2001 i prigionieri "i grandi dimenticati", ricordando come le cifre di un tale fenomeno fossero approssimative. Sembra comunque che, nell'insieme, nel corso dell'intero conflitto, i prigionieri furono circa otto milioni: quattro milioni quelli fatti prigionieri dalle forze dell'Intesa e più o meno altrettanti quelli catturati dagli Imperi centrali. Smisurata, abnorme come in tutte le sue manifestazioni, la Grande Guerra ha dunque lasciato in eredità anche la prima vera prigionia di massa, anticipando quelle

immagini così laceranti di cadaveri ammassati e di teste rapate dalle facce ceree, brancolanti dentro enormi recinti di filo spinato, prerogativa dei lager nazisti¹.

Per quanto riguarda il caso italiano, che rimane comunque tra i più emblematici, solamente negli ultimi anni la tematica legata ai prigionieri di guerra ha cominciato faticosamente a farsi strada tra gli studiosi, e in particolare grazie alle ricerche di Giovanna Procacci, forse in relazione alle tremende stragi che si sono registrate negli ultimi decenni in particolar modo nella ex Jugoslavia. Tuttavia, va osservato, della prigionia dei soldati si trova, a oggi, scarsissima traccia nelle pubblicazioni militari e men che meno nella letteratura, nelle antologie e nei testi scolastici (2).

Ovviamente la marginalizzazione storiografica di questa tematica è dovuta essenzialmente a ragioni politiche (3).

A chi poteva interessare aprire aspre polemiche e interminabili discussioni che avrebbero necessariamente coinvolto Governi e istituzioni ai loro più alti livelli?

A chi poteva giovare sconvolgere ulteriormente un'opinione pubblica che aveva una gran fretta di dimenticare i propri caduti o, nel migliore dei casi, i propri feriti o mutilati?

Nel caso della Prima Guerra fu il fascismo a oscurare del tutto il tema della prigionia, poiché puntava proprio su Vittorio Veneto come momento dal quale far partire la rinascita della nazione che il regime avrebbe poi sempre più consolidato fino a portare l'Italia tra le prime potenze del mondo (4).

Altra ragione, a più ampio spettro, riguardante l'oblio del tema della prigionia, era dettata dal diffuso e atavico convincimento del carattere, comunque, disonorante della prigionia. Ufficiali e soldati catturati, infatti, venivano nella sostanza, ritenuti degli incapaci, dei vili, colpevoli di non trovarsi più nella condizione di contribuire at-

¹Una delle prime applicazioni moderne, sistematiche dei campi di concentramento, avvenne da parte del Regno Unito, durante la seconda Guerra Boera, fra il 1900 e il 1902, quando il comandante britannico Horatio Kitchener li utilizzò per avere ragione della guerriglia. Egli diede ordine di distruggere tutte le fattorie che rifornivano i soldati boeri e quindi ne fece deportare gli abitanti, in genere donne e bambini, in campi di concentramento. Intere famiglie vennero, così, rinchiusi in condizioni assai precarie dal punto di vista alimentare e sanitario. L'uso dei campi ebbe, comunque, un ruolo non secondario nel garantire la vittoria all'esercito britannico. Alla fine della guerra si conteranno non meno di 26.000 donne e bambini boeri morti, a cui vanno aggiunte le vittime della popolazione che viveva nelle fattorie boere.

tivamente alle sorti della nazione. È per questo che, alla fine dell'immane conflitto, come ha scritto Giovanna Procacci, mentre "il fante combattente veniva esaltato e ogni comune celebrava la memoria del sacrificio con lapidi e monumenti, il prigioniero, scomodo testimone, veniva cancellato dalla memoria della storia patria" (5).

Le riflessioni di Carlo Emilio Gadda appaiono al riguardo particolarmente illuminanti: rinchiuso nel lager di Celle, confessava apertamente che per quanto soffrì "per la famiglia e per la patria", "il macigno più grave" cui doveva far fronte era "la rabbia porca del mancare all'azione, l'essere immobile mentre gli altri combattono", il non potersi più "gettare nel pericolo" (6). Tutto questo nonostante non mancasse la consapevolezza che erano stati i macroscopici errori dei superiori a tradire le aspettative dei soldati e ridurli nello stato in cui versavano.

Per venire allo specifico del nostro Paese, i dati in possesso, che provengono dalla Commissione d'inchiesta sulle violazioni dei diritti delle genti, ci dicono che dei 4.200.000 uomini inviati al fronte il numero dei prigionieri italiani caduti nelle mani degli eserciti austro-ungarico e tedesco fu di oltre 600.000, di cui 300.000 dopo Caporetto. Di questi, 19.500 erano ufficiali. Si tratta di una percentuale molto rilevante, pari a un soldato su sette. Altre nazioni, come Regno Unito e Francia, ebbero un numero di prigionieri sensibilmente più ridotto e il divario appare ancor più significativo se si considera che l'Italia combatté un anno di meno.

Sappiamo pure che mezzo milione furono i mutilati e gli invalidi, mentre più di un milione i feriti. Il costo dei caduti italiani nei campi di prigionia fu anch'esso rilevantissimo: ben 100.000, come risulta dagli atti della stessa Commissione d'inchiesta, Commissione che peraltro si affrettò a dichiarare che tale cifra andava certamente letta per difetto piuttosto che per eccesso. Anche in questo caso il numero degli ufficiali era piuttosto esiguo: appena 550.

Le principali cause di morte erano dovute a fatica, denutrizione, freddo, ma anche a malattie quali tifo, colera e tubercolosi.

Consideriamo ora i campi di internamento nei quali furono reclusi i militari italiani. I maggiori, per quanto riguarda l'Impero austro-ungarico, erano quelli di Mauthausen e Sigmundsherberger, che fungevano anche da centri di raccolta e di smistamento per i pacchi inviati dalle famiglie e la corrispondenza.



Austria Ungheria: militare giustiziato. Roma, Museo Centrale del Risorgimento

Tra gli altri campi austriaci si possono annoverare Theresienstadt, Karzenau bei Linz, Josefstadt e Milowitz in Boemia. Dunaszerdahely Nagymegyér e Csot bei Papa in Ungheria. In Germania, dove cominciarono ad affluire prigionieri solo dopo Caporetto (ben 170.000), i principali campi furono quelli di Celle, Meschede, Ellwangen, Lagensalza, Rastatt. Il nome di molti di questi campi divenne lugubramente famoso durante la Seconda Guerra mondiale per gli strazianti racconti e le non meno strazianti immagini

che ci sono pervenute. Nel complesso, gli italiani risultano internati in quasi cinquecento campi, sparsi lungo un territorio vastissimo che andava dalla Polonia alla Turchia asiatica (7).

Tanti erano i disagi che questi deportati dovevano subire, disagi che si ampliarono di gran lunga dopo la rotta di Caporetto. A cominciare dalla razione di cibo quotidiana, che mai raggiungeva le ottocento calorie. E se queste erano insufficienti per gli ufficiali, a maggior ragione lo erano per i soldati costretti ad una manovalanza che spesso superava, tra trasferimenti e lavoro effettivo, le dodici se non quattordici ore al giorno.

Per ovviare a queste insufficienze i Governi francese e inglese provvidero per tempo a inviare ai propri reclusi treni di rifornimenti, soprattutto farina e pane, sotto lo stretto controllo della Croce Rossa internazionale che aveva sede in Svizzera. Completamente diverso fu l'atteggiamento delle autorità italiane, che non solo non avviarono mai una politica di concreti aiuti ai propri prigionieri,

ma anzi ostacolarono gli invii degli stessi privati. Questo perché temevano che un efficace soccorso potesse addirittura incoraggiare i soldati alla diserzione. Molte delle morti nei campi di concentramento debbono andare ascritte proprio a questo atteggiamento del Governo nazionale che ben poco rispetto mostrava per la vita dei propri connazionali. Tra tutti, le maggiori responsabilità dovevano essere fatte ricadere su Sidney Sonnino e Luigi Cadorna, che si ritrovavano perfettamente nelle considerazioni che del soldato aveva formulato padre Agostino Gemelli, il quale non aveva avuto scrupoli a dichiarare:

la miglior qualità del soldato nella guerra di massa e di lunga durata è l'assenza di ogni qualità: l'essere rozzo, ignorante, passivo. Solo così è possibile quella trasformazione della sua personalità che lo rende capace di adattamento alla trincea e all'assalto, che fa di lui un materiale altamente manipolabile (8).

Per questo, il soldato italiano veniva sottoposto ad un disciplina severissima, nella quale terrore costante ed esemplari punizioni costituivano, secondo i principi codificati da Cadorna, l'arma più efficace per superare le tante difficoltà delle truppe, male addestrate e, soprattutto, mal guidate. Per questo lo stesso comandante in capo non solo raccomandava i tribunali militari di giudicare nel modo e nelle forme più restrittive, ma invitava anche gli alti comandi a non lesinare esecuzioni sommarie ai primi cenni di insubordinazione² (9).

²I tribunali militari istituirono 100.000 processi per renitenza alla leva, più altri 370.000 a carico di emigrati, 60.000 a carico di civili, ben 340.000 contro militari alle armi, per lo più per diserzione e per rifiuto all'obbedienza. Almeno 1 soldato su 12 fu processato; i fucilati dopo regolare processo furono tra i 750 e i 1.500 (i dati non sono certi). Ma ben più numerosi furono i fucilati sul campo per un semplice ordine di un superiore, o quelli uccisi in battaglia al minimo accenno di fuga. Questo tipo di esecuzioni non è calcolabile, come pure furono frequenti le decimazioni, ovvero le fucilazioni eseguite per "dare l'esempio". In tutto si calcola che circa il 15% dei cittadini mobilitati ed il 6% di coloro che prestarono servizio furono oggetto di denuncia. I processi celebrati prima dell'amnistia del 2 settembre 1919 furono 350.000 con 140.000 condanne e 210.000 assoluzioni. Le condanne a morte eseguite furono 750, 311 quelle non eseguite e 2.967 quelle emesse in contumacia, per un totale di 4.028. La giustizia penale in guerra era affidata ad un ufficio appositamente costituito: il "reparto disciplina, avanzamento e giustizia militare". La prassi di tale ufficio fu ispirata dal principio della "giustizia punitrice". Tutti, dai presidenti agli avvocati, ai giudici, furono incitati alla maggior severità possibile, e si comportarono di conseguenza. Su 170.000 condanne ben 40.000 comportarono pene superiori ai 7 anni. Di queste, come abbiamo visto, le condanne a morte furono 4.000 e quelle all'ergastolo ben 15.000. I giudici si piegarono totalmente alle direttive del Comando supremo e ne furono diligenti esecutori.

In generale, l'opinione pubblica di tutti i Paesi belligeranti fu profondamente scossa dalle immagini sul trattamento dei soldati e dei prigionieri che venivano, spesso ad arte, mostrate sui giornali e in specifiche pubblicazioni (10). In Italia, questo atteggiamento raggiunse vertici particolarmente elevati in relazione al costante terrore che gli alti comandi avevano delle diserzioni dei soldati. Venne orchestrata una puntuale campagna propagandistica sulle violenze perpetrate ai danni dei prigionieri italiani con conferenze, volantini e campagne giornalistiche ben mirate. Tra le pubblicazioni di un certo rilievo è quella del maggio 1918 a firma del capitano Attilio Loyola, nativo di Arce, che mostra, avvalendosi di impressionanti sequenze fotografiche, le barbare condizioni in cui erano trattati i nostri soldati nei lager austro-ungarici (11-15). Scopo di questi scritti era impedire il diffondersi fra le truppe della convinzione che presso il nemico fosse possibile trovare condizioni di vita meno disumane, una sorta di via di salvezza rispetto a una condizione di vita militare che veniva sentita come intollerabile. Per questo venne data alle stampe, tra le altre, anche una raccolta antologica di brani tratti da Silvio Pellico e Pietro Maroncelli sulle pene vissute allo Spielberg e vennero curate un gran numero di pubblicazioni, dove si evidenziavano il carcere duro, i ceppi con cui i prigionieri erano sovente legati, i lavori forzati e le continue perquisizioni cui erano sottoposti (16).

La stessa ossessione della diserzione spingeva gli alti comandi a far tradurre e pubblicare testi che trattassero della prigionia di soldati di altri Paesi sottoposti alle angherie austro-tedesche. Un esempio tra questi è l'opuscolo sulla terribile deportazione dei belgi in Germania di Van den Heuvel, plenipotenziario del Belgio presso la Santa Sede, dove si arriva a parlare, tra la popolazione civile, di autentica "tratta degli schiavi" (17).

Sempre in relazione a una politica che tendesse a sdrammatizzare il più possibile le atrocità della guerra e a non influenzare negativamente un'opinione pubblica sempre più turbata, altra decisione del Governo italiano fu quella di opporsi anche allo scambio, evento usuale in altri Paesi belligeranti, per i malati gravi. E nella stessa direzione andò la decisione, al momento del ritorno in Italia dei prigionieri, di "parcheggiare" questi ultimi in campi di detenzione, dove i reduci subirono interrogatori e, all'occorrenza, inchieste penali. Già il 7 marzo 1918 il generale Armando Diaz si era det-

to preoccupato che il fronte interno venisse turbato dal contatto con i prigionieri malati o feriti consegnati dall'Austria, e per essi proponeva l'invio nelle colonie della Libia, mentre il 30 ottobre il generale Badoglio si batté per la costruzione di campi di isolamento della capienza di 20.000 uomini che avrebbero dovuto accogliere i soldati internati al loro rientro. Allo scopo furono anche adibiti appositi centri di raccolta a Gossolengo (Piacenza), Castelfranco, Rivergaro, Ancona, Bari e in tanti altri luoghi, all'interno dei quali risultarono accolti, a fine dicembre 1918, centinaia di migliaia di ex prigionieri in condizioni a dir poco "indegne", come affermarono molti dei reclusi, interrogati e sorvegliati come si trattasse di autentici traditori³ (18, 19).

Rappresentazioni della prigionia

Per quanto concerne le rappresentazioni della prigionia, molte delle quali opera di ufficiali, queste si cristallizzavano, tranne rare eccezioni, in immagini abbastanza stereotipate. Una convincente spiegazione la fornisce Fernand Braudel, prigioniero in Germania dal 1940 al 1945, in una significativa pagina:

la storia di un campo di prigionia è un coacervo di forze individuali, non molto interessanti, storie di ognuno e di ogni giorno, esili fili d'acqua, un succedersi di atti e pensieri difficili da ricostruire, anche se c'è chi tiene un giornale di bordo (20).

Braudel, caso più unico che raro, nel corso del lungo quinquennio di detenzione che fu costretto a subire, compose, su quaderni che regolarmente gli inviava l'amico Lucien Fabvre, il suo famoso *Civiltà e imperi del Mediterraneo nell'età di Filippo II*. Ma non tutti gli individui possedevano evidentemente la tempra e la determinazione del grande storico francese.

Solitamente, nei vari diari, si riandava dapprima alla fase della cattura, dove venivano minuziosamente ricordati gli ultimi tragici giorni trascorsi in trincea, poi si toccavano gli inizi della prigionia, caratterizzati da continui, estenuanti spostamenti; venivano,

³Scrive l'ex prigioniero Luigi Amadei: "Si veniva trattati peggio dei cani randagi. In quell'immensa landa umida e malsana che è Gossolengo [...] si dovette dormire per terra senza paglia e senza coperta per una ventina di giorni, mangiare una scatoletta di carne americana in cinque persone e trecento grammi di pagnotta al giorno, senza caffè e senza minestra mai".

quindi, presi in esame i primi alloggi, le baracche, delle quali si descriveva minutamente l'ampiezza, il numero dei reclusi, la difficile praticabilità. Non mancavano ampie digressioni sulla lontananza della famiglia, sulla nostalgia dei propri cari lontani. Ma i temi principali vertevano sulla fame, sul disperato bisogno di cibo (la "liquida sbobba" che quotidianamente veniva impartita era non solo povera e scarsa, ma soprattutto immangiabile), sulla inderogabile esigenza dell'invio di pacchi alimentari. Molto toccato era pure il tasto dell'assoluto degrado, dovuto dalla foltissima presenza di animali (topi, pulci, cimici ecc.) con i quali era difficilissimo convivere. A lungo ci si intratteneva anche sul trattamento, spesso al limite della disumanità, dei carcerieri, facendo riferimento a medievali, terribili punizioni (la più famosa quella del "palo").

Va detto, in ogni caso, che molto differente era il trattamento che subivano gli ufficiali rispetto ai soldati. L'atteggiamento degli austriaci e dei tedeschi, e delle forze belligeranti in genere, nei riguardi degli ufficiali prigionieri era improntato a regole di cui, almeno nei primi tempi, si tenne abbastanza conto. Intanto, costoro non avevano obblighi di lavoro e i lager loro riservati differivano di gran lunga per ampiezza e qualità dei servizi. Ben diversa la condizione dei soldati, le cui lettere esprimevano, in primo luogo, una disperata richiesta di viveri. I soldati erano adibiti a lavori assai faticosi come la costruzione di strade, di ferrovie, di fortificazioni, di trincee. Per non parlare di coloro che operavano negli altiforni, nelle cave di pietra, nel taglio dei boschi. Stava meglio chi poteva lavorare nelle campagne, come nel caso di alcuni prigionieri in Ungheria, dove era più agevole procurarsi cibo. Inoltre, i soldati erano sottoposti ad una disciplina durissima e i capisquadra non lesinavano punizioni al limite della sopportabilità. Ma, come abbiamo detto, era soprattutto la fame a mietere vittime. Per la mancanza di nutrizione, denunciava un prigioniero di Mauthausen nel febbraio 1918, morivano dalle 40 alle 50 persone al giorno. Data l'assoluta penuria di farina all'interno dell'Impero, spesso questa veniva mischiata con della polvere derivata dalla macinazione delle ghiande o della paglia, al punto che i soldati, per nutrirsi, arrivavano a ingerire erba, dove la trovavano, se non addirittura terra e legno con nefaste conseguenze per la loro salute. Rammenta Gadda, che pure era detenuto come ufficiale: "Trangugiavo, divorandolo a morsi, l'esiguo pane, la solita

fetta, un quinto impastata di castagne d'India, dicevano, e poi di tritume della paglia, forse di segale" (21). Ancor più drammatica, in certo qual modo emblematica, è la descrizione che ci offre un soldato semplice in una lettera alla madre:

mama mia, non so se potrò resistere tanto tempo ancora, perché se dura ancora la fame e dovrò restare qualche altro mese qui morirò di fame e di fatiche, Oh!, mama mia, saria stato melio che fossi morto quella volta che mi hanno preso li austriaci sul S. Michele e invece adesso ci hanno mandato qui a fare le trincee sula riva del mare e quando non si può più ci bastonano e l'altro giorno sono morti due di noi. Si lavora quindici ore al giorno e ci danno da mangiare tre patate lesse e poi tante bastonate (22).

Migliore, abbiamo accennato, la condizione degli ufficiali. Ma qualcosa mutò anche per loro dopo Caporetto, quando il numero dei prigionieri italiani divenne elevatissimo (23). E allora anche per loro cibo, vestiario, possibilità di trovare di che riscaldarsi divennero gli argomenti delle lettere e dei diari. Qualche ufficiale, tuttavia, che poteva vantare speciali raccomandazioni, riuscì a restare fino alla fine della guerra in lager dove le condizioni di vita risultavano meno esasperate. Il campo di Ellwangen, tanto per portare un esempio, era posto su una collina e possedeva addirittura giardini, viali alberati, telefoni, ecc. Questi campi erano anche dotati di attrezzature che permettevano di svolgere attività culturali e sportive nel tentativo di favorire lo sviluppo di occupazioni che potevano distrarre i prigionieri dalla condizione di forzato ozio per evitare fughe e anche per combattere quelle forme di acuta depressione conseguenza dell'internamento (la cosiddetta "malattia del reticolato").

Non tutti gli internati, infatti, potevano vantare la tempra di un Henri Pirenne che, arrestato dai tedeschi nel marzo 1916 e liberato solo alla fine della guerra, ebbe la forza in quel non certo facile periodo della sua vita (detenuto dapprima a Crefeld e poi a Holzmin-den), di tenere lezioni agli altri reclusi e di scrivere un libro come la *Storia d'Europa dalle invasioni al XVI secolo*. Ricorda lo stesso Pirenne nei *Souvenirs de captivité en Allemagne*: "Tenevo due corsi, uno di storia economica per due o trecento studenti russi fatti prigionieri a Liegi nell'agosto 1914, l'altro cui raccontava ai miei compatrioti

la storia del loro paese. Non ho mai avuto allievi più attenti e mai ho insegnato con tanto piacere. Il corso di storia del Belgio era veramente avvincente. L'uditoria si stipava" (24).

Vita nei lager

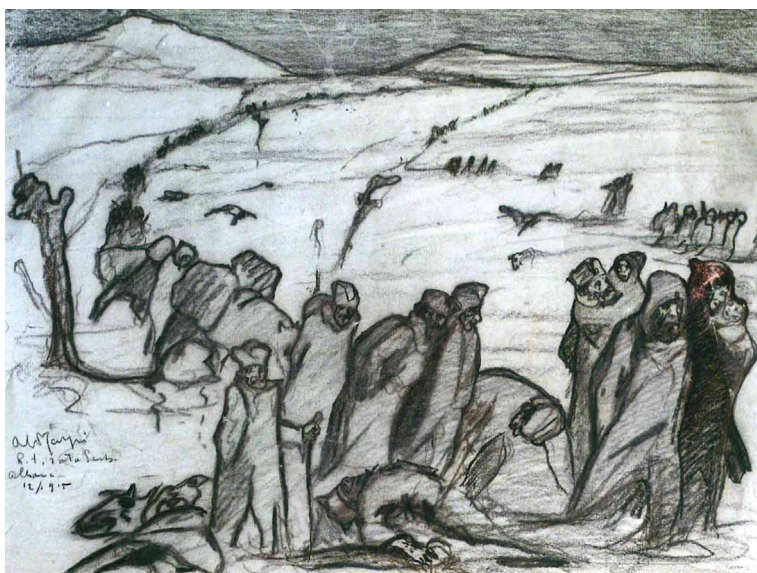
In generale, i maggiori momenti di distrazione per i prigionieri (soprattutto ufficiali) venivano dalle rappresentazioni teatrali, dall'ascolto della musica, dalla lettura di libri tratti dalle precarie biblioteche messe su alla buona, ma pure da palestre, sale e campi di gioco per tennis, football, tamburello, palla a mano, bocce, biliardo. E anche, laddove non fu bandita perché considerata arma di guerra, la scherma. Nei campi tedeschi furono organizzati addirittura tornei internazionali (25).

Delle attività che si tenevano nel campo di Sigmundsherberger abbiamo notizia dal giornale *La Scintilla*, il cui sottotitolo recitava: *settimanale letterario dei prigionieri di guerra*. Si trattava di una pubblicazione di una certa levatura i cui principali articoli, firmati da Guido Monadi, Leo Leone e Vincenzo Fida, mostravano una chiara ispirazione dannunziana. Il giornale cominciò ad uscire il 4 novembre 1917 e chiuse le sue pubblicazioni il 24 agosto 1918 per precisa disposizione del Ministero della Guerra austro-ungarico. Si componeva di due pagine, di cui la seconda era dedicata alla "Cronaca del lager". Si davano notizie sulla biblioteca, che contava circa 500 iscritti, sulle scuole elementari, istituite per gli adulti analfabeti, sulla scuola di lingue, sull'università popolare. Ampie recensioni erano dedicate alle rappresentazioni teatrali, ai concerti, alle attività sportive, che, numerose, si tenevano nel campo. Si offrivano pure consigli medici, comunicazioni sulla posta, su eventuali azioni di beneficenza verso i prigionieri malati e bisognosi. Si dava, infine, notizia di furti, di oggetti smarriti, di appuntamenti di particolare interesse che si tenevano nel lager. Non molte le notizie politiche, certamente per via della censura. Si trattava, in definitiva, di un vero e proprio bollettino che facilitava la vita dei prigionieri in un lager dalle dimensioni ampissime come quello di Sigmundsherberger.

Delle principali attività del campo di Ellwangen ci informa un altro giornale, l'*Italia*, sorto, come si leggeva nell'articolo di fondo del primo numero, a firma del colonnello Alberto Porro, per "rappresentare la nostra redenzione morale e perché sintetizzi e affermi le mani-

festazioni della vita intellettuale". A differenza della *Scintilla*, l'*Italia* si presentava in forma meno letteraria, ma offriva molte notizie sulle vicende militari e politiche sia che riguardassero l'Italia, sia il panorama europeo, in generale. Evidentemente alcuni redattori avevano accesso a quotidiani tedeschi e svizzeri. Venivano anche riprodotti per esteso i bollettini ufficiali di diversi Paesi. Anche nell'*Italia*, che si componeva di quattro facciate, vi era una ricca rubrica dedicata alla *Vita del campo*, dove si davano notizie sulla biblioteca, sui numerosi corsi di studio, su eventuali esposizioni, concerti, rappresentazioni teatrali. Non mancavano neppure accurate "note d'igiene" e un calendario delle principali manifestazioni sportive. Il giornale cominciò ad uscire il 5 maggio e rimase in vita per nove numeri fino al 30 giugno 1918.

Sulla vita dello stesso campo di Ellwangen riceviamo informazioni anche dal diario del prigioniero Sisto Tacconi, edito nel 1925, che, oltre a riportare molte delle notizie apparse su l'*Italia*, si sofferma a lungo su due rilevanti iniziative: una mostra d'arte, che conteneva un'apposita sezione di ispirazione futurista (disegni, bozzetti, lavori musicali ecc.) e l'organizzazione di un vero e proprio festival,



Disegno di Aldo Carpi. Tratto dal volume: *Serbia eroica. Impressioni pittoriche della ritirata dell'esercito serbo sull'Adriatico*, sessantotto disegni di Aldo Carpi; prefazione di Leonardo Bistolfi; note di Paolo Giordani. Milano: Alfieri & Lacroix; 1917

denominato Piedigrotta (26), un insieme di prosa, poesie e canzoni, che doveva riunire voci e dialetti di tutta l'Italia. Dell'iniziativa il libro di Tacconi riproduceva una locandina dell'evento.

Diversi aneddoti racconta Luigi Amadei, che nel 1934 pubblicò un libro di ricordi della guerra dedicandoli "ai vecchi genitori che durante la mia prigionia per mancanza di notizie mi piansero morto" (19). Amadei si trovava a Tollo assegnato alla 1826^a compagnia di lavoro. Egli aveva avuto la fortuna di essere impiegato presso una teleferica dalla quale giornalmente veniva scaricata una notevole quantità di generi di prima necessità: farina, zucchero, lardo, baccalà, cavoli secchi, marmellata. "Tagliavamo - scrive - i sacchi e versavamo nel mezzo del vagone tutta la farina che poteva uscire dall'apertura" per poi nasconderla nelle tasche e in alcuni sacchetti appositamente preparati. Anche lo zucchero veniva sparso "dappertutto" per poi riprenderlo con ogni mezzo possibile. E così i recipienti che contenevano marmellata venivano manomessi per asportarne quanto più contenuto si poteva senza dare troppo nell'occhio. Poteva accadere, riporta ancora Amadei, che qualche sentinella si accorgesse di quanto accadeva, ma di solito, consapevole della fame che pativano i prigionieri, preferiva far finta di non vedere.

In altra parte del suo libro Amadei si sofferma sull'avversione delle truppe austriache nei riguardi della Germania. "La causa di quest'odio deve imputarsi alla burbanza degli ufficiali e dei soldati", scrive, che trattavano i pari grado austriaci come autentici sottoposti. Minore, sempre secondo Amadei, era l'avversione degli austro-ungarici nei riguardi degli italiani, ai quali non si perdonava comunque il fatto di aver tradito la Triplice Alleanza (27, 28).

Ma tutte le attività, le stesse forme di intrattenimento che siamo venuti velocemente enucleando non debbono produrre un'immagine alterata, modificare nella sostanza quella che era la dura realtà della prigionia: una condizione tragicamente pesante per i soldati, che a stento sopravvivevano, e tetra, angosciata, deprimente per gli ufficiali. "Anch'io ho imparato a giocare a scacchi - scriveva il tenente Paolo Monelli nel suo diario di guerra - anch'io mi appoggio talvolta al reticolato a soffiare il mio desiderio sulle donne che passano; anch'io cedo con rammarico il mio chilo di riso alla mensa comune come un'elemosina coatta. E chissà che non vada anch'io a farmi imprestare dal collega il libro pornografico" (29).

Riferimenti bibliografici

1. L'alfabeto della guerra. In: *Prima persona*. Anno XVI, n. 28, marzo 2014, p. 26.
2. Procacci G. *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra: con una raccolta di lettere inedite*. Torino: Bollati Boringhieri; 2000 (1. ed. Roma, 1993).
3. Rochat G. La prigionia di guerra. In: Isnenghi M. (Ed.). *I luoghi della memoria: strutture ed eventi dell'Italia unita*. Roma-Bari: Laterza; 1997. p. 381-402.
4. Gentile E. Benito Mussolini. In: Rossi L. (Ed.). *Giuseppe Garibaldi: due secoli di interpretazioni*. Roma: Gangemi; 2010. p. 275-83.
5. Procacci G. *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra: con una raccolta di lettere inedite*. Torino: Bollati Boringhieri; 2000 (1. ed. Roma, 1993). p. 387.
6. Gadda E. *Giornale di guerra e di prigionia*. Milano: Garzanti; 1999. p. 291.
7. Procacci G. *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra: con una raccolta di lettere inedite*. Torino: Bollati Boringhieri; 2000 (1. ed. Roma, 1993). p. 255-60.
8. Gibelli A. *L'officina della guerra*. Torino: Bollati-Boringhieri; 1991. pp. 91-2.
9. Forcella E, Monticone A. *Plotone di esecuzione: i processi nella prima guerra mondiale*. Roma-Bari: Laterza; 1998.
10. Hinz U. Prigionieri. In: Audoin-Rouzeau S, Becker JJ (Ed.). Edizione italiana: Gibelli A (Ed.). *La Prima Guerra mondiale*. Torino: Einaudi; 2007 (2004); vol. I. p. 354.
11. Loyola A. *The captivity of the Italians in Austria. Impressions and recollections of my captivity*. Torino: Utet; 1918.
12. Tortato A. *La prigionia di guerra in Italia 1915-1919*. Milano: Mursia; 2004.
13. Ferrari GC. *Relazione del campo di prigionieri colerosi all'isola dell'Asinara nel 1915-16 (Guerra italo-austriaca)*. Ministero della Guerra. Comando del Corpo di Stato Maggiore. Ufficio Storico. Roma: Provveditorato Generale dello Stato. Libreria; 1929. Anno VII.
14. Sorcinelli P. Prefazione. In: Gorgolini L. I dannati dell'Asinara. *L'odissea dei prigionieri austro-ungarici nella Prima Guerra mondiale*. Torino: UTET; 2011.
15. Trova A, Zichi G. *Asinara, isola piccola, grande storia. Prigionieri e profughi della Prima Guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.
16. Unione degli insegnanti italiani per la Guerra nazionale. Comitato Lombardo, sezione Pavese (Ed.). *I martiri italiani allo Spielberg. Brani estratti da Le mie prigionie di Silvio Pellico e dalle Addizioni di Piero Maroncelli*. Pavia: Tipografia popolare; 1916.

17. Heuvel V. *La deportazione dei Belgi in Germania*. Roma: Tip. Ausonia; 1917.
18. Procacci G. *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra: con una raccolta di lettere inedite*. Torino: Bollati Boringhieri; 2000 (1. ed. Roma, 1993). p. 370-1.
19. Amadei L. *Prigionieri di guerra, alta la testa!* Milano: Edizioni La Prosa; 1934. p. 199.
20. Braudel F. *Storia misura del mondo*. Bologna: Il Mulino; 1998. p. 34.
21. Gadda CE. *Il castello di Udine*. Torino: Einaudi; 1975. p. 72.
22. Prezzolini G. *Tutta la guerra: antologia del popolo italiano sul fronte e nel paese*. Milano: Longanesi; 1968. pp. 422-3.
23. Pavan C. *I prigionieri italiani dopo Caporetto*. Treviso: Camillo Pavan; 2001.
24. Pirenne H. *Souvenirs de captivité en Allemagne*. Bruxelles: Lamertin; 1921. p. 38.
25. Rossi L. Lo sport nei campi di prigionia durante la Grande Guerra. In: A. Teja et al. (Ed.). *Lo sport alla Grande Guerra*. 2015 (Quaderni della Società italiana di storia dello sport). p. 284-93.
26. Tacconi S. *Sotto il giogo nemico*. Milano: Treves; 1925.
27. Amadei L. *Prigionieri di guerra, alta la testa!* Milano: Edizioni La Prosa; 1934. p. 100-1.
28. Amadei L. *Prigionieri di guerra, alta la testa!* Milano: Edizioni La Prosa; 1934. p. 112.
29. Monelli P. *Le scarpe al sole*. Milano: Treves; 1931. p. 239.

ALIMENTAZIONE E SALUTE NELLA GRANDE GUERRA: IL RIFORMIMENTO DELL'ESERCITO SERBO

Giuseppe Zichi

*Dipartimento di Scienze Politiche, Scienze della Comunicazione
e Ingegneria dell'Informazione, Università degli Studi di Sassari*

Il 1° gennaio 1916, il Ministro Squitti telegrafava da Scutari, in Albania, al Ministero della Marina italiana a Roma, per informarlo delle tante difficoltà legate all'approvvigionamento e al salvataggio dell'esercito serbo, che si era portato con sé anche molti prigionieri austriaci catturati nella prima fase del conflitto (1). A causa dei problemi legati ai trasporti da S. Giovanni di Medua, sempre in Albania, a Scutari, la "folla dei soldati serbi ed i prigionieri di guerra" mancavano dello "stretto necessario per vivere"¹.

Mentre a S. Giovanni di Medua vi erano diverse tonnellate di generi alimentari sbarcati, a Scutari i serbi e i loro prigionieri morivano di fame (da venticinque a trenta uomini al giorno come riportavano i dati della Società dei trasporti). Ed è così che le scene cui si assisteva nelle vie pubbliche erano "uno spettacolo della lotta per l'esistenza, togliendosi per nutrimento qualsiasi rifiuto o lordura violenza raccapricciante"¹, tant'è che si sentiva l'esigenza "che questa povera gente" venisse trasportata in un luogo dove potesse "nutrirsi e riposare". La Francia, in questa fase, sembrava la più disposta ad assumere tale compito con l'invio a Scutari di qualche decina di camion per il trasporto dei viveri (2).

Già durante il periodo di neutralità dell'Italia, il Governo e la Marina (3) avevano osservato da vicino quello che accadeva in Albania (4), un'area considerata da sempre di primario interesse strategico per il Paese; pertanto furono stabiliti nelle sue coste e in quelle del Montenegro dei punti di vedetta, nonché delle stazioni sanitarie e radiotelegrafiche (5).

¹Archivio Storico della Marina (ASM), busta 486. Al Regio Ministero della Marina. Roma, 1° gennaio 1916.

Con l'entrata in guerra, la Marina italiana, che a partire dall'estate si era impegnata a rifornire il Montenegro, intraprese il 22 novembre 1915 l'onerosa missione di provvedere anche all'esercito serbo, impegno che si sarebbe esaurito soltanto nella primavera 1916 (6). Non fu un'operazione semplice e, nonostante gli sforzi fatti, dai risultati soddisfacenti.

A complicare queste operazioni erano le condizioni del traffico transadriatico che richiesero l'utilizzo di altre 12 cacciatorpediniere francesi: questa presenza navale, però, gradita e utile sul piano militare, sul piano politico non era priva né di significato né di costi, poiché tra Roma e Parigi crescevano le divergenze e le frizioni sulla guerra balcanica. Il Governo serbo, il 16 dicembre 1915, lanciò un drammatico SOS agli alleati dell'Intesa scongiurandoli di prestargli soccorso. Le truppe in fuga erano, oramai, scoraggiate e spossate, e non erano in grado di fermare il nemico; per evitare la capitolazione occorreva portarle via per mare da S. Giovanni di Medua, o l'esercito italiano doveva coprire la loro ritirata per Valona e Durazzo. I militari serbi iniziarono ad arrivare continuamente a S. Giovanni di Medua e a Durazzo, e alcune migliaia di loro cominciarono a lasciare la costa balcanica utilizzando navi militari e trasporti italiani che nel viaggio di andata avevano portato i rifornimenti. Un'operazione non facile.

Il 3 gennaio 1916, da Brindisi, il quartier generale di tutte le operazioni di rifornimento alimentare e del salvataggio dell'esercito serbo, informava il Ministero della Marina italiana dei problemi esistenti in Albania per la consegna delle merci², soprattutto a causa dei collegamenti stradali deficitari e della mancanza di mezzi di sbarco adeguati.

Eppure l'invio di viveri non si arrestò³. In quei giorni sembrava, comunque, ancora molto difficile calcolare i bisogni futuri dell'armata serba, poiché la sua marcia verso sud non era stata ancora ben definita⁴. Di qui l'avviso dal quartier generale di Brindisi al Ministe-

²ASM, busta 486.

³ASM, busta 486. Quello stesso giorno, in tarda serata, veniva inoltrato da Brindisi un altro telegramma allo Stato Maggiore della Marina con il quale si partecipava l'invio di viveri da Brindisi a S. Giovanni Medua.

⁴ASM, busta 486. Telegramma indirizzato al Regio Ministero della Marina. Stato Maggiore. Roma, 3 gennaio 1916: "Il Regio Ministro in Atene telegrafa che Passic continua inviar a quel suo collega di Serbia appello disperato, asserendo che nulla arriva alle truppe serbe nel nord dell'Albania".

ro della Marina italiana di sospendere l'invio di piroscafi a Medua; il Governo serbo aveva, tuttavia, già precisato che i viveri sbarcati nei porti albanesi erano destinati al rifornimento delle truppe e non delle popolazioni⁵.

I problemi dei rifornimenti continuarono nei giorni successivi, nonostante le molte navi cariche di viveri che arrivarono ininterrottamente al porto di Medua; l'esistenza di una situazione di grande difficoltà dell'esercito serbo nel nord dell'Albania venne attribuita alla lentezza dei trasporti per via terra (da Valona a Durazzo).

Il 4 gennaio 1916, lo Stato Maggiore specificava quelle che dovevano essere le priorità dei prodotti alimentari da spedire e il Ministro degli Esteri Sidney Sonnino si dichiarava disposto a restare "in attesa di conoscere i provvedimenti che saranno adottati per attivare, coordinare, e mettere in esecuzione nel miglior modo il servizio dei rifornimenti alla Serbia e al Montenegro"⁵. Lo stesso Ministero della



Disegno di Aldo Carpi. Tratto dal volume: *Serbia eroica. Impressioni pittoriche della ritirata dell'esercito serbo sull'Adriatico*, sessantotto disegni di Aldo Carpi; prefazione di Leonardo Bistolfi; note di Paolo Giordani. Milano: Alfieri & Lacroix; 1917

⁵ASM, busta 486. Il 3 gennaio 1916 così dal quartiere generale di Brindisi veniva informato il Ministero della Marina italiana a Roma.

Guerra, d'altronde, si era espresso positivamente al riguardo considerando quell'operazione necessaria "tanto dal punto di vista umanitario che da quello politico"⁵. Per raggiungere questo obiettivo, in seno al Ministero della Marina italiana era stata creata una "commissione mista" (presieduta dal Sotto Capo di Stato Maggiore), della quale facevano parte alcuni membri della Missione inglese, l'addetto militare di Serbia, gli addetti navali di Russia e di Francia, oltre ai rappresentanti del Ministero della Guerra e di quelli della Marina italiana.

L'auspicio era che si riuscissero finalmente a coordinare, nel migliore dei modi, le operazioni per la sicurezza dei transiti, anche tramite la collaborazione sul posto dei due Governi serbo e montenegrino e dei capi delle missioni alleate.

La commissione sembrava la sola a poter dare continuità ed uniformità di indirizzo a tutta la materia dei rifornimenti, ancor più perché si sarebbe potuta avvalere dei consigli di valorosi esperti, militari e non solo. Visto che alcuni battaglioni serbi si trovavano nella zona di S. Giovanni di Medua, a loro veniva attribuito il compito di contribuire alla costituzione dei convogli e delle scorte. I mezzi già presenti sul posto non mancavano, seppure appariva di fondamentale importanza provvedere in tempi celeri ad un loro coordinamento ed utilizzo. La Commissione internazionale non perdeva tempo e, il 5 gennaio 1916, stabiliva che due dei suoi membri si recassero a S. Giovanni di Medua con ampio mandato per provvedere ad un più sollecito inoltro dei viveri a Scutari⁶. Il Regio rappresentante presso il Governo serbo veniva aggiornato da Sidney Sonnino su tutta l'operazione; l'obiettivo sembrava nel complesso raggiunto, nonostante le difficoltà - che continuavano a perdurare - per l'inoltro dei viveri nelle zone più interne dell'Albania. Un compito che spettava alle autorità montenegrine e serbe⁷. A stretto giro di posta, il Regio Ministro in Serbia rispondeva alla missiva sostenendo che il Governo serbo aveva assicurato, in quegli ultimi giorni, il trasporto dei viveri in modo soddisfacente, tant'è che in breve tempo tutte le merci sbarcate a S.

⁵ASM, busta 486. Il 3 gennaio 1916 così dal quartiere generale di Brindisi veniva informato il Ministero della Marina italiana a Roma.

⁶ASM, busta 486. Ministero della Marina italiana al Ministero degli Affari Esteri. Roma, 5 gennaio 1916.

⁷ASM, busta 486. Foglio di codesto on. Dicastero del 28 dicembre u.s. Nonché telegramma dell'Eccellenza Vostra del 5 corrente n. 225 (Regio Ministero della Marina, Stato Maggiore).



Disegno di Aldo Carpi. Tratto dal volume: *Serbia eroica. Impressioni pittoriche della ritirata dell'esercito serbo sull'Adriatico*, sessantotto disegni di Aldo Carpi; prefazione di Leonardo Bistolfi; note di Paolo Giordani. Milano: Alfieri & Lacroix; 1917

Giovanni di Medua erano pervenute nei luoghi di consumo. A tale scopo, erano stati utilizzati ben 3.000 uomini che, sotto gli ordini del loro superiore, si erano occupati della strada fra S. Giovanni di Medua e Scutari, divenuta oramai abbastanza buona².

La realtà era però ben diversa da quella descritta. All'8 gennaio la situazione sembrava precipitata e il Governo serbo non era "più in grado di organizzare nulla" in quanto "disorganizzato esso stesso"⁸ nonostante le sue rassicurazioni di segno contrario⁹, che sembravano essere sempre più approssimative. Continuavano a mancare

²ASM, busta 486.

⁸ASM, busta 486. Regia Legazione Serbia. Serbia, 8 gennaio 1916, ore 11.15. Roma, 8 gennaio 1916, ore 18.

⁹ASM, busta 486. Telegramma trasmesso dalla stazione radio telegrafica di Bari a quella di Scutari il 5 gennaio 1916: "Sonnino Esteri Roma" Gabinetto n. 10. Telegramma di V.E. senza numero in data del due corrente. Governo serbo assicura in questi ultimi giorni il servizio dei trasporti di viveri da S. Giovanni di Medua all'interno è stato organizzato in modo che in breve tempo tutto quello che sbarca è fatto pervenire sui luoghi di consumo".

"regolarità e controllo nonché mezzi di trasporto sufficienti" e la strada considerata carrozzabile tra S. Giovanni di Medua e Scutari "invece di essere migliorata è divenuta difficile anche per carri ordinarî, cosicchè si percorre preferibilmente con cavalli su cui si carica merce impiegando tre giorni per il viaggio".

Malgrado la persistenza di questi problemi non secondari, la sera del 5 gennaio 1916 partirono da Brindisi per S. Giovanni di Medua, coi piroscafi *Città di Bari*¹⁰ e *Brindisi*¹¹, e per Durazzo coi piroscafi *Dauno*¹² ed *Epiro*¹³, nuove merci, ma anche persone e monete d'oro¹⁴.

A raccontare quanto era accaduto dal 1° dicembre 1915 al 12 gennaio 1916 sul versante dei rifornimenti è la missiva, mai partita, scritta dal Ministero della Marina italiana a quello degli Affari Esteri il 21 gennaio 1916 che elencava "per sommi capi" l'opera svolta dalle forze

¹⁰Con il piroscafo *Città di Bari* (diretto a S. Giovanni di Medua) vengono destinati all'esercito serbo: 1.473 sacchi di farina, 641 cassette di carne in conserva, 385 sacchi di avena, 1.930 sacchi di zucchero, 100 balle di paglia; per il quartier generale serbo 40 casse di benzina, 1 cassa di olio; per la Croce Rossa inglese 100 sacchi di farina, 100 di riso, 50 di fagioli; per il tenente di vascello Sig. Legnani: 2 cassette di munizioni e 10.000 lire in oro. L'elenco delle merci e delle persone sbarcate è stato inviato agli Addetti di Francia, Russia e Serbia, l'8 gennaio 1916. La relazione è del vice ammiraglio comandante in capo.

¹¹Con il piroscafo *Brindisi* vengono destinati per il Montenegro: 3.436 sacchi di farina, 13 sacchi di riso, 6 sacchi di fagioli, 30 casse di munizioni, 10 casse di mitragliatrici, 2.000 di carbone in mattonelli, 661 colli diversi (latte condensato, abbigliamento, strutto, ecc.); per l'ammiraglio inglese Tronbrige: colli diversi; per il tenente di Vascello Sig. Accame Cettigne: 3 cassette per pronto soccorso, 1 cassetta di medicinali, 1 cassetta di cloruro di calce barile; molti bagagli per i passeggeri montenegrini; 3 effetti per il capitano di fanteria Ginocchi; 1 pacco postale per il sottufficiale Amerigo De Mario; 1 pacco postale per il marinaio Augente Gaetano; 1 bussola per il tenente di vascello Legnani; 12 colli di pasta per il Ministero della Guerra serbo (Scutari) e parte per Savo Radovich (Scutari).

¹²Con il piroscafo *Dauno* (diretto a Durazzo) vengono destinate ai serbi: 1.245 casse di Biscotti, 1.326 sacchi di farina, 894 sacchi di cartucce, 38 mitragliatrici, 25 selle, 220 sacchi di Granone, 222 sacchi di carne, 341 balle di paglia; per il console greco: 10 sacchi di biscotti, 10 sacchi di riso, 10 sacchi di farina; destinate al tenente di vascello Malusardi: 1 cassa di carne, 4 casse di pasta, 1 damigiana di olio, 1 sacco di riso, 1 forma di formaggio, 2 buatte di tonno, 1 cassa di zucchero, 1 sacco di caffè, 3 barili di vino a 12 gradi, 2 sacchi di patate; per la legazione italiana: 200 kg di pasta comune, 125 kg di pasta fina, 10 ceste di aranci e limoni, 300 kg di riso, 60 kg di sale, 500 scatole di fiammiferi; per il Comando di occupazione: 15 ceste di aranci.

¹³Con il piroscafo *Epiro* (diretto a Durazzo) vengono destinati ai serbi: colli 1.020 sacchi di farina, 1.000 sacchi di granturco, 1.000 casse di carne, 407 casse di biscotti, 97 casse di munizioni. Per le truppe italiane del generale Guerrini colli 400 sacchetti di cemento, 79 colli di viveri, 1 gavitello in ferro e un'ancora comune.

¹⁴ASM, busta 486. Ufficio di Stato Maggiore della Marina, 7 gennaio 1916. Riservatissimo.

navali italiane per "provvedere al vettovagliamento all'esercito serbo e alla popolazione montenegrina"¹⁵, con una lucida e amara descrizione di tutta la vicenda. Secondo questa relazione, le condizioni idrografiche degli ancoraggi di Medua e di Durazzo non avevano consentito l'impiego di grossi piroscafi e, per questo, si era dovuto ricorrere a navi come l'*Epiro*, *Molfetta* e *Dauno* e qualche volta al *Città di Bari* e al *Brindisi*. Le difficoltà più gravi erano legate alla "supina indifferenza dei Serbi, Montenegrini ed Albanesi", i quali non avevano risposto "allo zelo ed al buon volere esplicito dagli Ufficiali italiani incaricati di organizzare il servizio di facchinaggio e di trasporto dai punti di sbarco verso località interne"¹⁵. Tutte queste persone, malgrado i compensi loro assegnati, secondo la ricostruzione posta in essere dal Ministero della Marina italiana avevano "dimostrato la maggiore apatia sia per il timore di attacchi aerei come per la poca fiducia sui provvedimenti" adottati a loro vantaggio. Secondo i dati riportati, che testimoniano la complessità e l'importanza di tutta l'operazione, durante i 43 giorni vennero sbarcati a S. Giovanni di Medua: 19.585,90 quintali



Disegno di Aldo Carpi. Tratto dal volume: *Serbia eroica. Impressioni pittoriche della ritirata dell'esercito serbo sull'Adriatico*, sessantotto disegni di Aldo Carpi; prefazione di Leonardo Bistolfi; note di Paolo Giordani. Milano: Alfieri & Lacroix; 1917

¹⁵ASM, busta 486. Ministero della Marina al Ministero degli Affari Esteri, 21 gennaio 1916.

di farina, 5.085,56 di biscotti, 1.142,24 di carne, 1.873,00 di avena, 1.128,00 di riso, 1343,75 di zucchero, 567,00 di sale, 307,34 di caffè. Ossia un totale di 31.032,79 quintali di generi alimentari di prima necessità oltre ai 387,21 di generi supplementari. Nel contempo, venivano sbarcati a Durazzo: 12.305,00 quintali di farina, 1.161,60 di avena, 434,60 di sale, 451,00 di zucchero, 5.399,10 di biscotti, 1.529,09 di carne, 773,00 di riso, 140,80 di caffè, ossia un totale di 22.190,19 quintali di generi alimentari di prima necessità esclusi altri 1.114,50 di altri generi alimentari di "secondaria necessità". Era convinzione che questo ingente trasporto di 54.752,69 quintali di alimenti avrebbe potuto compiersi anche più velocemente se le autorità indigene avessero meglio risposto allo sforzo profuso dall'Italia e dagli Alleati. Insomma un'operazione dai "grandi numeri" che aveva richiesto proprio per questo "grandi sforzi".

Per accelerare le operazioni di sgombrò si adottarono i seguenti provvedimenti: l'invio di un tenente di vascello a Medua ed uno a Durazzo; si era dato ordine di assoldare senza restrizione di spesa tutta la mano d'opera disponibile in mancanza di concorso delle truppe serbo-montenegrine; erano stati spediti i mezzi necessari per l'illuminazione con l'obiettivo di consentire il lavoro notturno ed infine, sia a S. Giovanni di Medua che a Durazzo era stata fatta arrivare una barca a vapore per rimorchio. Dunque "malgrado l'apatia e l'indolenza della popolazione", e i molti limiti legati proprio alla loro condotta, le operazioni necessarie al rifornimento si erano potute assicurare grazie all'opera del Comando in Capo della II Squadra.

Intanto continuavano le partenze dal porto di Brindisi, ma questa volta per Durazzo, dei piroscafi *Epiro*, *Dauno*, *Corbière*, *Harmenie* con merci e passeggeri; tra di loro vi erano soprattutto ufficiali inglesi, mentre i viveri, questa volta, erano destinati principalmente alla missione inglese e provenienti dalla Croce Rossa americana¹⁶.

Il porto di S. Giovanni di Medua fu agibile fino al 24 gennaio: il 15 partì di là, sul *Città di Bari* anche il Governo serbo, trasbordato a Brindisi sul *Città di Catania* e condotto a Corfù. Dal medesimo scalo venne portata in salvo anche la famiglia reale montenegrina come pure il Governo, il corpo diplomatico e i membri delle mis-

¹⁶ASM, busta 486. Il comando in capo della seconda squadra al Ministero della Marina. Brindisi, 23 gennaio 1916.

sioni alleate (7). Dopo di loro, ancora migliaia di soldati e di profughi, cannoni e munizioni, vi poterono essere imbarcati, malgrado l'inadeguatezza degli impianti locali. L'ultimo convoglio lasciò S. Giovanni di Medua il 24 gennaio, portando via la commissione d'imbarco serba e i pochi marinai italiani del tenente di vascello Antonio Legnani, che fino all'ultimo avevano regolato il movimento portuale e 400 soldati di cui 50 montenegrini.

In quel momento, la retroguardia delle truppe serbe dirette a Durazzo era distante 30 chilometri, per cui a terra, alle spalle del porto, non c'era più difesa contro gli austriaci che avevano già occupato Scutari con due brigate. Fu, quindi, la volta di Durazzo. Se a S. Giovanni di Medua si erano trovati fondali bassi, banchine inesistenti, attrezzature di carico e scarico non agibili, a Durazzo erano i pontili ad avere una potenzialità limitata. I rifornimenti di viveri avevano contribuito a migliorare le condizioni sanitarie della gran parte dei soldati, anche se erano ancora molti in grave stato di deperimento, tant'è che alcuni morirono durante il viaggio (8).

Il Ministro serbo, il 31 gennaio 1916 scriveva su incarico del suo Governo a Brindisi per chiedere la spedizione di 300.000 dinari d'argento alla Legazione Serba di Durazzo (dei 600.000 custoditi a Brindisi e inviati dalla Legazione serba di Parigi¹⁷). Il 1° febbraio 1916, il Ministro di Serbia a Roma veniva così informato che la richiesta era stata esaudita. Secondo le indicazioni impartite dal Governo serbo, la restante somma di 300.000 in "argento divisionario serbo" depositato a Brindisi sarebbe dovuto partire, comunque, per Corfù quanto prima.

Da quel momento, l'Armata serba sarebbe stata, infatti, rifornita a Corfù¹⁸, non solo dei viveri per gli uomini, ma anche dei foraggi per i cavalli. E pertanto, in modo ininterrotto, continuarono le spedizioni mediante piroscafi appositamente adibiti a tali traffici. Brindisi era stato fino ad allora il porto di partenza, anche se presto la commissione internazionale avrebbe dovuto ricercare un altro porto capo linea.

¹⁷ASM, busta 486. Il Ministro di Serbia scriveva a Pino Pini, contrammiraglio sottocapo di Stato Maggiore al Regio Ministero della Marina italiana. Roma, 24 gennaio 1916.

¹⁸ASM, busta 486. Lettera del Comando in Capo della seconda squadra al Ministero della Marina. Brindisi, 17 febbraio 1916.

A Brindisi però, ancora a metà febbraio, si trovavano circa 400 tonnellate di fieno ed oltre 100 tonnellate di biscotti. Per queste merci la commissione locale attendeva ordini da quella centrale, in quanto si pensava che con un solo viaggio si potesse provvedere alla spedizione.

Eppure, a quella data, per gli accordi intercorsi fra il Governo inglese e quello francese le missioni militari che risiedevano in Italia non avrebbero più dovuto provvedere al rifornimento dell'esercito serbo¹⁹. Poiché anche i rifornimenti per Durazzo e per Valona erano ormai finiti, bisognava capire con urgenza dove spedire la gran quantità di generi che erano rimasti in giacenza, molti dei quali pericolosi in quanto armi ed esplosivi²⁰.

Il 25 febbraio 1916, il Ministero della Marina italiana trasmetteva una nota dell'addetto navale francese²⁰ che annunciava che quel Governo aveva dato ordine perché tutti i rifornimenti destinati all'esercito serbo - che si trovavano ancora a Brindisi - venissero trasportati a Corfù tramite le navi francesi; ma al 1° marzo 1916 al sottocapo di Stato Maggiore della Marina italiana, la situazione del porto di Brindisi appariva ancora così, come si evince in una sua lettera inviata al Comandante Larking, addetto Navale all'Ambasciata d'Inghilterra a Roma:

le banchine della stazione del porto, di sviluppo assai limitato, sono occupate in gran parte di cannoni, armi munizioni, esplosivi, ecc di cui solo una parte ha trovato posto nei magazzini affidati alla Missione francese. Inoltre 80 vagoni sono carichi di munizioni. Ultimamente sono state depositate da chalutiers sulle calate del porto notevoli quantità di fucili, bombe a mano, di proiettili carichi, che in parte si trovano tuttora. Tutto questo materiale costituisce un grave pericolo per le navi e per la città; specie perché nelle vicinanze esistono depositi di fieno e di legna da ardere. Il Comandante in capo della II squadra nel far presente tale stato di cose, ha vivamente intimato di provvedere per evitare seri inconvenienti specialmente derivanti da eventuali attacchi aerei. Da ciò la preghiera fatta alle Missioni Estere di voler scegliere Gallipoli o Crotone o Messina come capo linea per i rifornimenti con Corfù²⁰.

¹⁹ASM, busta 486. Comando militare marittimo e della piazza marittima di Brindisi al Ministero della Marina a Roma. Brindisi, 17 febbraio 1916. Riservata.

²⁰ASM, busta 486. Di questa idea era il vice ammiraglio in capo a Brindisi in una lettera al Ministero della Marina italiana datata 21 febbraio 1916.

Le operazioni di rifornimento, dunque, nonostante i propositi iniziali non erano terminate, ma si erano solo trasferite di porto. In quella fase, cambiavano anche i generi considerati di particolare utilità. La Missione francese aveva ricevuto da Parigi l'invito ad acquistare 1.000 tonnellate di legna da ardere, mentre la Missione inglese impartiva a Roma l'ordine di acquistarne 9.000, da inviare a Corfù attraverso l'utilizzo di nuovi piroscafi²¹. Non era chiaro, però, chi si dovesse occupare del trasporto dei rifornimenti per Corfù. Le raccomandazioni continueranno nei giorni successivi, anche se le risposte tarderanno ad arrivare.

Riferimenti bibliografici

1. Gabriele M. Il salvataggio dell'esercito serbo. *Bollettino dell'Archivio dell'ufficio storico della Marina militare*. Anno XXII (settembre 2008). pp. 9-36.
2. Le Moal F. *La France et l'Italie dans les Balkans 1914-1919*. Paris: L'Harmattan; 2006. pp. 100-12.
3. Nassigh R. *La Marina italiana e l'Adriatico*. Roma: Ufficio Storico della Marina Militare; 1998.
4. Corni P. *Riflessioni e visioni della Grande Guerra d'Albania*. Milano: Alpes; 1928.
5. Gabriele M. Il salvataggio dell'esercito serbo. *Bollettino dell'Archivio dell'ufficio storico della Marina militare*. Anno XXII (settembre 2008). p. 10.
6. Gabriele M. Il salvataggio dell'esercito serbo. *Bollettino dell'Archivio dell'ufficio storico della Marina militare*. Anno XXII (settembre 2008). p. 11.
7. Gabriele M. Il salvataggio dell'esercito serbo. *Bollettino dell'Archivio dell'ufficio storico della Marina militare*. Anno XXII (settembre 2008). p. 22.
8. Gabriele M. Il salvataggio dell'esercito serbo. *Bollettino dell'Archivio dell'ufficio storico della Marina militare*. Anno XXII (settembre 2008). p. 23.

²¹ASM, busta 486. Il 1° marzo, da Brindisi, il comando in capo della seconda squadra scriveva al Comando in capo dell'armata RN Trinacria a proposito dei "rifornimenti per l'Armata Serba".

L'ALBUM FOTOGRAFICO PERSO E RITROVATO

Salvatore Ligios

Accademia di Belle Arti "Mario Sironi", Sassari

In una precedente nota del 2014 (1, 2), redatta sulla base di riproduzioni digitali, ho avuto modo di fare alcune riflessioni sull'album *I prigionieri austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916* che raccoglie al suo interno un gruppo consistente di fotografie che documentano la vita dei soldati nell'isola nell'arco di sette mesi.

Di quelle considerazioni a caldo se ne trascrivono alcuni passaggi:
...sorprende che questo fondo fotografico non abbia circolato prima d'ora [...].

La prima impressione è di trovarsi di fronte a una raccolta straordinaria. Per diversi motivi.

Sono 53 le "illustrazioni" presenti che sollecitano interrogativi.

Le copie digitali consentono di esaminare le immagini senza rischiare di compromettere gli originali, ma allo stesso tempo offrono solo una visione parziale dell'oggetto. La riproduzione si ferma alla superficie, fa vedere la parte descrittiva che dovrebbe certificare il qui e ora che c'è stato al momento dello scatto, tuttavia non permette di indagare sulla materia fisica di cui la fotografia è composta. In pratica escludono l'esame di quegli elementi all'apparenza minori e di poco conto, ma fondamentali per valutare in modo appropriato l'origine di queste carte sensibili.

Poter visionare gli originali diventa ancora più doveroso se si pensa all'evoluzione tecnica avvenuta nel campo della fotografia. L'album dell'Asinara ha compiuto cento anni e, nel tempo trascorso da quella campagna di documentazione visiva, i sali d'argento sono stati sostituiti dai pixel. Una rivoluzione epocale consumata in un brevissimo spazio temporale.

Il fascino di quella tecnica artigianale, divisa a metà tra bagni chimici maneggiati in camera oscura e ritocco fotografico alla maniera dei pittori di bottega, richiama a gran voce il ruolo magico che nel passato la fotografia ha esercitato.

Complice la buona conservazione, la presumibile poca esposizione alla luce e l'assenza di umidità nell'ambiente dove l'album è stato conservato hanno permesso alle immagini di arrivare, sino ad oggi, in un ottimo stato di conservazione. La colorazione delle carte restituisce i toni acquerellati molto vicini alle stesure originali e la compattezza delle superfici, trattate dai bagni chimici e, successivamente dalle ecoline, risultano evidenti e in modo uniforme nella totalità dei cartoncini. La straordinarietà dell'album è ovviamente nel contenuto "superficiale" degli scatti fotografici che offrono un documento originale sulla vita dell'isola all'inizio del Novecento, preziosa testimonianza sul luogo di quarantena scelto dalla autorità sanitarie per combattere il colera.

Però a me piace indagare intorno alle carte fotografiche. Dopo aver fatto scorrere i file nello schermo del computer ho provato a rintracciare le persone che avevano fatto la campagna fotografica e confezionato il dossier da recapitare alle autorità militari e sanitarie.

La preziosità riconosciuta alle fotografie acquerellate è dovuta, soprattutto, al motivo che la fotografia nasce monocromatica. E sin dalle origini molti autori hanno aggiunto stesure di colore al bianconero utilizzando differenti tecniche. Si cominciò con



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, Cala Reale. Parte della veduta generale della stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

i dagherrotipi ben presto soppiantati dalle carte fotografiche e si andò avanti per quasi un secolo prima di trovare il sistema di realizzare fotografie a colori con processi automatici. Pellicole e carte a colori saranno disponibili sul mercato a partire dagli anni '30 del Novecento. Per sopperire alla manchevolezza tecnica interveniva l'artigiano fotografo che imbellettava l'originale a seconda dello scopo. Oggi ci sono dei software che permettono di rimodulare un viso o un paesaggio con facilità e così l'originale viene sostituito, mentre la copia ritoccata andrà in archivio per i posteri. La pratica dell'aggiustamento dei dati non è certo cosa recente. E questa verità solleva altra curiosità suggerita dalla visione delle immagini, come la rigidità del progetto espositivo. Sensazione, forse, accentuata dalla visione filtrata dal mezzo riproduttivo digitale, che non offre altri elementi oltre la superficie, ma che orienta lo sguardo del lettore in percorsi prestabiliti, obbligati, recintati. Per evitare di rimanere condizionati da una regia occulta diventa importante indagare tra le maglie delle carte per verificare segni, eliminare dubbi, avere conferme di tracce che rimandano al processo di creazione della foto-illustrazione sotto esame.

All'inizio del Novecento la pratica della colorazione delle foto era forma usuale e diffusa in tutti gli studi fotografici con il personale che aveva spesso solo questa incombenza.

Nella raccolta presa in esame, la perizia dei coloristi è evidente. La mano del pittore riesce a nascondere i limiti tecnici dell'ottica che non consente di mettere a fuoco con sufficiente nitidezza a diverse distanze. La stesura sapiente delle diverse tonalità restituisce una percezione di profondità di campo assente nella fotografia in bianco e nero.

La messa in posa, altra domanda, era una libera scelta del fotografo oppure l'esecuzione dell'ordine militare o del responsabile sanitario? Il fotografo era un libero professionista o un militare adetto alla documentazione ufficiale? Che fine hanno fatto gli scatti che non sono entrati nella selezione? È possibile siano conservati da qualche parte anche loro?

La rigidità di cui facevo accenno prima nasce dalla presenza nel teatro di azione di figure che si presuppone fossero i committenti della campagna fotografica, i militari, i medici [...].

La nota si concludeva con l'auspicio di raccogliere altri elementi che potessero far luce sulla realizzazione dell'album e magari dare un nome al fotografo autore degli scatti.

In tempi più recenti, l'analisi delle copie originali ha permesso di precisare alcuni elementi della pratica "fotografica" messa in campo per realizzare il documento preso in esame, anche perché una copia simile di quest'album è presente anche all'Istituto Superiore di Sanità (ISS).



Macchina fotografica a soffietto Kodak, 1907. Collezione dell'Istituto Superiore di Sanità

Una prima traccia di interesse è la presenza, presso questo stesso istituto, di una macchina fotografica a soffietto Kodak (3) che può realizzare fotografie nel formato cm 8 x 10,5 su pellicola in rullo. Il modello risulta tra quelli in produzione negli anni tra il 1901-1902 ed il 1915. I parametri del fotogramma di quest'apparecchio sono compatibili con le stampe presenti nell'album sui prigionieri austriaci all'Asinara.

Altro elemento. Secondo le note illustrative presenti nel catalogo generale del costruttore di quelle macchine fotografiche, gli obiettivi di queste fornivano "immagini molti simili a quelle prodotte da un'ottica a fuoco morbido". La stessa morbidezza è presente nelle copie di questo manufatto che sono incollate su un supporto cartaceo.

Questo limite tecnico dovuto alla caratteristica della lente montata su quel modello di macchina fotografica ha favorito l'intervento riparatore del colorista che, con perizia e con molta pazienza, ha cercato di ricostruire la nitidezza della visione presente nella copia positiva, ma assente nel negativo.

Anche ad uno sguardo veloce dell'album salta all'occhio il grande lavoro di ritocco presente in tutte le fotografie. Il pennello lavora di fino e le stesure di colore trasparente riescono ad ingannare l'occhio frettoloso che cerca di incrociare qualche dettaglio

curioso. Gli interventi sono così abbondanti che finiscono per sostituire, nella percezione di chi guarda, la traccia originale impressa dalla pellicola.

Ad una più attenta analisi, possibile sugli originali, si può cogliere in maniera esemplare il lavoro certosino che l'operatore addetto all'aggiustamento delle foto ha dovuto affrontare.

Comparando a video le copie dello stesso scatto fotografico presenti nei due album si nota con chiarezza la tecnica utilizzata dal disegnatore colorista per la preparazione dell'immagine finale. Nella seconda edizione le immagini sono disegnate e colorate in modo approssimativo. Fanno pensare a una copia di lavoro, piuttosto che a una versione definitiva. Giudizio confermato esaminando diversi elementi, a cominciare dai positivi, non sempre sviluppati correttamente, con ampie zone sottosposte, tracce di polvere e graffi presenti in grandi quantità che rimandano a prove di stampa precedenti la copia finale. Nei bordi di alcune immagini sono evidenti le tracce delle pennellate di diversa gradazione, chiara prova di appunti eseguiti alla ricerca dell'intonazione più efficace per rendere credibile la versione definitiva.

Confrontando le differenti versioni emerge con chiarezza l'attenzione con la quale l'operatore si preoccupava di assolvere ad alcune esigenze di fondo: mettere ordine fra tutti gli elementi presenti nell'inquadratura. Le stampe fotografiche sono state eseguite tenendo i grigi molto leggeri, così da permettere al colore di sviluppare meglio la propria strategia attrattiva. L'ossessione di coprire di colore le superfici per far risaltare le geometrie delle linee finisce per dare alle immagini un effetto irrealistico, simile ai disegni che il geometra produce per illustrare una relazione tecnica. Così la rappresentazione del reale viene ingessata dentro un rigido protocollo visivo che richiama una meticolosa regia a monte della campagna fotografica.

Alla luce degli elementi sopra descritti diventa evidente la connessione diretta tra l'apparecchio fotografico presente negli archivi dell'ISS e le fotografie dell'album. Il limite delle misure del negativo, e in scala, il formato delle stampe fotografiche, così come l'immagine priva di una buona nitidezza, sommata al tempo di scatto di quest'apparecchio, che non può superare l'1/100 di secondo, sono tutti elementi che rendono credibile l'ipotesi che le foto dell'Asinara

siano state riprese con questa fotocamera. A suggerire questa tesi anche una curiosa intervista rilasciata da un operatore fotografico dell'ISS al momento di andare in pensione (3) che ricorda "la campagnola" (così veniva identificata la fotocamera a soffietto presente nella dotazione del laboratorio), che si diceva *fosse stata utilizzata anche ai tempi della malaria*.

Altro interrogativo: chi fu l'autore degli scatti? Su questo elemento esistono alcune tracce che possono aiutare a precisare meglio la fase della formazione del documento.

Nella Relazione del Generale Giuseppe Carmine Ferrari (4), ai primi di giugno del 1916 (4) viene annotato quanto segue¹:

il giorno 6 arrivava il signor Pietro Sandresky, archivistato disegnatore del Consiglio Superiore di Sanità, il quale, autorizzato dalla Commissione per i prigionieri di guerra, doveva eseguire all'Asinara delle fotografie, atte a documentare l'importanza dell'opera compiuta a vantaggio dei prigionieri. Il Sandresky si trattenne all'Asinara quasi una settimana, eseguendo una serie di fotografie dei vari campi, dei loro edifici, ecc.

Anche se la sintesi della nota lascia spazio alla speculazione e all'indagine di passaggi che andrebbero verificati con prudenza, la realizzazione della campagna fotografica nell'isola, al termine della primavera del 1916, è compatibile con il materiale pubblicato. A cominciare dalle condizioni meteorologiche e geografiche: luce, vegetazione, abbigliamento delle persone confermano per grandi linee di trovarsi nella stagione favorevole per scattare all'aria aperta.

Anche le osservazioni sul valore edulcorato e manipolato delle fotografie che documentano l'efficacia dell'azione sanitaria dello Stato, ma nascondono in modo esagerato la "morte" presente nell'isola in una concentrazione iperbolica, si stemperano alla luce di questo elemento. La raccolta di immagini avviene quando ormai i picchi della mortalità sono molto bassi e l'attenzione del fotografo e dei committenti si concentra sui manufatti e sui luoghi teatro dell'azione sanitaria.

¹Devo la segnalazione a Luigi Cardullo, Direttore per diverso tempo del supercarcere dell'Asinara.

Recentemente Enrico Pinna ha sostenuto l'ipotesi che alcune delle fotografie, siano "probabilmente opera della Sezione Fotocinematografica del Regio esercito Italiano" (5) e per avvalorare la sua tesi individua in almeno una delle foto presenti "un'immagine aerea, realizzata verosimilmente da un dirigibile", commentando come "nessun altro" potesse in tempi di guerra "realizzare immagini simili su un obiettivo strategico come l'Asinara", sottolineando ancora - sono sempre parole di Enrico Pinna: "Il lavoro di questa speciale sezione - scrive Italo Zannier nella sua *Storia della fotografia Italiana* - era rigidamente controllato in caserma e le fotografie erano accuratamente selezionate. Immagini realizzate mettendo spesso in posa i soldati in un sistematico campionario di situazioni che furono poi modello per l'Istituto Luce".

Una lettura di quelle foto - ma non l'unica possibile - probabilmente può trovare la sua ragion d'essere nella presenza tra le foto di alcune riprese ottenute da una certa altezza e che induce a individuare un punto di osservazione molto alto non presente nell'isola. Su queste due immagini occorre soffermarsi per valutare alcuni elementi che ne condizionano la natura e la reale valenza documentaria.

Personalmente non sono in grado di affermare con totale sicurezza che si tratti di vere fotografie, cioè scatti realizzati tramite negativo fotografico. La forma dei pixel non permette di separare lo strato del colore dall'eventuale emulsione argentea sottostante. La ripresa a volo d'uccello è compatibile sia con la ripresa fotografica, sia con la tecnica del disegno assonometrico. Ma la manipolazione ad opera della mano dell'operatore e le varie steure di colore sui segni del paesaggio coprono completamente la traccia originale per restituire una visione efficace sul piano della narrazione, ma fortemente critica sul versante della documentazione reale.

Il fatto che le due immagini aprano la foliazione dell'album, avvalora l'ipotesi che esse siano state inserite per illustrare e per favorire la visione esteticamente gradevole dell'isola dell'Asinara. Un disegno ben sviluppato permette di sintetizzare la visione d'insieme del tema trattato con maggior cura rispetto alla sola funzione riproduttiva affidata alla macchina fotografica. Che a tener validi i presupposti più sopra esposti, in questo compito descrittivo,

all'apparecchio gli viene assegnato un ruolo non ancora autonomo, ma complementare a strumenti al momento più affidabili. Inviare sull'isola dell'Asinara un archivistica disegnatore è già una precisa dichiarazione di strategia operativa.

Un'ultima nota sull'improbabile scatto aereo.

Sempre dalla lettura del diario di Ferrari si viene a sapere che nei giorni dello svolgimento della campagna fotografica intorno all'isola stazionava la torpediniera "31 AS" che svolgeva servizio di vigilanza. La nave ha un albero centrale molto alto che può ospitare personale di manovra e rende compatibile uno scatto fotografico effettuato da quella postazione, offrendo in questo modo un'interessante visione panoramica di una parte dell'isola.

Per concludere, a tener fede alla nota di Ferrari già citata, la traccia presente nel diario scioglierebbe i dubbi sulla figura del fotografo che materialmente scattò le fotografie e, considerata la sua professione di disegnatore, lavorò materialmente ad "abbellire" il documento visivo.

Riferimenti bibliografici

1. Mosillo C. Presentazione. In: Trova A, Zichi G. (Ed.). *Asinara, isola piccola, grande Storia. Prigionieri e profughi della prima guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.
2. Ligios S. Analisi sulle immagini. In: Trova A, Zichi G. (Ed.). *Asinara, isola piccola, grande Storia. Prigionieri e profughi della prima guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.
3. De Castro P, Marsili D, Modigliani S. (Ed.). *Storia e identità di un ente di ricerca. L'Istituto Superiore di Sanità attraverso racconti e testimonianze orali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità, Quaderno 8).
4. Ferrari GC. *Relazione del campo di prigionieri colerosi all'isola dell'Asinara nel 1915-16 (Guerra italo-austriaca)*. Ministero della Guerra. Comando del Corpo di Stato Maggiore. Ufficio Storico. Roma: Provveditorato Generale dello Stato. Libreria; 1929. Anno VII.
5. Pinna E. *I dannati dell'Asinara: in un album ritrovato l'odissea dei prigionieri Austro-Ungarici nell'isola*. Sardiniapost, 26 ottobre 2014.

I DOCUMENTI SUI "DANNATI DELL'ASINARA" CONSERVATI ALL'ARCHIVIO CENTRALE DELLO STATO

Cristina Mosillo

Archivio Centrale dello Stato, Roma

L'album di fotografie dipinte, disegni, mappe e grafici "Prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916" - della Segreteria didattica e Museo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), pervenuto all'Archivio Centrale dello Stato tramite il Ministero della Sanità¹ - conserva la memoria di un momento vissuto dalla piccola isola durante la Prima Guerra mondiale, quando accolse prigionieri e profughi nella sua stazione sanitaria ivi impiantata dal 1885 insieme ad una colonia agricola penale. Quell'attimo della storia dell'isola e dell'umanità, attraverso quel documento, viene non solo sottratto all'oblio, ma attiva i meccanismi della memoria che non si accontenta di una visione ma la vuole significativa: la collega agli antefatti, alle conseguenze... una visione dalla memoria è avida di tutte le altre che può evocare.

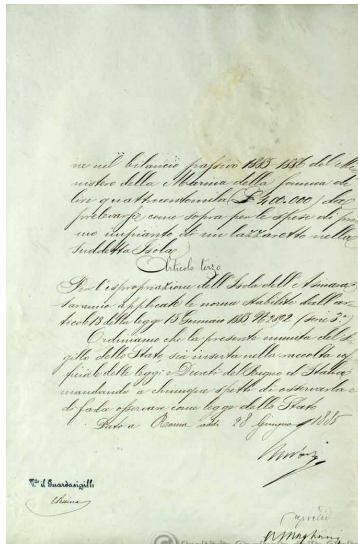
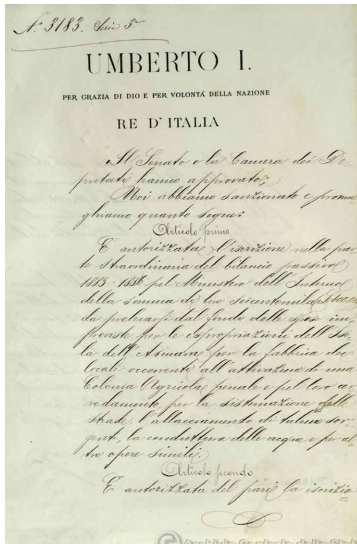
La stazione sanitaria nasce con la Legge 28 giugno 1885, n. 3183 "Impianto di una colonia agricola penale nell'isola dell'Asinara ed attivazione di un lazzaretto provvisorio" che, anche se ben accetta per quanto concerneva la struttura carceraria che avrebbe favorito la coltivazione di circa 3.500 ettari e, di conseguenza, migliorato, incrementato e reso più redditizia quel poco di agricoltura esistente nell'isola, destò allarme e preoccupazione nella popolazione e nelle amministrazioni municipali del sassarese, se non di tutta la Sardegna, per l'installazione del lazzaretto². Ma se non lì dove?

Come testimonia la discussione alla Camera dei Deputati del 24 giugno 1885 in sede di approvazione - specialmente nell'intervento del Presidente del Consiglio Depretis³ - un'ubicazione migliore era stata cercata dal Governo, ma nessun'altra aveva le qualità del perfetto isolamento, dell'abbondanza di acqua potabile, dell'essere

¹L'Istituto è, infatti, preposto a conservare, ordinare, rendere consultabile e valorizzare la documentazione prodotta dagli organi e dagli uffici centrali dello Stato (<http://acs.beniculturali.it/>).

²La provincia era stata prostrata dal colera del 1855 a causa del quale perse ¼ della popolazione.

³Atti parlamentari. Camera dei Deputati. Legislatura XV, 1ª sessione. Discussione. Tornata del 24 giugno 1885.



Legge 28 giugno 1885, n. 3183

praticamente spopolata contando solo 400 abitanti (50 famiglie), della possibilità dello stazionamento di navi in quarantena. Le famiglie sarebbero emigrate cedendo al Governo le loro proprietà e i cittadini della provincia avrebbero vinto la pur comprensibile preoccupazione, persuasi dalla forza della ragionevolezza.

I fondi della Direzione Generale Carceri e Riformatori del Ministero dell'Interno (1896-1905) e, dal 1906 della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e pena del Ministero di Grazia e Giustizia⁴, conservano la testimonianza della vita amministrativa dell'impianto carcerario e della comunità che vi abitava o lo frequentava: spese, entrate, opere e restauri, lavorazioni, costruzione e manutenzione dei fabbricati, appalti, provviste e spese non comprese nei contratti, i contenziosi e le liti. Dal 1905 si aprono le pratiche relative al personale amministrativo, di custodia, sanitario; dal 1916 quelle relative alle evasioni tentate e consumate⁵.

⁴In questo fondo sono conservate le pratiche dal 1906 anche se fu solo con RD 31 dicembre 1922, n. 1718 che le competenze passarono al Ministero di Grazia e Giustizia e Culti.

⁵Rispetto ad altre strutture carcerarie sono assenti le seguenti categorie: spedalità detenuti maniaci; personale religioso; personale insegnante; relazioni inchieste e visite ispettori; personale di educazione e sorveglianza; suore e guardiane.

Quei documenti ci tramandano anche qualche simpatica scenetta di vita quotidiana, come la pratica dal 1909 al 1910 volta a risolvere prima il malumore del personale di custodia a cui viene vietato l'esercizio della caccia consentito, invece, al personale amministrativo e aggregato, poi lo scontento di quando, per *par condicio*, viene anche a loro limitato quell'innocuo divertimento e passatempo sempre liberamente goduto.

Nell'aprile del 1916 si manifesta l'urgenza di falciare il fieno a Fornelli e a Campo Perdu e il Direttore dello stabilimento penale propone l'utilizzo dei prigionieri austriaci dietro corresponsione di lire 0,05 per ogni uomo e per ogni ora di lavoro: il Ministero autorizza questo impiego "con le debite cautele".

Tra gli uffici attivi per la piccola isola, la Direzione Generale Sanità Pubblica (DGSP) del Ministero dell'Interno ci attesta l'attività di sua competenza per il lazzaretto e, con la documentazione dal 1910 al 1920, ripercorriamo l'iter della costruzione e della gestione dei fabbricati e degli impianti localizzati sulle tavole dell'album e riprese nelle belle e rare fotografie qui raccolte. Troviamo, inoltre, il *Regolamento* interno della stazione, le attività del personale, la loro gestione amministrativa, gli acquisti, le spese.

Dal 12 dicembre 1915 si aprono le pratiche per gestire i prigionieri austro-ungarici provenienti dall'Albania: Commissione per i prigionieri del Ministero della Guerra; Sanità Pubblica del Ministero dell'Interno; Prefettura di Sassari; Stato Maggiore dell'Esercito; comandi militari e, per conoscenza Presidenza del Consiglio dei Mi-



Isola dell'Asinara nel 1916

nistri. Lo scambio è quotidiano, fitto e frenetico: corrispondenza per organizzare la logistica per oltre 30.000 prigionieri da accogliere nell'isola; tempi degli sbarchi ininterrotti; operazioni di disinfezione e vestizione; rifornimenti di cibo, di marmitte, di utensili ed apparecchi per cucinare, di tende, di paglia per i giacigli e coperte, di medicinali, di personale ecc.

In questa serie è documentato un primo allarme per casi di disenteria e poi, giorno dopo giorno, la lotta al terribile male, al colera. Dal 25 gennaio 1916 al luglio 1916 partono dalla Prefettura di Sassari bollettini alla DGSP e, per conoscenza, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con il resoconto dei decessi, le misure profilattiche adottate, le analisi eseguite, le vaccinazioni effettuate, i trasferimenti di sani, guariti, malati comuni, malati infettivi tra Campo Perdu, Fornelli, Tumbarino, Gli Stretti.

Tornando alla partenza di prigionieri austriaci e profughi da Valona diretti all'Asinara, una serie di telegrammi dal Ministero della Marina italiana lascia davvero impressionati. Dal 16 dicembre 1915 al 2 gennaio 1916, la Presidenza del Consiglio dei Ministri⁶ riceve comunicazione di una ventina di piroscafi impegnati dall'Albania nell'operazione e, quotidianamente, dei viaggi e del numero di prigionieri imbarcati. In soli dieci giorni vengono trasferiti all'Asinara circa 13.000 persone, ma altre 16.000 restano a Valona; altri 7.000 vengono imbarcati dopo appena otto giorni. Dai telegrammi apprendiamo il manifestarsi di casi di colera durante il viaggio e i decessi conseguenti; la mortalità giornaliera è impressionante e sono impossibili misure sanitarie efficaci data la "enorme agglomerazione". Nel dispaccio del 21 dicembre leggiamo che il Direttore dell'Asinara è impossibilitato a concedere lo sbarco ai 1.500 prigionieri trasportati dal *Cordova* mancando attendamenti e viveri... meno di 40 documenti brevissimi, lapidari, ma che spalancano un abisso di orrore e di incredulità.

Intanto la vita civile, anche se tra gli stenti, continua come per i circa 300 pescatori del Golfo dell'Asinara a cui viene vietato l'esercizio della pesca a causa della restituzione di cadaveri dei colerosi

⁶Trentanove documenti in Presidenza del Consiglio dei Ministri. Guerra europea, B. 76, fasc. 19.3.4 "Prigionieri di guerra austro-ungarici fatti dai serbi e avviati all'Asinara". Vedi anche Ministero dell'Interno, DGSP, atti amministrativi, 1910-1920, b. 166 bis.



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, Cala Reale. L'arrivo di un pontone carico di prigionieri che vanno al bagno e disinfezione. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

gettati in mare. Il Prefetto di Sassari si attiva per fargli ottenere il sussidio riconosciuto ai pescatori dell'Adriatico sottoposti allo stesso divieto per cause belliche⁷ e l'11 gennaio 1916 lo ottiene⁸. Lo stesso Prefetto, sempre in considerazione della loro miseria e disperazione, sollecita l'intensificazione dei lavori della strada per la bonifica delle saline nel tratto Porto Torres-Stintino e la messa a disposizione di una somma per far fronte ai bisogni più urgenti di chi non può più lavorare né come pescatore né alla costruzione della strada. Le requisizioni e le incette dovute all'enorme afflusso dei prigionieri privano, inoltre, la popolazione dei generi di bisogno o ne fanno lievitare il costo: andrebbero quindi estese su un territorio maggiore, fino a considerare il "Continente".

⁷Il Decreto 25 luglio 1915 di Tommaso di Savoia, luogotenente generale del Regno, poneva infatti il divieto a difesa della costa che è da considerarsi frontiera di guerra.

⁸Presidenza del Consiglio dei Ministri. Guerra europea, B. 135, fasc. 19.11.9 "Sassari (provincia). Per concessione sussidio ai pescatori del Golfo di Asinara".

AMBIENTE E SALUTE NEL GOLFO DELL'ASINARA: IL CASO DI PORTO TORRES

Pietro Comba

*Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria,
Istituto Superiore di Sanità*

Obiettivo del presente contributo è esaminare i dati relativi allo stato di salute della popolazione residente nel sito di Porto Torres, in prossimità dell'isola dell'Asinara. Si tratta di un'area caratterizzata da un'estesa contaminazione ambientale dovuta a diversi decenni di attività di un grande polo industriale. Come è noto, il principale centro abitato del Golfo dell'Asinara, a partire dalle epoche storiche più remote, è l'attuale Porto Torres, istituito come Comune da Carlo Felice, ma sicuramente punto di riferimento per i navigatori già in età fenicia/punica, successivamente importante colonia romana, e, ancora intorno all'anno Mille, secondo centro della Sardegna dopo Cagliari. L'isola dell'Asinara è sempre stata strettamente collegata a Porto Torres, del cui territorio comunale costituisce una parte importante. Quando nel 1885, sull'isola dell'Asinara, furono istituite la stazione sanitaria marittima e la colonia penale, gli abitanti dell'isola vennero forzatamente trasferiti in varie località; un gruppo di pescatori fu installato nella penisola di Stintino, immediatamente prospiciente l'isola, e fu così fondato il Comune di Stintino. Porto Torres rimane, comunque, il centro abitato di maggiori dimensioni territoriali e demografiche. Fino agli anni '60 del Novecento, l'economia di Porto Torres poggiò principalmente su pesca, agricoltura ed esportazione di minerali estratti nell'entroterra.

All'inizio degli anni '60, si avviò l'industrializzazione di Porto Torres con la creazione di un polo petrolchimico ad opera della SIR (Società Italiana Resine), successivamente rilevato dall'ENI. L'area industriale di Porto Torres comprende impianti chimici, petrolchimici, raffinerie, una centrale termoelettrica, industrie meccaniche, stabilimenti per la produzione di laterizi, un'area portuale e alcune discariche, comprese quelle per i rifiuti industriali (Figura).



Figura - Porto Torres e il Golfo dell'Asinara. Immagine da Google Maps

Negli anni più recenti il polo petrolchimico di Porto Torres è stato investito dalla crisi. Attualmente, le ulteriori prospettive di sviluppo sono centrate in modo particolare sulla "chimica verde", attraverso la riconversione degli impianti esistenti e l'avvio di nuove produzioni

quali bioplastiche, biolubrificanti ed altri prodotti ecosostenibili.

Alla base di questo cambio di paradigma vi è stata la crisi irreversibile del tradizionale modello di industrializzazione chimica e petrolchimica, caratterizzato fra l'altro da una gravissima compromissione della qualità ambientale.

Le aree industriali di Porto Torres, ubicate nel territorio dei comuni di Porto Torres e Sassari, sono state incluse fra i Siti di Interesse Nazionale (SIN) per le bonifiche con la Legge 179 del 2002 e sono state oggetto di un'estesa attività di monitoraggio ambientale. Come riportato dal dossier di Legambiente sulle bonifiche dei siti inquinati (1), gli agenti chimici che maggiormente hanno contaminato i suoli sono i metalli pesanti e gli idrocarburi e per le acque di falda, metalli, solventi clorurati e idrocarburi. Analoghi riscontri si sono avuti per le acque e i sedimenti marini. In contesti specifici del sito si è rilevata, inoltre, la presenza di radionuclidi e materiali contenenti amianto.

Elementi per valutare l'impatto sanitario della contaminazione ambientale di Porto Torres sono stati recentemente forniti dal progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che costituisce un sistema di sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nei SIN (2-4). Rinviano alle fonti citate per una trattazione esaustiva del problema, interessa in questa sede ricordare che il Progetto SENTIERI utilizza i flussi informativi sanitari relativi alla mortalità per cause specifiche, all'ospedalizzazione e all'inci-

denza dei tumori (nelle aree servite da Registri Tumori accreditati) per indagare lo stato di salute delle popolazioni residenti nei SIN, annettendo carattere prioritario alle patologie per le quali, in base alla letteratura scientifica internazionale, è accertato (o sospettato) un ruolo causale delle esposizioni ambientali presenti.

Preliminarmente all'esame dei dati, ricordiamo che il SIN di Porto Torres, come detto prima, comprende i Comuni di Porto Torres e Sassari. Nella prima fase del progetto SENTIERI è stata studiata la mortalità per causa specifica della popolazione residente in questi due Comuni nel periodo 1995-2002, confrontandola con quella della popolazione residente nella Regione Sardegna, standardizzata per età, sesso e condizioni socio-economiche, tre variabili altamente predittive in termini di salute. Per quanto riguarda le condizioni socio-economiche i dati sono stati oggetto di una correzione attraverso l'uso di un Indicatore di Deprivazione (ID).

La Tabella 1 mostra la mortalità per tutte le cause e i principali grandi gruppi di malattie nel SIN di Porto Torres in due periodi, 1995-2002 e 2003-2010. Per ogni causa o gruppo di cause viene riportato il numero di decessi osservati, il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR-ID), espresso in percentuale, che rappresenta il rapporto fra il numero di decessi osservati e il corrispondente numero di decessi "attesi" (cioè previsti) in base ai tassi di mortalità della popolazione di riferimento (Regione Sardegna), tenendo conto di eventuali differenze con la popolazione del SIN in termini di età, genere e condizioni socio-economiche. Un'SMR pari a 100 significa che il numero di decessi osservati e attesi coincidono. L'intervallo di confidenza al 90% (IC 90%) rappresenta una misura della precisione della stima dell'SMR. Quando il limite inferiore dell'IC è maggiore di 100 si ritiene che il numero dei decessi osservati superi il corrispondente numero di decessi attesi in termini "statisticamente significativi" (per una trattazione approfondita di questo tema si rinvia alle voci bibliografiche relative al Progetto SENTIERI precedentemente citato).

Come mostra la Tabella 1, nel periodo 1995-2002 la mortalità osservata per tutte le cause e tutti i principali gruppi di patologie è stata significativamente maggiore nei residenti del SIN di Porto Torres, di entrambi i generi, rispetto alla popolazione di riferimento. Nel periodo 2003-2010 questo dato si è confermato per la mortalità totale, i tumori totali e le malattie del sistema respiratorio.

Tabella 1 - Mortalità complessiva e per grandi gruppi di cause del SIN di Porto Torres

Causa di morte	1995-2002					
	Uomini			Donne		
	OSS	SMR ID	(IC 90%)	OSS	SMR ID	(IC 90%)
Tutte le cause	4.708	109	(106-111)	4.357	115	(112-117)
Tutti i tumori	1.508	106	(102-111)	1.105	113	(107-119)
Malattie del sistema circolatorio	1.560	106	(102-111)	1.661	104	(100-109)
Malattie del sistema respiratorio	392	118	(108-128)	313	139	(126-152)
Malattie dell'apparato digerente	309	120	(109-132)	226	122	(109-136)
Malattie dell'apparato genitourinario	73	141	(115-171)	71	127	(103-155)

Causa di morte	2003-2010					
	Uomini			Donne		
	OSS	SMR ID	(IC 90%)	OSS	SMR ID	(IC 90%)
Tutte le cause	3.643	106	(103-109)	3.507	106	(103-109)
Tutti i tumori	1.348	107	(102-112)	1.021	109	(103-115)
Malattie del sistema circolatorio	1.059	102	(97-107)	1.165	96	(92-101)
Malattie del sistema respiratorio	286	122	(110-135)	247	126	(113-140)
Malattie dell'apparato digerente	188	108	(95-121)	164	117	(103-134)
Malattie dell'apparato genitourinario	51	105	(82-133)	56	93	(74-117)

La Tabella 2 (riprodotta da Pirastu *et al.* 2014 (4), con l'assenso della rivista *Epidemiologia & Prevenzione*) mostra l'incidenza dei tumori nel SIN di Porto Torres (1996-2005) sulla base dei dati prodotti dal Registro Tumori di Sassari nell'ambito della collaborazione scientifica fra ISS e Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). L'indicatore calcolato è il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR), concettualmente analogo all'SMR. Poiché i Registri Tumori in Italia non hanno copertura regionale, la po-

Tabella 2 - Numeri di casi osservati (OSS), rapporto standardizzato di incidenza corretto per deprivazione (SIR ID); IC 90%: intervalli di confidenza al 90%; riferimento macroarea (1996-2005). Uomini e donne. SIN di Porto Torres

Patologia	Uomini			Donne		
	OSS	SIR ID	(IC 90%)	OSS	SIR ID	(IC 90%)
Tutti i tumori maligni escluso cute	3.635	121	(118-124)	3.135	118	(114-121)
Tumore maligno dell'esofago	45	189	(145-243)	12	182	(105-295)
Tumore maligno dello stomaco	103	64	(54-76)	82	69	(57-83)
Tumore maligno del colon-retto	410	107	(98-116)	359	106	(97-116)
Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici	194	161	(143-182)	108	195	(166-229)
Tumore maligno della colecisti e delle vie biliari	53	155	(122-195)	78	140	(115-169)
Tumore maligno del pancreas	109	144	(122-168)	106	161	(136-190)
Tumore maligno della laringe	95	123	(103-146)	7	126	(59-236)
Tumore maligno del polmone	595	116	(109-125)	163	159	(139-181)
Tumore maligno dell'osso	10	114	(62-192)	6	62	(27-121)
Mesotelioma	8	96	(48-174)	< 3		
Tumore maligno del tessuto connettivo e di altri tessuti molli	31	168	(122-227)	13	57	(34-91)
Sarcomi dei tessuti molli	28	179	(127-245)	13	67	(40-107)
Melanoma della pelle	32	59	(43-79)	44	75	(57-96)
Tumore maligno della mammella	4	43	(15-99)	966	125	(119-132)
Tumore maligno della cervice uterina				55	101	(80-126)
Tumore maligno del corpo dell'utero				159	109	(95-124)
Tumore maligno dell'utero				217	102	(91-114)
Tumore maligno dell'ovaio				114	109	(93-128)
Tumore maligno della prostata	601	137	(128-147)			
Tumore maligno del testicolo	51	135	(105-170)			
Tumore maligno del rene, dell'uretere e di altro e non specificato organo dell'apparato urinario	128	128	(110-149)	58	106	(84-131)
Tumore maligno della vescica	419	116	(107-125)	93	128	(107-153)
Tumore del sistema nervoso centrale	70	117	(95-143)	73	134	(109-163)
Tumore maligno della tiroide	30	69	(50-94)	155	97	(84-111)
Tumore maligno del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati:	343	123	(112-134)	296	122	(111-134)
linfoma di Hodgkin	36	134	(99-177)	30	151	(109-205)
linfoma non-Hodgkin	147	133	(115-152)	116	116	(99-135)
mieloma multiplo	39	95	(72-125)	58	157	(124-195)
Leucemie:	121	120	(103-140)	92	108	(90-128)
linfoide	55	126	(99-157)	49	134	(104-170)
linfoide acuta	12	100	(58-162)	13	134	(79-212)
linfoide cronica	43	135	(103-174)	36	134	(100-177)
mieloide	43	114	(87-147)	32	93	(68-125)
mieloide acuta	26	115	(81-160)	19	82	(54-120)
mieloide cronica	17	112	(71-168)	13	115	(68-183)

popolazione di riferimento è quella dell'insieme delle aree servite da Registri Tumori nell'Italia centromeridionale. Questa analisi presenta tre elementi di interesse: a) tutti i casi sono confermati dal punto di vista della diagnosi istologica (quindi la qualità dei dati è superiore a quella relativa all'analisi di mortalità); b) l'analisi di incidenza include tutti i casi di tumore diagnosticati in un dato periodo, compresi quelli a bassa letalità, che sfuggono all'analisi di mortalità; si ottiene, in tal modo, un quadro di conoscenze più completo; c) l'eccesso di incidenza di un dato tumore significa che l'accadimento di questa patologia è più elevato nell'area in studio rispetto alla popolazione di riferimento, mentre un eccesso di mortalità può essere determinato, a parità di incidenza, da una sopravvivenza più sfavorevole dovuta, ad esempio, all'assenza nell'area in studio di presidi sanitari che adottino i migliori protocolli diagnostici e terapeutici.

Nel caso preso in esame, l'analisi di incidenza conferma l'eccesso significativo di tutti i tumori nell'area considerata. In questo quadro, particolare importanza va annessa al significativo eccesso di cancro polmonare, patologia per la quale esistono evidenze scientifiche a priori di un rischio accresciuto per le popolazioni residenti nelle aree con presenza di raffinerie, petrolchimici e centrali termoelettriche. Il dato è particolarmente rilevante nella popolazione femminile per la quale non sono ipotizzabili specifiche esposizioni cancerogene professionali.

È, infine, opportuno ricordare che l'analisi dei ricoveri ospedalieri basata sulle Schede di Dimissione Ospedaliera ha mostrato eccessi significativi (fra gli altri) per le malattie dell'apparato respiratorio e in particolare per le malattie respiratorie acute, entrambe associate, in base alla letteratura scientifica internazionale, alla residenza nei siti con presenza di raffinerie, petrolchimici e centrali termoelettriche.

Rinviando alla lettura delle voci bibliografiche relative al Progetto SENTIERI per una trattazione più analitica di questi risultati, si ritiene, comunque, opportuno formulare alcune considerazioni conclusive.

La popolazione residente nel SIN di Porto Torres mostra eccessi di mortalità per tutte le cause e per tutti i tumori e di incidenza per tutti i tumori. A questo quadro contribuiscono alcune patolo-

gie, quali i tumori polmonari e la malattie respiratorie, per le quali esistono nella letteratura scientifica internazionale evidenze di una associazione con la residenza in aree interessate dalla presenza di raffinerie, petrolchimici e centrali termoelettriche. Per quanto riguarda le malattie respiratorie non tumorali, l'analisi dei ricoveri ospedalieri conferma i risultati dell'analisi di mortalità sia per il totale delle malattie respiratorie, sia in particolare per quelle acute.

Nell'insieme dei dati epidemiologici relativi al SIN di Porto Torres, vi sono numerosi altri segnali meritevoli di approfondimento, che non possono essere trattati adeguatamente in questa sede. L'indicazione più importante, in termini di sanità pubblica, è che si proceda con gli interventi di bonifica, la cui lentezza appare preoccupante.

Visto l'insieme dei dati epidemiologici relativo alle malattie respiratorie, tumorali e non, si raccomandano inoltre l'effettuazione di programmi per la cessazione del fumo e di indagini mirate sulle malattie respiratorie acute in età infantile e adolescenziale.

In prospettiva si auspica che, completata l'indifferibile opera di bonifica ambientale, Porto Torres possa coniugare produzioni chimiche compatibili con l'ambiente e altre attività produttive quali pesca e turismo, valorizzando la sua vicinanza con il Parco Nazionale dell'Asinara. Si potrebbe vedere, in questo epocale cambiamento della destinazione d'uso del territorio, un riavvicinamento del modello di sviluppo delle due principali aree che costituiscono il Comune di Porto Torres, la terraferma e l'isola. L'isola è stata per secoli uno scalo per i navigatori e una base per i pescatori, e poi dal 1885 al 1998 un luogo di segregazione e di pena. Con l'istituzione del Parco Nazionale, l'isola torna ad essere luogo di bellezza incontaminata che il visitatore può scoprire con meraviglia. La città ha avuto una storia millenaria proiettata sul suo mare, e poi una parentesi di 50 anni nei quali le è stato imposto un modello di sviluppo che, per sostenersi, doveva esternalizzare sulla comunità residente gli altissimi costi ambientali e sanitari che continuamente generava. Ora, forse, può aprirsi un tempo in cui la comunità di Porto Torres fruisca del proprio habitat senza comprometterlo, tutelandolo per le nuove generazioni, e tutelando al contempo il proprio stato di salute.

Riferimenti bibliografici

1. Legambiente. *Bonifiche dei siti inquinati: chimera o realtà? Risanare l'ambiente, tutelare la salute, riconvertire l'industria alla green economy*. Roma, 28 gennaio 2014.
2. Pirastu R, Ancona C, Iavarone I, et al. (Ed.). SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento. Valutazione della evidenza epidemiologica. *Epidemiol Prev* 2010;34(5-6, Suppl 3):1-96.
3. Pirastu R, Iavarone I, Pasetto R, et al. (Ed.). SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento. Risultati. *Epidemiol Prev* 2011;35(5-6, Suppl 4):1-204
4. Pirastu R, Comba P, Conti S, et al. (Ed.). SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento. Mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri. *Epidemiol Prev* 2014;38(2, Suppl.1):1-170.

LA VALORIZZAZIONE DEI "LUOGHI DELLA MEMORIA" IN AMBITO SANITARIO

Luca Borghi

*Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST),
Università Campus Bio-Medico, Roma*

Tra i primi decenni dell'Ottocento e la metà del XX secolo, il ritmo delle scoperte e dei successi della medicina e della chirurgia, il susseguirsi di vere e proprie rivoluzioni in ambito sanitario, è stato così incalzante, costante e clamoroso, che l'opinione pubblica mondiale si era via via abituata a considerarlo un fenomeno pressoché inarrestabile. Il comprensibile clima di entusiasmo popolare e di gratitudine che accompagnava la straordinaria ascesa della medicina moderna si materializzava non di rado in monumenti, in lapidi commemorative, in musei, in intitolazioni di nuovi edifici per la ricerca o per l'assistenza, in vere e proprie opere d'arte. Si potrebbe quasi scrivere una storia dell'arte dell'Ottocento e del Novecento scegliendo, per esempio, solo quadri o statue che raffigurano i grandi chirurghi e le loro memorabili imprese (1). Quella era, dunque, un'epoca in cui anche le case natali e le tombe dei grandi protagonisti dell'epopea medico-chirurgica venivano conservate e segnalate premurosamente, persino sulle guide turistiche, fin quasi a diventare meta di veri e propri pellegrinaggi laici (2, 3)! D'altronde, lo stesso grandioso edificio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) non è forse una testimonianza evidente di un'epoca in cui, al medesimo tempo, si promuoveva il progresso scientifico e lo si celebrava in modo monumentale?

Poi però - più o meno a partire dagli anni '60 - le cose per la sanità hanno cominciato a diventare più complicate e a volte contorte. I tempi dell'innovazione si sono allungati, i costi della ricerca (si pensi, in particolare, a quella farmaceutica) sono cresciuti a dismisura (4), mentre i progressi, salvo rare eccezioni, sono stati meno evidenti, meno frequenti e meno clamorosi. Fino al punto che qualcuno ha cominciato addirittura a parlare di "declino della medicina moderna" (5). Forse questa espressione può suonare eccessiva, soprattutto dal momento in cui siamo ancora sotto l'euforizzante impressione

provocata, nel giro di poco più di due anni, dalla sostanziale vittoria terapeutica sull'epatite C (6). Eppure, sappiamo bene quanto alcuni grandi e cruciali obiettivi che negli anni '60 sembravano, almeno ai profani, a portata di mano - la cura del cancro o delle malattie neurodegenerative, tanto per fare un paio di esempi - siano stati, in tutti questi decenni, a malapena sfiorati.

Non c'è tanto da stupirsi, dunque, se assieme al tramonto della medicina paternalista del medico-oracolo in nome dell'autonomia decisionale del paziente, al trasformarsi della cosiddetta alleanza terapeutica in una specie di guerriglia quotidiana tra il clinico o il chirurgo e il suo assistito (*assistito* ovviamente dall'avvocato!), alle sempre maggiori incertezze riguardo alla sostenibilità economica di ciò che la medicina odierna potrebbe in teoria offrire, anche l'interesse e la sensibilità per i luoghi e per i "monumenti" che celebravano i successi del passato, si sono quanto meno offuscati.

Christiaan Barnard è stato probabilmente l'incarnazione, il momento più alto e intenso, di quella costruzione novecentesca del medico-eroe, del chirurgo-eroe, che fino a qualche decennio fa sembrava doveroso celebrare e che, diciamolo pure, ha portato anche tanti vantaggi al progresso medico-scientifico in termini di prestigio sociale, d'influenza politica e di capacità di attrarre i necessari finanziamenti. Eppure proprio Barnard intuiva che le cose non sarebbero potute andare avanti così molto a lungo.

Mi sono imbattuto, poco tempo fa, in questo brano tratto da un romanzo, dal titolo *Gli indesiderati*, che Barnard, al culmine della sua popolarità, scrisse nel 1974 assieme al giornalista e scrittore Siegfried Stander:

il suo sguardo fu attratto da un altro sguardo. Ma erano occhi spenti, che fissavano senza espressione dalle lontananze del passato: il busto di bronzo che faceva la guardia all'ingresso della sala delle conferenze da Dio sa quanti anni. Si domandò quanti studenti o conferenzieri sapevano di chi era. Gli aveva prestato attenzione solo una volta, molto tempo prima, poi per anni gli era passato davanti senza degnarlo di uno sguardo. Osservò attentamente quegli occhi vuoti e quella mascella sporgente. Una targa sulla base di granito grigio informava chi voleva saperlo che si trattava di James Redwood Collier, CBE, DSO, LIB, MD, FRCP, Hon. FRSM, primario professore di medicina all'università, 1920-1937. Era

stato un pezzo grosso ai suoi tempi. Era passato per quei corridoi esigendo rispetto e conscio della propria importanza. E adesso tutto questo si riduceva a un blocco di bronzo. Un busto di bronzo cui si passava davanti ogni giorno senza badare (7).

È proprio così: lo stesso busto di bronzo che quando viene svelato fa provare un brivido ai presenti, i quali forse ricordano ancora con emozione le imprese di colui o di colei che vi è raffigurato, dopo pochi anni, al massimo dopo qualche decennio, diventa per quasi tutti un mero "blocco di bronzo" di fronte al quale si può passare davanti ogni giorno senza prestargli più la benché minima attenzione.

Sono ormai vari anni che mi occupo - attraverso il progetto Himetop (The History of Medicine Topographical Database) delle tracce materiali lasciate dalla storia della medicina e della sanità, interrogandomi sul loro valore e sul loro significato (8). Ho rintracciato, fotografato e schedato non solo busti impolverati o lapidi ormai quasi illeggibili, ma anche case natali fatiscenti e diroccate (come quella dell'anatomo-patologo Giovan Battista Morgagni a Forlì) (9) o tombe semi-nascoste dall'erba e dalla vegetazione (come quella del grande chirurgo Thomas Spencer Wells, nel cimitero di Brompton a Londra) (10). Ho dovuto constatare molte volte che vere meraviglie dell'architettura ospedaliera sette-ottocentesca appaiono oggi quasi irriconoscibili, quando non completamente deturpate, perché comprensibili esigenze funzionali hanno richiesto l'aggiunta di sopraelevazioni e nuovi corpi di fabbrica, l'apertura nelle vecchie pareti di improbabili passaggi per tubature e impianti sanitari moderni, la copertura delle antiche decorazioni murarie con vernici più adatte all'asepsi ospedaliera ecc. Persino le collezioni di preparati anatomici, di antichi strumenti chirurgici, di ritratti o di fotografie dei grandi protagonisti del passato possedute da tante istituzioni sanitarie, soprattutto in Italia, sembrano non di rado più fonti di fastidio e d'ingombro che non delle preziose risorse da custodire e valorizzare!

Certo, non è per niente facile contemperare efficienza funzionale, sostenibilità economica e tutela della memoria storica - del *cultural heritage*, come oggi si dice - di un ospedale. Il Policlinico Umberto I, tanto per fare un esempio, durante la sua lunghissima gestazione, e ancora parecchi anni dopo la sua apertura ufficiale d'inizio Novecento, era considerato a livello internazionale "un magnifico complesso

di edifici perfettamente equipaggiati per lo studio della malattia" (11). Oggi sappiamo bene che, in genere, i giudizi sul più grande ospedale romano sono di natura ben diversa. Eppure, non si può dimenticare che, per esempio, proprio sul frontale della sua clinica chirurgica spicca ancor oggi quello che, quasi sicuramente, è il più antico tributo monumentale che il mondo abbia offerto a Joseph Lister, il padre della chirurgia antisettica (12). E, a onor del vero, il monumento e la facciata dell'edificio in cui esso si trova incastonato sono stati adeguatamente restaurati proprio pochi mesi fa...

Ma, nonostante tante plausibili ragioni in contrario, sono convinto che la medicina e la sanità attuali non possano permettersi la cancellazione e l'oblio di tanta parte della loro storia più o meno remota. Per dirla con Sir William Osler, il padre nobile della medicina americana (13), la storia, con i luoghi e i monumenti che la testimoniano e la raccontano, è un'indispensabile fonte d'ispirazione e di motivazione (14). Lo è sicuramente per gli studenti di medicina o di altre discipline sanitarie, ma penso che possa e debba esserlo anche per gli stessi operatori sanitari e persino per il grande pubblico.

La storia, infatti, è molto utile per farci conservare il senso delle proporzioni o per ridarcelo, se lo abbiamo perso. Quando invece ci lasciamo appiattare sull'attualità, questo senso delle proporzioni sfuma facilmente - consideriamo enormi problemi che oggettivamente non lo sono, e insignificanti cose che, invece, rischiano di essere molto serie... - e ciò ci fa perdere spesso anche lo slancio, l'entusiasmo, la capacità di innovare, di risolvere problemi e di percorrere strade nuove.

Quando ho sentito parlare per la prima volta della stazione sanitaria dell'Asinara e ho potuto sfogliare brevemente lo splendido album fotografico *I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916*, conservato in duplice copia nell'Archivio Centrale dello Stato e all'ISS, per quella che probabilmente è una "deformazione professionale" ho subito immaginato il peggio: quasi sicuramente - mi sono detto - di quei luoghi, di quegli edifici, che sono stati muti testimoni di una storia così intensa e così drammatica (15), non rimarrà più niente...

Per associazione mentale e cronologica, mi è subito venuto in mente quell'altro punto d'intersezione tra medicina e Prima Guerra mondiale che fu l'Università Castrense di S. Giorgio di Nogaro:



Università Castrense di S. Giorgio di Nogaro. Dall'Archivio fotografico del Comune di S. Giorgio di Nogaro

una scuola medica da campo che fu organizzata nelle retrovie del fronte dell'Isonzo nei primi due anni di guerra, per consentire agli studenti di medicina richiamati alle armi di non interrompere completamente i loro studi (16).

L'Università Castrense, che funzionò dalla primavera del 1916 fino alla disfatta di Caporetto nell'autunno 1917, garantì una formazione medica di alto livello grazie alla presenza di docenti illustri (come l'anatomopatologo Alessandro Lustig o il chirurgo Bartolo Nigrisoli) e alla vicinanza di tanti ospedali, civili e militari, che davano agli studenti inusitate possibilità di esperienza pratica. Nei suoi pochi mesi di vita l'Università Castrense riuscì a portare alla laurea ben 467 studenti. Tra coloro che svolsero almeno una parte dei loro studi a S. Giorgio di Nogaro si può ricordare il grande pediatra Giovanni De Toni, futuro caposcuola dell'Istituto Gaslini di Genova (16, 17).

Purtroppo dell'Università Castrense oggi non rimane praticamente nulla, anche perché era costituita, nella sua quasi totalità, da baracche in legno. Ecco perché ho invece appreso con grande soddisfazione dalla Prof.ssa Assunta Trova che vari degli edifici e dei monumenti legati alla stazione sanitaria dell'Asinara sono ancora in piedi e pronti a raccontare la loro storia drammatica di guerra e di

medicina, di segregazione e di solidarietà, di guarigione e di morte, di organizzazione e di caos politico-militare, di successi e d'insuccessi igienico-sanitari, a chiunque sia disposto ad ascoltare (15, 18).

Ed ecco perché mi sono convinto che questo volume e il Convegno che vi è collegato possano essere più un punto di partenza che un punto di arrivo. Oggi all'Asinara si va soprattutto per visitarne le bellezze naturali, per ammirarne la biodiversità: è comprensibile...

Ma perché non offrire ai visitatori anche la possibilità di un "percorso della memoria" che aiuti a rivivere, proprio grazie alla rivisitazione di quelle tracce materiali (l'ospedale, il laboratorio batteriologico, la cappella, l'ossario, ecc.) e alla rilettura critica che oggi siamo in grado di farne, la vicenda di quelle migliaia di uomini, di malati, che vi furono segregati - e non di rado vi terminarono la propria esistenza - proprio sulla soglia di quell'immane tragedia che fu la Prima Guerra mondiale?

Se oggi provate a esplorare l'isola dell'Asinara attraverso le mappe di Google vi accorgete subito che manca ancora l'opzione di *Street View*, ovvero quella che consente di percorrere virtualmente una strada potendo esplorarne il circondario ad altezza uomo e a 360 gradi. Peccato... ma si può sempre recuperare! Già oggi comunque alla mappa satellitare dell'Asinara sono collegate alcune foto scattate dagli utenti di Google in quella zona. La maggior parte di esse raffigurano ovviamente la splendida costa e il selvaggio entroterra dell'isola. Ma c'è almeno un utente - il nome ne rivela chiaramente l'origine magiara - che ha scattato e condiviso online proprio alcune foto della lapide che riporta i nomi di una trentina di soldati ungheresi, verosimilmente morti durante il loro internamento-ricovero sull'isola.

A dimostrazione del fatto che il recupero delle memorie storiche (e delle loro tracce materiali) relative alla stazione sanitaria dell'Asinara interessa ancora oggi.

E non solo a noi italiani!

Riferimenti bibliografici

1. Rutkow IM. *Storia Illustrata della chirurgia*. Roma: Delfino Editore; 1996.
2. Godart J. *Les reliques de Claude Bernard*. Villefranche: Publirex; 1939.
3. Société des Amis de la Maison Natale de Pasteur, à Dole. Maison Paternelle de Pasteur - Arbois. Edition de luxe en héliogravure. Carnet de 17 cartes postales. Dole?: c. 1940.

4. Vinai E. Chi paga il conto dei nuovi farmaci anti-tumori? *Avvenire* 2015: 19.
5. Le Fanu J. *Ascesa e declino della medicina moderna*. Milano: Vita e Pensiero; 2005.
6. Ward JW. Hepatitis C virus: the 25-year journey from discovery to cure. *Hepatology* 2014; 60(5):1479-82.
7. Barnard C, Stander S. *Gli indesiderati*. Verona: Mondadori; 1975.
8. Borghi L. Web 2.0: A useful tool for the history of medicine. *Social History of Medicine* 2009;22(3):589-95.
9. <http://himetop.wikidot.com/the-remains-of-morgagni-s-home>
10. <http://himetop.wikidot.com/thomas-spencer-wells-tomb>
11. Anonymous. Baccelli G, M.D. [obituary]. *Br Med J* 1916;114-5.
12. Borghi L. An early monumental tribute to Joseph Lister in Rome. *Br Med J* 2012 (www.bmj.com/content/344/bmj.e2603/rr/618309).
13. Borghi L. William Osler: il modello imitabile di un grande medico umanista. *MEDIC* 2006;14(1):64-70.
14. Sezione storico-medica del sito della US National Library of Medicine (<http://www.nlm.nih.gov/hmd/sowhatsnew/inspiration.html>).
15. Trova A, Zichi G. *Asinara, isola piccola, grande storia. Prigionieri e profughi della prima guerra mondiale*. Sassari: Edes; 2014.
16. Baldo D, Galasso M, Vianello D (Ed.). *Studenti al fronte. L'esperienza della Scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro. L'Università Castrense*. Gorizia: Libreria Editrice Goriziana; 2010.
17. Infante A, Borghi L (Ed.). *Ai bambini e ai fiori, lo splendore del sole. Il ruolo dell'Istituto Gaslini nella storia della pediatria*. Milano: Rizzoli, 2015.
18. Sezione dedicata al "Piano del Parco" nel sito ufficiale del Parco Nazionale dell'Asinara: www.parcoasinara.org/

INTERAZIONI TRA SCIENZA E SOCIETÀ: L'ATTUALITÀ NEI PERCORSI DELLA MEMORIA

Alberto Pinna

Corriere della Sera, Edes editrice, Sassari

Da secoli, ben prima dell'istituzione nel 1885-1895 della colonia di detenzione e pena e del lazzaretto e la deportazione delle numerose famiglie che ci vivevano, l'Asinara è considerata "riserva". Dallo Stato, che l'ha utilizzata nelle emergenze per fini di sicurezza e sanitari, e dai privati: nobili che l'hanno avuta in feudo, imprenditori e avventurieri che l'hanno ottenuta in concessione per mettere a frutto le straordinarie risorse naturali. "Riserva", infine, nell'accezione letterale e più appropriata del termine, perché esaurite le necessità che ne avevano determinato l'utilizzo per ragion di stato, l'isola ha potuto rendere disponibile un patrimonio naturalistico che, proprio per la plurisecolare emarginazione, si è rivelato un laboratorio senza eguali nel Mediterraneo.

La singolarità, se non l'unicità, del "caso Asinara" sta nella concentrazione di strutture carcerarie e sanitarie in un unico sito, perimetrato dal mare, con lunghi tratti di costa scoscesi, inaccessibili. Già nel 1885 la Legge istituiva la colonia penale prevedendo la costruzione di un lazzaretto per chi era a bordo di navi che trasportavano passeggeri con sintomatologia di malattie contagiose. Le comunità non autoctone che si sono avvicinate sull'isola (detenuti comuni e speciali, prigionieri di guerra, profughi, soggetti sottoposti a regime sanitario, personale di servizio) sono state condannate alla separazione e all'incomunicabilità quasi totale con il mondo esterno; rapporti ridottissimi anche fra i residenti nell'isola, persino fra i detenuti delle dodici diverse diramazioni della colonia penale.

Le eccezioni si ricordano ancora. Ogni contatto con il mondo esterno era istituzionalmente vietato, ma di fatto era consentito alle famiglie "deportate", in particolare alle 45 famiglie che avevano fondato Stintino, una sorta di libero accesso agli approdi e ai tratti di mare sottocosta per praticare la pesca, con particolari restrizioni e limitazioni, soprattutto quando c'erano maggiori presenze nel carcere e nella stazione sanitaria. Negli anni antecedenti e immediatamente successivi alla Seconda Guerra mondiale, quando nella colonia pena-



Stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara, zona di Campo Perdu. Cucina del primo reparto. Dall'album fotografico "I prigionieri di guerra austriaci all'Asinara. 18 dicembre 1915-24 luglio 1916"

le detenuti a basso rischio lavoravano in regime di semilibertà come pastori e agricoltori, era permesso sbarcare sull'isola anche alle poche famiglie di Sassari che d'estate trascorrevano le vacanze a Stintino. Sui caratteristici gozzi a vela latina i Berlinguer, Segni e altri villeggianti facevano il periplo dell'Asinara e quando approdavano nelle cale in prossimità degli insediamenti penitenziari venivano raggiunti dai detenuti, con i quali mangiavano insieme e scambiavano il vino prodotto nelle aziende della colonia penale con birra e sigarette. Accadeva che, talvolta, l'alzarsi improvviso del vento di levante rendesse impossibile il ritorno e fosse necessario trascorrere la notte nei grandi dormitori della stazione sanitaria, dove tutto - ricordano i ragazzi di quelle famiglie che partecipavano a quelle gite - era perfettamente efficiente, perché, spiegava il medico residente, in caso di allarme le strutture dovevano essere in grado entro 48 ore di accogliere almeno 2.000 persone.

La misura dello stato di isolamento dell'Asinara è ben resa nel ricordo di chi aveva accesso ai due spacci presenti: nel 1948 il formaggio prodotto nella colonia penale era venduto a 1 lira e 50 centesimi al kg; il valore della moneta era ancora quello del periodo anteguerra e nessuno per un paio di anni aveva pensato ad aggiornare i prezzi dei prodotti.

I mutamenti sono poi stati rapidi e radicali. La stazione sanitaria internazionale progressivamente ridimensionata è stata, comunque, operativa anche nel 1970, quando in alcuni dei locali venne alloggiato un primo gruppo di sospetti mafiosi in soggiorno-

no obbligato. Fino a dopo il 1950 risultavano in dotazione due siluranti della classe MAS e un peschereccio d'altura trasformati in idroambulanze con decine di posti letto, due jeep americane, un'autoambulanza e un apparato per autoproduzione di energia elettrica. Col passaggio delle competenze all'ufficio del medico provinciale e attraverso i vari percorsi di riforma del servizio sanitario nazionale sono state eliminate anche apparecchiature e dotazioni (letti, cucine, strumenti, sistemi di lavaggio e pulizie, migliaia di piatti e posate).

Parallelamente allo smantellamento delle strutture sanitarie si è scelto di sviluppare il sistema carcerario e di sicurezza, prima destinando (anni '50-'60) all'Asinara un numero sempre maggiore di condannati a pene pesanti ed ergastolani, quindi reintroducendo in pratica l'istituto del soggiorno obbligato e confinando a Cala Reale (1971-1977) esponenti di spicco di mafia, camorra, 'ndrangheta e Sacra corona unita, nella convinzione che la lontananza e l'isolamento potessero, se non recidere, almeno allentare i legami con le organizzazioni criminali e con i luoghi d'appartenenza, con il rischio, però, di favorire contatti e infiltrazioni con la malavita locale. E, infine, creando nel 1977 nella diramazione di Fornelli, costruita nel 1930 come sanatorio per malati di tubercolosi, una sorta di avamposto del sistema penitenziario italiano di massima sicurezza per la custodia dei detenuti condannati per terrorismo. E proprio Fornelli nell'ottobre 1979 è stato distrutto da una rivolta che ha segnato, non solo la disarticolazione della catena di comando delle organizzazioni eversive operanti fra carcere e cellule esterne, ma anche il declino e la fine dell'Asinara come punta di diamante dell'apparato carcerario italiano antiterrorismo. Fornelli fu smantellato un anno dopo e riattivato nel 1992 fra le misure di contrasto alla mafia, inasprite in seguito agli attentati ai magistrati Giovanni Falcone e Paolo Borsellino.

Il carcere di massima sicurezza è stato prolungato negli anni '80, e parzialmente nel decennio successivo, per i boss di mafia e camorra, con prolungate permanenze di mafiosi come Raffaele Cutolo e Leoluca Bagarella e di altri detenuti comuni classificati di speciale pericolosità (Renato Vallanzasca, i capi dell'Anonima Sequestri Sarda, i killer delle carceri) e nel carcere all'Asinara, considerato il carcere più sicuro al mondo. Fama intaccata dalla fuga, l'unica in

oltre un secolo, del detenuto Matteo Boe nel 1986, autore poi di una serie di rapimenti, fra i quali quello avvenuto in Costa Smeralda del ragazzino Farouk Kassam. In quel periodo, all'Asinara non era stata ancora totalmente smantellata la struttura di controllo - un contingente supplementare di carabinieri, pattuglie, motovedette, elicotteri - predisposta nell'estate del 1985 a protezione dei magistrati Giovanni Falcone e Paolo Borsellino sotto minaccia di attentati, trasferiti d'urgenza a Cala d'Oliva dove scrissero l'istruttoria per il maxiprocesso di Palermo a Cosa Nostra (10 febbraio 1986-16 dicembre 1987) che si concluse con la sentenza di 360 condanne per complessivi 2.665 anni di carcere.

Il regime di massima sicurezza è stato mantenuto fino alla chiusura del carcere nel 1997, quasi in concomitanza con l'istituzione del Parco Nazionale, che con gli anni è riuscito quasi a cancellare nell'immaginario collettivo il marchio di isola-prigione e a proiettare l'Asinara su altri scenari.

Il segno di tempi cambiati si è percepito nel 2010, con l'*Isola dei cassintegrati*. Nel bunker di Cala d'Oliva e nella cella in cui fu rinchiuso Cutolo, a febbraio s'imprigionarono una decina di operai della *Vinyls*, industria del polo petrolchimico di Porto Torres in crisi. *L'isola dei cassintegrati*, contrapposta alla ribalta televisiva dell'*Isola dei famosi*, fu subito boom mediatico. Gli operai giurarono che non si sarebbero mossi finché la fabbrica non fosse stata riaperta, ottennero solidarietà e attenzione dei media e resistettero 470 giorni e terminarono l'occupazione dopo essere stati ricevuti al Quirinale, fidandosi di promesse, mai mantenute.

I percorsi della memoria rimangono comunque collegati all'isola dell'Asinara come luogo di prigionia e stazione sanitaria. Itinerari separati, con due eccezioni: quando durante la Prima Guerra mondiale all'Asinara sono stati concentrati contemporaneamente profughi serbi e prigionieri austro-ungarici e poi quando fra il 1937 e il 1940 arrivarono soldati e capi tribù prigionieri della guerra coloniale d'Etiopia, fra i quali principi di sangue reale e pare anche una figlia del Negus Hailè Selassie. Ai profughi e ai prigionieri, falcidiati dalle epidemie, furono distribuiti per mesi prodotti dalle aziende agropastorali (pane, carne, latte, formaggi, ortaggi, legna) nelle quali lavoravano centinaia di detenuti della colonia penale.

Il colonnello Mauro Scorzato, negli anni in cui è stato direttore dell'archivio storico della Brigata Sassari dell'esercito italiano, ha rintracciato documenti e testimonianze, fra i quali i ricordi del figlio di un ufficiale medico che operò all'Asinara nei campi di profughi serbi e dei prigionieri austro-ungarici (ma erano stati internati anche russi e turchi):

è stata la prima operazione umanitaria su vasta scala: 25 mila persone salvate; l'esercito italiano affrontò problemi di trasporti e logistica che parevano insormontabili. E poi la sanità militare, pur con i limiti dell'emergenza e con la tragedia delle migliaia di morti per le epidemie, riuscì a predisporre buoni livelli di assistenza e ad effettuare persino uno screening su tutte le persone che sbarcavano. Un'operazione di quelle dimensioni oggi sarebbe irrealizzabile, se si considera - afferma Scorzato - che dovevano essere assicurati persino sorveglianza e ordine nei campi, per fronteggiare tentativi di evasione attestati da sentenze del tribunale di Sassari di condanne inflitte a prigionieri che avevano rubato a pescatori di Porto Torres barche da utilizzare in ripetuti tentativi, falliti, di fuga.

È sempre difficile valutare, con comparazioni, eventi accaduti cento anni fa e altri di stretta attualità. Ma per avere idea delle dimensioni e dell'impegno organizzativo dell'operazione di trasporto e logistica di trasferimento all'Asinara di prigionieri e profughi, in rapporto ai tempi e ai mezzi allora disponibili, può essere utile riferirsi alle operazioni di soccorso e assistenza con le quali si cerca di fronteggiare in questi anni il flusso migratorio dall'Africa mediterranea. Pur considerando gli scenari, la mobilitazione delle risorse e delle tecnologie impiegate e le diverse condizioni operative, rimangono le proporzioni e l'eccezionalità dell'evento: 25.000 persone concentrate in un'isola di 52 chilometri quadrati con una situazione sanitaria di massima emergenza.

I percorsi di memoria dell'Asinara, marcati da isolamento, traumi e tragedie, non hanno certamente favorito studi e ricerche scientifiche che, tuttavia, non si sono interrotte neanche nei periodi di maggiori difficoltà negli accessi sul campo. Già agli inizi dell'Ottocento erano disponibili informazioni sulla flora, approfondite un secolo dopo da elenchi di piante e formazioni vegetali. È singolare che proprio negli anni delle restrizioni agli accessi, per la presenza

del carcere di massima sicurezza, sia stato completato (1984-1985) il quadro floristico dell'isola: 42 escursioni esplorative, con permessi speciali del Ministero della Giustizia, hanno accertato la presenza di 616 entità spontanee e 45 introdotte. Significativi anche gli studi sugli aspetti peculiari della fauna, in particolare sugli uccelli marini e sulle mutazioni genetiche di altre specie autoctone o introdotte (cinghiali, mufioni, asini) determinate dagli spazi chiusi o angusti. Decisivo impulso alle ricerche è venuto dopo l'emanazione nel 1976 del decreto del Ministero dei Beni Culturali e Ambientali che ha sancito il vincolo paesaggistico e riconosciuto il grande valore del patrimonio ambientale esistente.

Ma, di tanto in tanto, si riaffaccia l'ipotesi di un ripristino delle strutture penitenziarie: l'ultima proposta dei Ministri Angelino Alfano e Roberto Maroni è del 2009, appena ammorbidita da un'ipotesi di convivenza con il Parco Nazionale, ma con una (problematica) suddivisione del territorio e il ritorno della massima sicurezza e dei boss di mafia e camorra in isolamento. Non manca chi ha azzardato addirittura la proposta di destinare l'isola (in via provvisoria, naturalmente) a stazione di accoglienza e smistamento di immigrati in attesa di asilo, prima di un'eventuale regolarizzazione o del trasferimento fuori dall'Italia, ripristinando, così, una sorta di confino.

Insomma, il passato dell'Asinara e di altre isole-carcere e i loro percorsi di memoria non sono stati ancora consegnati alla storia, né il futuro è stato definitivamente affidato alla destinazione di salvaguardia ambientale e turismo contingentato, controllato e sostenibile. In negativo o in positivo, lo Stato considera l'Asinara, comunque, una "riserva".

Appendice

VI Convegno

Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità

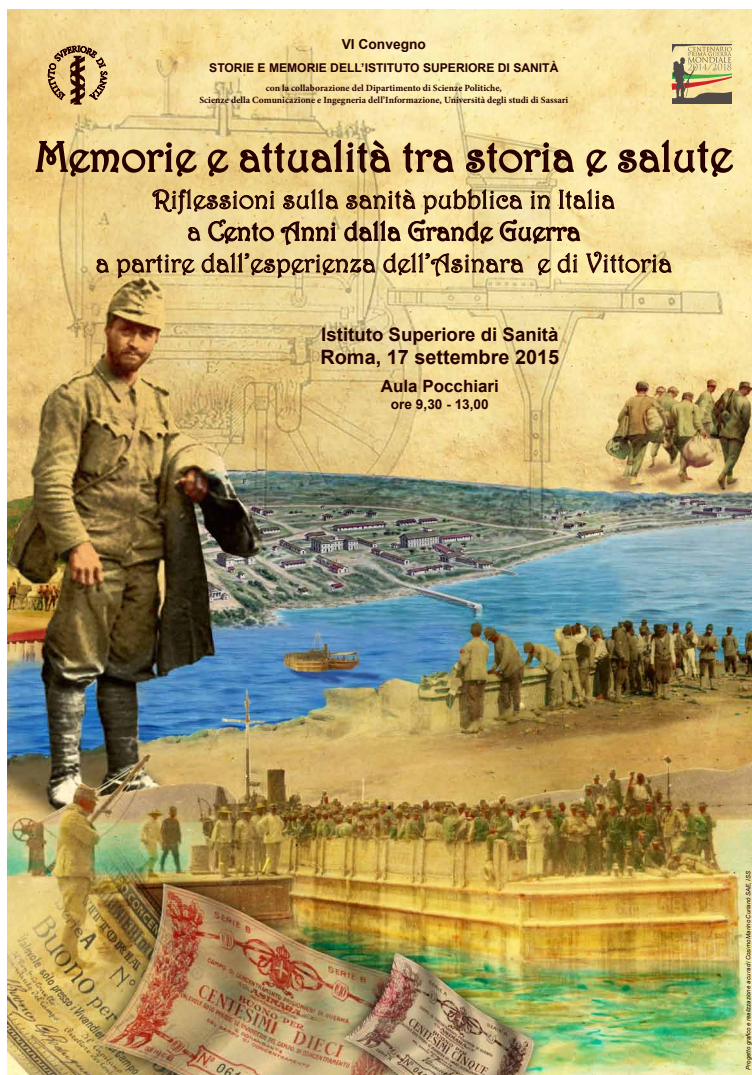
Memorie e attualità tra storia e salute.

Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni

dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza

dell'Asinara e di Vittoria

Istituto Superiore di Sanità. Roma, 17 settembre 2015



Poster del VI Convegno Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità

Questo volume viene presentato per la prima volta il 17 settembre 2015, in occasione del VI Convegno delle serie *Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità*, organizzato dal Settore Attività Editoriali dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Politiche, Scienze della Comunicazione e Ingegneria dell'Informazione dell'Università degli Studi di Sassari. Il Convegno *Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria* è stato inserito tra le iniziative di riconosciuto valore culturale e di stretta attinenza al tema delle commemorazioni della Prima Guerra mondiale, con la concessione del logo ufficiale del Centenario della Prima Guerra mondiale 2014-2018, rilasciato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il Convegno affronta molte delle tematiche trattate nel presente volume e offre spunti di riflessione su alcuni aspetti della sanità pubblica durante la Prima Guerra mondiale, in particolare sugli aspetti sanitari relativi ai prigionieri di guerra. Le vicende delle isole di confino italiane e delle stazioni sanitarie, dove i prigionieri dell'esercito italiano trascorsero gli anni 1915-1916, alimentano anche un dibattito su tematiche di grande attualità attraverso l'intreccio di competenze diverse.

Nell'ambito del Convegno è stato previsto l'allestimento di una mostra fotografica con esposizione di fotografie storiche, documenti originali del periodo considerato, immagini e poster che ricostruiscono alcuni momenti della relazione tra storia e salute a cento anni dalla Prima Guerra mondiale. Riportiamo di seguito i titoli dei poster realizzati per la mostra.

- *Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria*
- *Tra storia e salute. La sanità pubblica in Italia al tempo della Prima Guerra mondiale*
- *Il sistema medico sanitario al fronte*
- *Incremento edile della stazione sanitaria dell'isola dell'Asinara*
- *Il campo di concentramento di Vittoria (Ragusa)*
- *Parole per riflettere*

La mostra fotografica è a cura di Cosimo Marino Curianò, Paola De Castro, Daniela Marsili, Federica Napolitani, Silvia Negrola, Elisabetta Poltronieri.

L'accesso ai poster è possibile attraverso la sezione "I beni storico-scientifici" nel sito web dell'Istituto Superiore di Sanità, dove è disponibile scaricare anche il testo del presente volume all'indirizzo: www.iss.it/publ/index.php?lang=1&anno=2015&tipo=9

L'immagine del poster *Parole per riflettere* chiude il volume lasciando aperto l'invito alla riflessione.



Poster *Parole per riflettere* facente parte della Mostra organizzata nell'ambito del VI Convegno Storie e Memorie dell'Istituto Superiore di Sanità

Collana "I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità"

I Laboratori di Chimica Terapeutica. A cura di Giorgio Bignami e Amilcare Carpi De Resmini, 2005 (Quaderno 1).

Microanalisi elementare organica. Collezione di strumenti. A cura di Anna Farina e Cecilia Bedetti, 2007 (Quaderno 2).

Convegno. Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma, 4 febbraio 2008. Atti a cura di Cecilia Bedetti, Paola De Castro e Sara Modigliani, 2008 (Quaderno 3).

La microscopia elettronica all'Istituto Superiore di Sanità dal 1942 al 1992: dai Laboratori di Fisica al Laboratorio di Ultrastrutture. Gianfranco Donelli, 2008 (Quaderno 4).

Il Laboratorio di Malariologia. A cura di Giancarlo Majori e Federica Napolitani, 2010 (Quaderno 5).

Catalogo del Fondo Rari della Biblioteca. Vol. 1: edizioni dei secoli XVI-XVII. Gruppo di Lavoro per la Valorizzazione e la Conservazione del Fondo Rari della Biblioteca dell'Istituto Superiore di Sanità, 2010 (Quaderno 6).

Catalogo del Fondo Rari della Biblioteca. Vol. 2: edizioni dei secoli XVIII-XIX. Gruppo di Lavoro per la Valorizzazione e la Conservazione del Fondo Rari della Biblioteca dell'Istituto Superiore di Sanità, 2010 (Quaderno 7).

Storia e identità di un ente di ricerca. L'Istituto Superiore di Sanità attraverso racconti e testimonianze orali. A cura di Paola De Castro, Daniela Marsili e Sara Modigliani, 2011 (Quaderno 8).

Le problematiche scientifico-sanitarie correlate all'amianto: l'attività dell'Istituto Superiore di Sanità negli anni 1980-2012. Gianfranco Donelli, Daniela Marsili e Pietro Comba, 2012 (Quaderno 9).

Il curaro degli Indios dell'Amazzonia da veleno a farmaco. Il ruolo di G.B. Marini Bettolo e dell'Istituto Superiore di Sanità. A cura di Paola De Castro e Daniela Marsili, 2013 (Quaderno 10).

Memorie e attualità tra storia e salute. Riflessioni sulla sanità pubblica in Italia a cento anni dalla Grande Guerra a partire dall'esperienza dell'Asinara e di Vittoria. A cura di Paola De Castro, Daniela Marsili e Assunta Trova, 2015. (Quaderno 11).

I quaderni sono disponibili online sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità all'indirizzo www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2443&tipo=9

Finito di stampare nel mese di settembre 2015 da
De Vittoria srl
Via degli Aurunci, 19 - Roma

A cento anni di distanza dalla Prima Guerra mondiale, le esperienze della stazione sanitaria dell'Asinara e del campo di Vittoria offrono spunti di riflessione su alcuni aspetti della sanità pubblica dei primi decenni del secolo scorso. Il volume rappresenta il frutto di una collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università degli Studi di Sassari che, attraverso l'intreccio di competenze diverse, propongono un'analisi originale del rapporto tra scienza e società quale invito ad affrontare, con maggiore consapevolezza, i problemi socio-sanitari che richiedono oggi soluzioni urgenti e condivise.

La collana "I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità" riflette l'attività di recupero, salvaguardia e valorizzazione del patrimonio di interesse scientifico, storico e culturale dell'Ente offrendo spunti di riflessione che alimentano il dibattito tra scienza e società. Le singole monografie di cui si compone la collana hanno l'obiettivo di documentare la storia dell'Istituto Superiore di Sanità e, più in generale, della sanità pubblica italiana attraverso testimonianze materiali (strumenti scientifici, documenti, fotografie) e immateriali (interviste a ricercatori e tecnici, racconti orali).

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

www.iss.it