

Problemi storici e interpretativi in fatto di malaria

A) Malgrado la relazione abbia un ampio titolo, i contenuti ne saranno molto ristretti, alle sole zone paludose e all'epoca giolittiana. Evidentemente la malaria non si presenta diversa nelle paludi e nelle risaie, ma nelle due fattispecie pone problemi senz'altro diversi in tema di una storia della sanità, e cioè l'aspetto su cui intendiamo qui riferire. Quanto all'epoca, « periodo giolittiano » sta per quanto meglio varrebbe definire periodo « plasmodico ». Pur avendo ricevuto ambedue i relatori una educazione sperimentale, non vorrebbero spingerne le conseguenze fino a disquisire sul naso di Cleopatra che, più lungo o più corto, avrebbe potuto cambiare i destini del mondo, e neppure dividere il regno di Luigi XIV in « *avant l'abcés* » ed « *après l'abcés* », anche se un accesso — come nel caso perianale — non deve sottovalutarsi quale proprio « occasione storica ». Nel caso della malaria tuttavia, una netta distinzione fra i due tempi, in cui se ne ignorava e se ne conobbe l'eziopotagenesi, è, ad avviso dei relatori, non solo utile, ma indispensabile. Solo la scoperta del plasmodio e del suo ciclo consentono infatti d'impostare la lotta contro la malattia un modo razionale. Norme di legge e proposte politiche necessariamente vi si adeguano. Ne i problemi storiografici relativi possono studiarsi fuori di questa premessa, che vorrei ci si consentisse qui di riproporre, e addirittura nella debita ampiezza, in quanto, ripetiamo, un qualsiasi discorso di ordine storico (e non solo di storia della sanità) è diversamente improponibile.

B) Il meccanismo di infezione della malaria venne intuito dal Lancisi nel 1717 e ipotettato, successivamente, dal Rasori agli inizi del XIX secolo. Nel 1880 poi, il Laveran individua nei parassiti gli agenti dell'infezione. Quattro anni dopo (1884-1886), Marchiafava,

Celli e Golgi studiano e scoprono il ciclo evolutivo del plasmodio nell'uomo; mentre quello nella zanzara fu evidenziato da Ross (1897) e meglio chiarito dallo stesso Marchiafava, Bignami e Bastianelli nel 1898.

Definite pertanto le modalità di trasmissione del plasmodio, veniva così messo in luce il valore terapeutico del chinino.

Di agenti della malaria ne esistono un centinaio di specie. Il ciclo del plasmodio si compie in due fasi o, meglio, è costituito da due generazioni, l'una asessuata (schizogonia o monogonia) e l'altra sessuata (sporogonia o anfigonia): la prima nel sangue dell'uomo, la seconda nella zanzara anofeles, femmina, appartenente ad alcune specie che risultano buone trasmettitrici del plasmodio, rispetto ad altre cattive o nulle.

Gli agenti della malaria in Italia sono: il *plasmodium vivax*, responsabile della terzana benigna; il *plasmodium malariae*, della quartana e il *plasmodium falciparum*, della terzana maligna o estivo autunnale. Le infezioni dei vari ceppi di plasmodio rispondono diversamente alla terapia e comportano diversa risposta immunitaria nell'uomo. Rara e confinata in Africa è la terzana ovale, il cui agente è il *plasmodium ovale*.

La malaria è malattia anche di numerose specie animali, pur non essendo ammesse (o non abituali) infezioni umane causate da zanzare che in precedenza hanno punto animali (salvo forse per talune specie di scimmie). La ragione dell'impossibilità di un meccanismo crociato di infezione sta nella diversità di plasmodi per l'uomo e l'animale.

Il primo ciclo del plasmodio si svolge quindi nella zanzara. Il secondo ha per ospite l'uomo (1). La malattia peraltro non compare

(1) La zanzara, pungendo, immette gli sporozoit, prodotto ultimo del ciclo evolutivo compiutosi nell'insetto. Questi attraversano (pl. *vivax* e pl. *malariae*) un primo stadio di sviluppo esocitocitario (E) nel fegato e un secondo stadio eritrocitario nel sangue; ambedue caratterizzati da riproduzione per schizogonia e cioè per successiva divisione del nucleo. Nel primo ciclo, gli sporozoit si trasformano in trofozoit, che si sviluppano raggiungendo notevoli dimensioni, mentre il nucleo si pluridivide, originando gli schizont, gremiti di minuti nuclei, da ciascuno dei quali origina un merozoita, che va ad immettersi nel circolo, dopo rottura della cellula ospite. Invasione pertanto del circolo e inizio del secondo stadio, in cui la riproduzione è ancora asessuata (trofozoite, schizonte, rottura cellulare), con l'immissione in circolo di merozoit. Di questi, una parte invade nuovi globuli rossi, un'altra si differenzia in elementi sessuali o gameti (maschi e femmine), che la zanzara pungendo succhia e nel corpo della quale compiono il ciclo sessuato fino allo stadio di sporozoit. La periodicità degli accessi, tipica della malaria, coincide con la messa

ad altezze oltre 1800-2000 metri ed è attenuata nelle zone ad ampie escursioni termiche. Le anofeles hanno infatti bisogno per riprodursi di particolari condizioni ambientali quali raccolte di acque naturali (paludi, fossati, stagni, residui da piene in letti torrentizi), o artificiali (perfino barili e cisterne), per deporre uova e procedere allo sviluppo larvale. Bensì anche le acque salmastre con vegetazioni (predilette da vettori italiani) possono fornire alla zanzara ambiente idoneo per la riproduzione. Meno favorevoli invece sono le ampie superfici liquide, mosse da vento o piogge torrenziali, dove le uova deposte vengono spazzate via e le larve uccise. Ci sono comunque vettori che prediligono acque correnti (2). In Italia un ambiente favorevole allo sviluppo delle anofeles (la c.d. gamogonia), si determina specie nel periodo da giugno a ottobre, considerato anche che lo svolgimento del ciclo sessuale del plasmodio è tanto più rapido quanto più alta è la temperatura.

A ogni stagione quindi, le zanzare si reinfezano da sangue di malarici, che hanno sofferto di recidive in inverno o primavera.

Perché tuttavia l'infezione si realizzi sono necessarie alcune condizioni, che: le anofeles succhino il sangue contenente gametociti dei due sessi e in numero sufficiente da favorire l'accoppiamento (i gameti, in genere, sono più numerosi nei bambini di uno-quattro anni, risultando spesso il loro numero inversamente proporzionale all'aumento dell'età, e in corso di recidiva); i gameti siano sessualmente maturi, cioè né troppo giovani né troppo vecchi (esistendo densità

in circolo dei merozoiti. Le forme E secondarie sono causa della persistenza, spesso prolungata, dell'infezione malarica e delle recidive nell'uomo. Il plasmodium falciparum non ha lo stadio E, purtuttavia lascia, se non ben curato, forme eritrocitarie nel sangue a provocare, giorni o settimane successive, « recrudescenze » della malattia.

(2) I parassiti non si sviluppano sotto i 17° (malariae e vivax) o 20° (falciparum), essendo la temperatura ottimale fra i 18° e i 30°. Una temperatura sopra i 35° arresta e sopra i 37° uccide il pl. vivax. Se la temperatura scende sugli 8°, lo sviluppo del parassita si arresta, sotto questo limite muore. Le fasce di temperatura sono comunque diverse secondo il tipo del parassita. Richiesto per lo sviluppo ottimale della zanzara è anche un certo grado di umidità (sotto il 50-60%, le anofeles si allontanano o si riducono di numero). Il periodo di incubazione va dagli otto ai quaranti giorni, ma a volte in profilassati e non, si protrae per settimane, mesi, un anno e più (salvo, piuttosto, nei profilassati non vi sia stato un primo attacco leggero, magari inavvertito, per cui i successivi sono in effetti recidive). Le anofeles sono quattrocento specie, di cui una cinquantina vettrici. Le specie vettrici in Europa sono sette, tutte fuorché una, presenti in Italia e pungono sia l'uomo che l'animale.

minime di malarici, oltre le quali è impossibile che le anofeles si infettino); la densità della specie vettrice sia sufficientemente alta durante la stazione idonea allo sviluppo del parassita (la densità è in rapporto diretto con l'estensione delle raccolte idriche adatte allo sviluppo larvale della specie, oltre un certo valore soglia di densità, la trasmissione risultando improbabile — le specie che, ad esempio, si nutrono solo di sangue umano presentano un punto di densità critica più basso di altre che pungono indifferentemente uomo o animale, potendo in tal modo trasmettere la malattia anche se presenti in minor numero); le anofeles vivano abbastanza a lungo affinché il ciclo parassitario si compia nelle condizioni ottimali di temperatura e umidità: circa 12 gg. per il pl. vivax e malariae, 20 gg. per il falciparum.

Nelle zone ad assente o bassa endemia, se esistono le condizioni adatte allo sviluppo delle anofeles, si realizzano con facilità epidemie di malaria; più rare invece dove l'endemia risulta elevata, per la presenza nella popolazione di uno stato immunitario (3), tale da proteggerla dall'infezione. Le anofeles pertanto non sono in grado di trasmettere la malattia da un anno epidemico all'altro.

L'immunità al plasmodio viene acquisita dalle popolazioni esposte all'infezione, cioè che vivono in zone malariche. Lo stato immunitario cresce con il passare degli anni e si mantiene alle ripetute infezioni: specifico nei confronti della specie del parassita che l'ha indotta, e, in parte specifico anche verso lo stipte (pur esistendo ceppi immunologicamente affini). Una manifestazione immunitaria è il cosiddetto « parassitismo senza febbre », frequente soprattutto nei bambini, che riescono a tollerare gradi anche elevati di parassitemia, con nessuno o lieve rialzo febbrile. Una simile tolleranza contribuisce al mantenimento di un'altra trasmissibilità (infettandosi facilmente le anofeles), ma consolidano contemporaneamente lo stato immunitario tramite le continue infezioni.

(3) Dopo l'attacco primario, si determina una resistenza verso le nuove infezioni causate dallo stesso stipte (e affini), con la possibilità di brevi e fugaci fenomeni morbosi, non di rado evolvanti a guarigione spontanea (almeno in apparenza). Periodicamente, quando cioè si verificano recidive, l'immunità viene meno; pur tuttavia quest'ultime, al pari delle reinfezioni, consolidano a termine l'immunità, la presenza dei parassiti nel sangue valendo per taluni studiosi a mantenerla, pur mostrandosi casi in cui l'immunità persiste a lungo dopo ottenuta la guarigione (almeno apparente) a sangue indenne. L'immunità conseguente a infezione da falciparum è più labile, ma pur sempre protettiva ed è raro che una seconda infezione (o recidiva) evolva, se dopo quel poco tempo dall'infezione primaria, verso la perniciosità.

Spesso gli stati di cronicizzazione della malaria, non sono altro che reinfezioni. Dato l'andamento stagionale, i pazienti hanno la possibilità di recuperare negli intervalli, ma nel caso si reinfettino annualmente, l'evoluzione è più facile verso la cachessia. I soggetti malnutriti, diabetici, alcoolisti presentano una minor resistenza e vanno incontro a recidive in condizioni di particolare stress (4).

Le crisi epidemiche si realizzano quando si attuano particolari condizioni, quali: l'aumento della densità dei vettori, l'aumento dell'umidità relativa, la scomparsa o diminuzione del bestiame in una data zona tale da costringere la zanzara abitualmente zoofila a pungere l'uomo, l'arrivo di malarici in zone fino al momento salubri, l'immigrazione massiccia di soggetti non immuni in zone malariche (vedi le grandi epidemie della campagna romana, per i contadini che stagionalmente vi giungevano dalle Marche ed Umbria).

Nei secoli ed entro il secolo, la malattia è caratterizzata da oscillazioni di intensità: andamento ciclico che non è solo dell'economia precapitalistica, ma anche di quella capitalistica, spiegabile con una tautologia e cioè riferendola a fattori climatici, ambientali e alle stesse proprietà biologiche del parassita (5).

Mentre nel sud Italia, specie nel Lazio, predominano i parassiti della malaria grave, nel nord e centro Italia, in cui la malaria dai primi del secolo presenta remissioni spontanee, predominano i parassiti della malaria lieve, più ostinati nel recidivare. Comunque sia, dal 1887 si registra una riduzione spontanea della mortalità, non certo attribuibile alle trasformazioni agricole; e inoltre, le oscillazioni pluriennali tendono a livellarsi su valori più bassi di mortalità. Nei primi decenni del Novecento, anche il ciclo epidemico annuale si at-

(4) Per il decorso della malattia, la *terzana benigna* presenta in genere un attacco primario che può durare a lungo, fino a 60 gg., frequenti le recidive, anche in soggetti curati (50-60%), dopo 1, 2 o 3 anni guarigione anche spontanea. La *quartana dura* molti mesi, frequenti e ostinate le recidive i cui intervalli possono essere di anni (fino a 30 aa.), si risolve infine con terapia specifica; La *terzana maligna* o estivo-autunnale dura da un mese a un anno, frequenti le recidive, sempre più distanziate e meno intense; dopo la cura, la guarigione; prerogativa dell'attacco primario è l'evoluzione verso la *perniciosità*.

(5) Gli studiosi a cavallo del secolo sostenevano una periodicità intrinseca alla storia naturale della malattia, distinguendo un ciclo febbrile (accessi e recidive), uno epidemico annuo (recrudescenze epidemiche annuali), e uno epidemico periodico (ritmo pluriennale): secondo Celli « oscillazioni periodiche del genio epidemico non accidentali, ma regolate da una sorta di legge del ritmo, per cui le recrudescenze accadono ogni cinque anni circa ».

tenua, salvo che in certe zone (fra cui il Basso Veneto, il Crotonese e il Grossetano). La c.d. « malarie mite » del nord si diffonde sempre più al sud.

Il chinino, farmaco di scelta per la malaria (6), ha un'azione pronta ed elettiva sui trofozoiti, minore sugli schizonti nel sangue e, solo eccezionalmente, gametocida (più per il pl. vivax, meno per il malariae e meno ancora per il falciparum, mentre quasi nulla nelle forme tessutali primarie e sporogoniche). Quindi la terapia chininica nella terzana maligna può condurre a guarigione completa; molto difficile in caso di terzana benigna, e ancor più nella quartana (in cui le forme tessutali secondarie provocano persistenza dell'infezione).

Nonostante il paziente sia in terapia chinica, la recidiva, cioè la trasformazione spontanea dei gameti in schizonti, può ugualmente verificarsi, da cui la necessità di rimedi efficaci in tali eventualità. Ma, al tempo storico, l'azione elettiva del chinino contro i plasmodi poteva considerarsi una delle più consistenti acquisizioni della cultura scientifico-medica, paragonabile a quella del mercurio sulla sifilide: ed è una situazione psicologica da tenere sempre presente nel dibattito in merito alle forme di lotta impiegate nel periodo contro la malattia, e che — in tesi almeno — prendeva in considerazione non la sola profilassi chininica (7).

C) Gli interventi fondamentali di legge riguardanti la malaria,

(6) Le indicazioni terapeutiche erano di introdurre nel sangue quantità sufficienti di chinino poche ore prima l'attacco, quando inizia cioè la divisione dei parassiti e i gameti non si sono ancora formati (si riteneva che il chinino agisse sugli schizonti). Baccelli suggeriva come ottimale la via parenterale, altri l'intramuscolo solo quando vi era intolleranza gastrica. Il danno del chinino era sostenuto da alcuni AA nell'uso prolungato, altri lo negavano se assunto a dosi moderate. Nel tempo, comunque comparivano vertigini, lievi tremori, ronzii auricolari, nausea, ipoacusia, tutti disturbi che poi comporteranno le controindicazioni all'uso del farmaco per cardiopatici, epato e renocompromessi, soggetti affetti da malattie dell'orecchio medio e interno, dello stomaco, epilettici. Una chinino-resistenza indotta è negata (più tardi magari accertando varietà di resistenza nei ceppi: 1932, ceppi della campagna romana richiedevano dosi chinino 8 volte maggiore che ceppi indiani).

(7) Già lo stesso Celli nel 1902 aveva annotato: « Per me è indispensabile perfezionare la legge sulle risaie, come è indispensabile assicurare in tutte le campagne malariche l'abitazione salubre, difesa cioè dalla malaria, ciò ch'è non soltanto una tutela igienica, ma eziandì un interesse economico, perché il giorno in cui ci saranno abitazioni nelle campagne malariche ci avvieremo a gonfie vele verso quella colonizzazione interna che è uno dei bisogni più urgenti e più sentiti nella parte più infelice del paese ».

sono in gran parte riferibili al primo decennio del '900. Essi, sinteticamente, si basavano sui seguenti punti:

- monopolio del chinino e sua vendita tramite le farmacie o, in loro mancanza, le rivendite delle private, a prezzo mite;
- terapia gratuita agli operai dell'agricoltura e industria delle zone malariche, il Comune anticipando la spesa, poi richiesta ai proprietari;
- diritto dell'operaio al chinino gratuito, anche se non iscritto negli elenchi dei poveri; somministrazione obbligatoria di chinino a tutti i familiari che, in modo diretto o indiretto, partecipano al lavoro (trattamento preventivo e curativo);
- obbligo di fornire gratuitamente chinino, per il tempo del viaggio e i primi giorni di permanenza a qualunque operaio o contadino che, dopo contratto la malaria, torni al paese;
- obbligo per i proprietari di tenere scorte di chinino, per almeno tre gg., nei luoghi malarici lontani dai centri di vendita;
- compito per gli ufficiali sanitari e medici di identificare tutti gli affetti da infezione malarica che abitano o lavorano in zone malariche, per poi sottoporli a trattamento; che deve essere iniziato per tempo ed eseguito anche per i sani come prevenzione (somministrando chinino sia presso la loro abitazione sia in altra località ad ore stabilite);
- dovere per gli appaltatori di lavori pubblici di garantire l'assistenza sanitaria gratuita a tutti gli operai impiegati e la profilassi meccanica dei locali di ricovero;
- obbligo per il medico di denunciare l'inadempiente alle leggi sull'assistenza gratuita, nonché i morti da malaria perniciosa.

Le norme sul lavoro nelle risaie qui non interessano. Né v'è dubbio si tratti di interventi (8) soprattutto in campo sanitario (bonifica umana), pur le autorità non tralascino di sostenere la necessità di altri mezzi di lotta (9). Con risultati peraltro non trascurabili giudicando

(8) Lustig, fautore della campagna antimalarica in Sardegna del 1911, espone, dopo averla realizzata, i criteri guida che l'hanno caratterizzata: chinizzazione ai malarici cronici anche se lievi, miglioramento delle condizioni di vita, curando anche le malattie della popolazione oltre la malaria, educazione igienica (scuole rurali, biblioteche popolari, propaganda sociale), organizzazione sanitaria (ambulatori antimalarici e stazioni sanitarie in tutti i comuni senza medico condotto), bonifica delle abitazioni e suolo, disponibilità di acqua potabile.

(9) Testimoni, fra l'altro, le numerose circolari ministeriali dell'epoca, ad esempio quella emanata il 30, VII, 1907 dalla Dir. Gen. San. Pubb. « Se l'assistenza

dalla riduzione della mortalità per febbre da malaria e cachessia che espone le seguenti cifre:

1887-9	59,5	su	100.000 ab.
1900-2	40,3		
1912-14	7,4		

per risalire poi a 11 nel 1921-23

In Italia meridionale la riduzione è minore, ma del pari evidente (per le epoche dette)

Abruzzi	100,8	41,5	4,5	7,5
Basilicata	185,9	183,7	25,6	43,0
Calabria	157,2	104,7	19,8	30,4
Sicilia	142,9	97,7	19,4	26,4
Sardegna	298,2	211,3	76,9	97,5

Fra gli storici della sanità ricorre comunque sempre più evidente il proposito di evidenziare l'arco limitato della lotta contro la malaria, che i governi del periodo impostano in prevalenza (eccessiva) sulla chinizzazione. La mortalità, nei primi anni del secolo — essi spiegano — continua a essere alta. Il chinino non riesce a impedire le recidive e, la pur notevole quantità venduta non si riflette parimenti sulla riduzione della mortalità; soprattutto nel sud Italia, i risultati sono scarsi e la diminuzione della mortalità non significa d'altronde riduzione della morbilità, ma solo che vennero recuperati i casi più gravi, l'azione del farmaco sulla morbilità risultando assai più contenuta di quanto non risulti dalle curve discendenti di mortalità. Errore quello di affidarsi alle quantità di chinino gratuito progressivamente distribuite, senza considerare l'effettiva assunzione del farmaco, soddisfacente solo nelle caserme, tra i dipendenti delle ferrovie e di altri corpi dello stato, e in taluni comuni del nord, mentre nel sud la cam-

sanitaria e l'uso razionale del chinino sono da annoverarsi tra i principali fattori della graduale diminuzione della infezione palustre non si vogliono però trascurare dalle pubbliche amministrazioni, e dai privati, quegli altri elementi che possono contribuire al raggiungimento dell'alto scopo della legge voluto, quali i lavori di bonifica idraulica e agraria». Ciò posto la circolare richiama l'attenzione della Prefettura sui lavori di piccola bonifica «che in non poche località sarebbero sufficienti ad eliminare una delle cause principali che vi mantengono, o vi aggravano, l'annuale epidemia malarica». Si fa cioè riferimento alle acque stagnanti creatisi in depressioni naturali del suolo e artificialmente a scopo industriale o per la coltivazione.

pagna antimalarica trova grandi difficoltà di realizzazione (servizio medico mal organizzato, più difficile impianto di sezioni locali antimalariche, resistenza della popolazione a ogni novità, etc.) (10).

Secondo la nostra opinione, i fattori probabili che determinarono l'esaurirsi della malattia furono: l'azione del chinino di Stato, l'attenuazione del genio epidemico, il maggior riscontro di anofelismo senza malaria (predominanza di anofeles più resistenti o refrattarie all'infezione). Fattori intesificanti, il fenomeno degli spostamenti di grandi masse di lavoratori (mietitori, spigatori), serbatoi di infezione. Certo è che minima vi partecipò l'agricoltura intensiva in sé (per cui lo stesso Celli giustamente argomentava addirittura di una sua azione indiretta incentivante, ove sprovvista o difettosa di adeguate opere di canalizzazione). Né sembra vi abbia (sostanzialmente, almeno) influito il miglioramento (relativo) di talune condizioni di vita (e, assai meno, di lavoro) della popolazione a rischio.

D) La legislazione antimalarica sancisce allora la incapacità dei governi liberali, secondo un giudizio che oggi va per la maggiore nei lavori in merito? La politica di intervento dello Stato avrebbe dovuto più e meglio promuovere la bonifica idraulica e agraria, che attraverso la formazione della coltura e la colonizzazione interna, avrebbero tuttavia posto in crisi l'equilibrio socio-politico su cui si basava l'economia giolittiana? L'intervento pubblico più al nord che al sud, mira alle grandi bonifiche, mentre le piccole sono lasciate ai proprietari? Ed è giusto attribuire la prevalenza critica a quegli storici partecipi di una ideologia che vorrebbe lo Stato (almeno del tempo) più impegnato in via diretta nella questione sociale sul piano legislativo e operativo, quando, di fatto, una critica del genere era formulata già dal tempo, non solo in chiave socialista, ma anche liberale (specie ovviamente di opposizione)? E si tratta di errori tanto più

(10) I medici stessi non sempre collaborano, dovendo prestare l'opera in modo gratuito, salvo occasionali premi: così non sempre per inerzia o ignoranza denunciano i casi di malattia, inadempimento alla legge che prevede assistenza e chinino gratuito. Né sempre i malati ricorrono al medico, che pertanto non ha sotto il suo controllo la realtà della malattia. La guerra poi interrompe ogni programma. Molti malarici in atto tornano a casa e con la continua presenza delle anofeles e delle acque stagnanti, il ciclo riprende, a conferma dell'errore — la critica prosegue — di aver troppo privilegiato il chinino quale rimedio unico miracolistico. La malattia d'altrone era in un periodo di remissione (ciclica) spontanea, come argomentavano gli stessi sostenitori del chinino.

colpevoli, già l'analisi positivista (storici, medici e altri, meridionalisti e non) indicando nettamente le implicazioni socio-economiche del fenomeno patologico? (11).

In sintesi, l'estrema fiducia accordata alla chinizzazione non esprime una comoda evasione dai problemi reali e il confronto con quanto realizzato all'estero non convince ancor più questa colpevolezza?

Al converso è indubbia la situazione di un paese che, nell'arco di dieci anni, vede la mortalità per malaria ridursi da 60 su 100.000 abitanti a 7,5. A ciò si aggiunga che, secondo i commenti dell'epoca, la vigente legislazione era presa ad esempio e seguita dagli altri paesi europei come d'avanguardia.

In effetti ricerche contemporanee al riguardo mancano. Da cui emerge una nutrita serie di problemi storiografici che possiamo solo elencare, iniziando da quelli inscrivibili nel titolo « chinino ». L'importanza del farmaco risulta evidente dopo la conoscenza della storia naturale della malattia, quale rimedio terapeutico e ben presto al pari, come efficace misura di profilassi per impedire la condizione di « individuo malarico », centrale alla diffusione della malattia (12). Da cui la necessità di una somministrazione continua e prolungata a tutti i malati e, in prossimità della stagione malarica, preventivamente anche ai sani, per distruggere gli eventuali parassiti penetrati nell'organismo prima che diventassero numerosi da provocare l'attacco malarico.

Le difficoltà di procurarsi chinino in zone prive di farmacie, o di trovarlo sicuramente puro, e di sobbarcarsene il rilevante prezzo, portarono all'esigenza di una legislazione in materia. E siccome il chinino, a dosi alte, non riusciva a estirpare certe recidive e un medicamento alternativo mancava, unico mezzo di lotta si riteneva combattere le

(11) « La base dei fatti più importanti d'ordine demografico ed economico è la malaria: la distribuzione della proprietà, la distribuzione delle culture, la distribuzione della popolazione, tutto è sotto la pressione di questa causa unica e potente. La malaria è la base di tutta la vita sociale, delimita i rapporti di produzione e la distribuzione della ricchezza più che qualsiasi altra causa. La malaria impedisce il diffondersi della colonizzazione agricola ed origina la formazione del latifondo », si esprime la relazione sull'inchiesta parlamentare su Basilicata e Calabria (1908). E Giustino Fortunato nella « La Badia di Monticchio » del 1908, sostiene: « non intende nulla della storia e dei problemi del mezzogiorno che prescinde solo in parte da quella vera maledizione che è per l'Italia meridionale, la malaria ».

(12) Varie le modalità di prescrizione: 0,5-1 gr. ogni 4 gg.; 1 gr. per 2 gg. ogni 10 gg., etc. in Italia, gli 0,2-0,6 gr. quotidiani si ritenevano sufficienti sia ad uccidere che arrestare lo sviluppo degli schizonti.

recidive prevenendo le infezioni primarie, o riducendole al minimo con una terapia specifica prolungata oltre il periodo epidemico (a parte i rimedi generali, come l'alimentazione). Con la terapia adeguata, le recidive venivano spesso infatti comunque ridotte a febbri miti, più facili da controllare aumentando magari le dosi del farmaco.

Non bisogna tuttavia dimenticare che siamo già nell'epoca batteriologica, dove certi rapporti si leggono al microscopio. I limiti dell'azione chininica divengono perciò « visibili » (13). La predilezione mostrata dalla scuola e dai governi dell'epoca per il chinino deve perciò vedersi anche nella ricerca di una immediatezza e specificità di azione, e cioè quello che da allora ha sempre caratterizzato la lotta contro ogni malattia infettiva (e certo con ottimi risultati!). Da cui il proposito di rendere il farmaco accessibile a tutti, specie i poveri e gli operai. E siccome non risulterebbe gran che diminuito il suo quantitativo privatamente venduto nelle farmacie, deve dedursene che le prescrizioni raggiungevano gli strati voluti della popolazione. Seguendone una assunzione regolare e continuata? Risultandone scarsamente proporzionale il calo della morbilità? (14). Si tratta di argomenti che hanno tutti bisogno di ricerche.

Le robuste dosi di chinino indicate dagli italiani e la profilassi quotidiana erano ormai le più seguite ovunque negli anni venti, e indubbi anche certi risultati in fatto di mortalità, bensì parimenti indubbia certa delusione sulle aspettative concesse dal chinino venduto. Quanto in merito hanno influito — limiti dell'azione farmacologica a parte — errori e difetti negli adempimenti tecnico-amministrativi? (15) E davvero valse il proposito di questa « sterilisatio » a di-

(13) Al contempo si evidenzia il problema della resistenza alla terapia in soggetti che pur restano serbatoi di infezione, si verifica la presenza dei portatori occulti, indenni all'apparenza clinica, ma in realtà ospiti di parassiti (paragonabili a saprofiti, meno aggredibili da rimedi specifici), riscontrabili solo in certo numero nel sangue periferico, con il ridestarsi improvviso dell'infezione.

(14) La relazione al Consiglio superiore di sanità sulla campagna di chinizzazione nel 1909 reca: « e non abbiamo veduto per tre anni 1903-4-5 rimanere pressoché stazionaria la mortalità mentre il consumo di chinino saliva da 4.000 a 16.000 Kgr. l'anno »? Nel primo impegno del medico, ma soprattutto nelle prime risposte dell'infermo, difficile pensare d'altronde a un'assunzione continua o anche solo regolare. Il chinino viene all'inizio dato solo durante gli accessi febbrili, o tutt'al più, nella stagione malarica stretta, agli ex-malarici, sia pure in difetto di recidive; ma durante l'inverno, i primi anni in specie, quasi del tutto cessano gli acquisti di chinino a prezzo ridotto (cioè non si tiene conto delle possibile recidive invernali).

(15) Né a caso Giustino Fortunato, presidente della Società per gli studi sulla malaria, scrive nel 1904: « Quanto al chinino gratuito per la profilassi degli stessi

rottare — bonifiche minori, a parte — da altri interventi, fra cui la distruzione delle zanzare? Ed era questa comunque effettuabile o invece pressoché impossibile da eseguire con l'ampiezza dovuta?

Alla luce di tutto quanto considerato, appare quanto mai difficile da giudicare il reale impatto della terapia e profilassi chininica, specie per l'eventuale riduzione della morbilità (oltreché della mortalità), su cui finora non esistono — ripetiamo — bastevoli studi. Il chinino all'inizio era forse distribuito, ma non assunto? era usato nelle forme leggere con difettosa continuità? e quali le motivazioni di un eventuale rifiuto: i disturbi secondari, la sfiducia delle popolazioni alla novità terapeutica, la credenza che fosse un mezzo abortivo?

La resistenza contadina al « nuovo » viene in pochi anni superata nelle zone agricole più emancipate, meno in altre. Le leggi poi, imponevano adempimenti ai Comuni, che non sempre però rispondevano in modo adeguato. Veniva effettivamente la spesa ripetuta ai proprietari? Era prevista in bilancio a sé stante o nella voce « medicine ai poveri »? I Comuni, pur riscuotendo da industriali e da altri esercenti in zone malariche perché i loro dipendenti ricevessero chinino gratuito, volgevano i fondi riscossi ad altra destinazione? Quali le difficoltà oggettive (catasto non ben aggiornato) e la sudditanza politica (ai proprietari)?

Gli ostacoli nei primi tempi sono posti anche da farmacisti e medici; i primi perché temono ridotto il loro possibile guadagno, i secondi anche per esprimere solidarietà e per timore di ulteriori incombenze non retribuite. Ma ignoti i reali termini del dissenso e la sua durata. Mentre, in un concreto dibattito sulla reale efficacia « storica » della chinizzazione, non si può prescindere, specie ragionando che proprio la malaria più grave e cioè da *pl. falciparum*, dominante nel sud, era la meglio aggregabile. L'incompletezza dei risultati non può d'altra parte significare errore di scelta del metodo, ma solo limite del farmaco (del resto ancor oggi è seguita la stessa profilassi con farmaci sintetici a più ampia copertura).

Anche perché, in mancanza di prove su « decisive » variazioni del genio epidemico, e poste l'inefficacia della profilassi chininica, lo

lavoratori, sta di fatto che la relativa legge avrebbe legalmente dovuto entrare in vigore con il 1° giugno, ma realmente nessun comune (tranne Roma e 2-3 altri) era ed è pronto a seguirla, sia per difetto di chinino e di assistenza medica, sia perché mancano tuttora il regolamento e le istruzioni per eseguire detta profilassi ».

scarso rilievo nel « tempo breve » del cambiamento di abitudine, l'assenza o l'inadeguatezza delle trasformazioni fondiari, etc., si rischia di attribuire il calo della malaria, nell'età giolittiana, allo spirito santo.

Una risposta potremmo darla se accantoniamo, nelle nostre ricerche, il già noto (e cui non potremmo altro che portare nuove conferme, sempre utili certo sul piano di una storia locale, però assai meno sul piano di quella generale) per concentrarsi nei settori fino ad oggi di fatto inesplorati e che, per quanto riguarda le implicazioni socio-sanitarie (per usare un termine corrente) della malaria, di gran lunga sovrastano la scena (16).

Conosciuta è la mappa della mortalità generale, almeno a partire dal 1887 (15.000 decessi l'anno di media per il 1887-1900) e la distribuzione geografica della malaria secondo le varie carte compilate dal Bertani (1885), dal Raseri (1896), etc. I dati in proposito non sono forse compiutamente attendibili, ma sempre sufficientemente indicativi. Per quanto riguarda la mortalità, è possibile non vi siano inclusi certi decessi attribuiti ad altre malattie terminali (polmoniti, cachessia epatica, etc.), e ricerche al riguardo (dove eseguibili, evidentemente sui registri d'autopsia) sarebbero benvenute, ma non crediamo varrebbero a spostare di molto le cifre, e anche un eventuale spostamento avrebbe scarso valore storico. Conosciute sono ormai le condizioni delle popolazioni malariche, in ogni loro momento: abitazione, alimentazione, vestiario. Può convenire ripeterle sul piano descrittivo, ma ininfluente alla ricerca (17). Del pari noto il rapporto fra coltivazione e malaria (latifondo nelle zone più malariche etc.).

(16) Nell'affrontare i problemi storiografici posti da una malattia, ci si consenta altresì ricordare la necessità di talune cautele che potrebbero sembrare (e sono) ovvie, ma non sempre vengono rispettate. Vanno prese col beneficio di inventario le lodi bensì anche il biasimo, espressi dall'epoca — le inchieste passate hanno la validità e il limite che attribuiamo alle attuali, in ambedue il giudizio essendo riferito, al desiderabile più che al possibile (per parafrasare da Manzoni) — Lo stesso vale per cultura dell'epoca, distinguendo fin dove possibile fra espressione tecnica ed esigenza politica, ed evitando l'episodico quanto più lusinghevole. Particolari cautele, quando si prendono in esame pagine dei medici del lavoro (tutti o quasi ampiamente politicizzati) a cavallo del Novecento. Solita cautela sul significato delle statistiche, man mano che si va indietro nel tempo (con l'avvertenza però insieme di non assumerle solo quando tornano comode alle tesi).

(17) Altrettanto conosciuta la patologia delle zone palustri (e così delle risaie). Possibile, anzi probabile, che i bacilli possano mutare nel tempo (come annuncia Braudel), specie considerando che, per la loro vita, cento anni sono come cento secoli: la sifilide era epidemica, e la peste non sappiamo bene perché sia scomparsa dai nostri paesi (non però dal mondo), né oggi quasi più vediamo polmoniti o tisi

E) Non certo meno significativo però quanto resterebbe da sapere. Nelle inchieste sanitarie e parlamentari, più spesso i dati sono di « presenza » (quanti comuni e province, etc.), mentre interesserebbe conoscere meglio le percentuali locali e non solo di mortalità. Questo, sia per l'epoca prebatterologica e batteriologica, eseguendo ove possibile ricerche intorno alla morbilità sui ricoveri ospedalieri (e quanti allora in meno e quali, nell'epoca chininica), sull'assenteismo nelle Ferrovie dello Stato e altri corpi analoghi, sui registri delle Forze armate, sui resoconti delle Opere pie e delle Società di mutuo soccorso. Così manca una rielaborazione critica della ripresa malarica negli anni '15-'18 e seguenti e magari anche una ricerca per accertare (in via indiretta, ovviamente) il comportamento dei soldati malarici, e le disposizioni a loro riguardo delle autorità militari (nel tempo di guerra, non dopo — che è altro problema, di pensionistica militare) (18).

Interessante uno studio del rapporto fra le condizioni di vita degli stanziali e degli immigrati (lavori stagionali).

Mancano inoltre studi sull'organizzazione a livello locale della campagna antimalarica: gli interventi in merito dei Comuni, Province e Prefetture; il personale medico e paramedico se in numero sufficiente per la profilassi nelle stagioni a rischio; una revisione se disposta o effettuata sulla pianta organica dei medici condotti nelle zone malariche; il riconoscimento, con l'assegnazione eventuale di premi, ai medici che più si distinguevano nella lotta; le modalità (personale, ubicazione, attività) dei dispensari antimalarici; gli interventi per integrare l'assistenza sanitaria ai contadini; le procedure infine della profilassi chininica (come il personale medico la seguiva) e la rispondenza dell'infermo alle cure (19).

nella fisionomia scolastica di appena quaranta anni fa. Bensì il quadro nosologico della sopraddeffta patologia possiamo considerarlo, almeno per il tempo in esame, bastevolmente accreditato, salvo per un criterio che viene anch'esso, non raro, trascurato, ed è invece fondamentale: leggendo i testi dell'epoca, non possiamo giudicarli secondo il novero delle nostre conoscenze, ma dobbiamo invece adeguarsi alle loro.

(18) Nelle regioni a malattia iperendemica e a trasmissione continua, i sopravvissuti (alla malaria infantile in genere grave) finiscono quasi per vivere senza disturbi, grazie alle continue reinfezioni che mantengono lo stato immunitario e anche questo è terreno inesplorato.

(19) Per meglio giudicare del reale valore della profilassi chininica, sarebbe indispensabile una ricerca sui c.d. « campi profilattici sperimentali e dimostrativi », dove il chinino veniva dato all'intera popolazione, uno anche a Grosseto, organizzato dal Min. dell'Interno (parrebbe — Celli ne scrive nel 1901).

Le norme sulla protezione meccanica (reticelle, dormitori, etc., di cui alle varie leggi e su cui dovevano sorvegliare i Comuni, come sulle altre norme igienico-sanitarie) venivano in realtà rispettate? e quale l'effettivo controllo?

Stesse necessità di chiarimenti per quanto riguarda l'impulso che si sarebbe dovuto alla c.d. piccola bonifica o per i problemi posti dalla disinfestazione, dichiarata impossibile, ma cui forse si cercava in qualche modo di ovviare (in caso contrario, quali i motivi per i mancati tentativi? carenza di mezzi, insensibilità dell'opinione pubblica, timore per altre culture?).

Sconosciuto poi risulta l'impegno delle forze politiche e sindacali, delle categorie (anche mediche), dello stesso movimento operaio organizzato nella campagna antimalarica (20).

Infine, fronte alle continue affermazioni di una legislazione povera e difettosa, detta di retroguardia (per quanto al tempo veniva considerata di avanguardia) dove gli studi comparati di ordine giuridico e socio-sanitario? (21). I problemi conseguenti alla mentalità popolare, quali gli atteggiamenti dei ceti cittadini e rurali, vengono trascurati, non perché non meritevoli di studio, o magari tendenti alla ricerca di complicati simbologismi invece di plausibili (elementari) ragioni, ma perché estranei alla nostra ricerca. Bensì gli stessi motivi

(20) Le misure adottate, come furono accolte, seguite, appoggiate ed eventualmente avversate, e volgono per analogia le proteste dei risicoli contro la legge del 1907 che ordinava 14 anni compiuti per la monda del riso, e prim'ancora contro le leggi sul lavoro fanciullo, e quelle dei picconieri siciliani contro l'abolizione del carusato.

(21) I temi proposti si riferiscono ovviamente alla sola storia della sanità e della sola infezione malarica, anzi ambedue intese nel senso più stretto, limitato. Molti altri ne restano così — del pari ovviamente — esclusi. Per quanto ne sappiamo, mancano studi di lungo periodo tra andamento ciclico della malattia e conseguenze negli insediamenti, o sui rapporti di lavoro (migrazioni stagionali, assunzioni di lavoratori malati a confronto di altri o viceversa — paradossalmente certe crisi epidemiche nella campagna romana e altrove, non si sarebbero verificate, ove tutti i lavoratori migranti fossero già stati malarici). Un interessante — per quanto (a nostro avviso irrisolvibile) — problema di demografia storica potrebbe formularsi all'incirca così: in presenza di un gene protettivo (nel caso rispetto al plasmodio) la relativa popolazione ha meno possibilità di morirne e quindi maggiormente di trasmettere questo gene (ovviamente insieme ad altri) alla prole e tramite questo meccanismo, è possibile derivino modificazioni cospicue del patrimonio genetico nella popolazione esposta. Ora il *falciparum* è in grado di instaurare pari meccanismo per la mortalità elevata e verificantesi in molte generazioni consecutive (endemia e non epidemia), e per lo più in età preriproduttiva. E per la malaria esistono dati sicuri su geni che conferiscono ai gl. rossi una relativa resistenza al plasmodio.

della resistenza popolare alla profilassi chininica andrebbero studiati — a nostro avviso — anche nella direttrice di una medicina popolare avvezza a qualsiasi novità scientifica e quindi alla terapia chininica (22).

Anche i rapporti affermati (e plausibili) fra condizione economica e malattia andrebbero meglio esaminati. Scrivendone nel 1906, Celli affermava che la relazione esposta, per quanto « indiscutibile », si presentava insufficiente a spiegare le grandi pandemie del Sud, anche ammettendo che i poveri non potessero pagarsi la terapia (già in precedenza) con corteccia di china. Le « vittime » (23) risultano ovunque maggiori tra i poveri, ma perché defedati, o privi di mezzi per curarsi, o costretti al lavoro nelle ore e nelle stagioni peggiori, e più soggetti a nuove infezioni, ed a recidive, e alle complicanze (malnutrizione) e cachessia? Non certo comunque più recettivi (in effetti, causa la vicenda immunitaria, avrebbero dovuto esserlo meno, se « stanziali »). Quanto alle pandemie, esse colpiscono specie i lavoratori migranti, se indenni.

L'importanza, anzi la necessità di affrontare simili problematiche lungo traiettorie interdisciplinari (24) ne scende palese.

(22) Anche certi problemi storiografici tuttora aperti di storia della medicina meriterebbero uno studio approfondito: — lo sviluppo progressivo (fino alle preveggenze infettive) delle interpretazioni « miasmatiche » e il loro impatto sulla terapia e la profilassi; — il riscontro della tolleranza chininica per quegli eventuali disturbi che potevano influire sulla regolarità dell'Assunzione; — l'impatto (in Italia parrebbe, scarso) della « emoglobinuria parossistica febbrile (prima di Kock attribuita alla malaria cronica e curata con dosi alte di chinino, da Kock attribuita invece al chinino e quindi riconosciuta per idiosincrasia o deficit enzimatico) nel giudizio dei medici sull'uso prolungato del farmaco; la consistenza del c.d. « anofelismo senza malaria », stato « biologico (scriveva Alessandrini, parassitologo romano) di resistenza temporanea o permanente che l'anopholes acquista nei riguardi dell'infezione del parassita malarigeno, in seguito alle migliorate condizioni del suo habitat e delle sue funzioni vitali »; per non parlare delle relazioni con l'anemia drepanocitica e quella mediterranea, su cui troviamo in qualche testo storico chiarezze interpretative lontane dalle reali oscurità biologiche.

(23) Anche la debilitazione fisica che rendeva più vulnerabile (prima infezione) alla malaria, è tesi del tutto priva di argomenti (mentre non lo è per altre malattie infettive). Gli ufficiali meno colpiti dei soldati nell'esercito (a parte la necessità di approfondimenti statistici) può essere significativo di maggiore protezione (meccanica, etc.). Mentre ovvia risulta la mortalità per professione che reca in primo braccianti, pastori e in ultimo notabili.

(24) Da indagare con maggior attenzione certa iniziale speculazione pubblicitaria, esempio l'immissione in commercio nel 1904 dell'esanofele in pillole, che è il nome scientifico per la galenica mistura Baccelli (chinino, Fe, As), cui segue una propaganda anche dei partiti popolari sui giornali etc. mentre la Società Ferroviaria Mediterranea vi concorda la profilassi per i suoi 3000 dipendenti per 300 Km. di linea. Fautore

Mancano studi comparati su morbilità e sesso/età o su l'incidenza della malattia su altre categorie a rischio oltre i bambini, e cioè le donne e i vecchi. (Braga, nel parmense, intorno alla metà del secolo, riporta una minor incidenza nei vecchi: perché obbligati a coricarsi al tramonto e in ambienti con finestre chiuse?). Da approfondire l'andamento della malaria nel periodo 1920-50 (fermo restando un probabile cambiamento naturale della variazione della malattia negli anni 1923-25) in cui progressivamente si intensifica la lotta alle anofeles, finché l'OMS, sull'esperienza della sradicazione con DDT, impone (1955) l'assoluta preminenza degli insetticidi su ogni altro metodo di lotta.

F) Tuttavia proprio questa constatazione vale a dimensionare anche il ruolo che avrebbero potuto assumere le bonifiche nelle campagne antimalariche. La bonifica, in sé, è dimostrato che non fa scomparire la malaria, anche i più perfetti interventi idraulici di necessità lasciando vasche, pozzi, abbeveratoi, qualsiasi ristagno d'acque, capaci di trattenere l'anofeles.

Errata è d'altronde la tesi per cui un radicale risanamento del terreno, anche persistendo l'anofelismo, sarebbe stato in sé capace (perfino se torno torno insiste la malattia) a toglier via la malaria. La bonifica vale solo a influire sulle condizioni di vita della popolazione. Bensì la zanzara non trasmette la malaria solo se non si infetta. Le ragioni della comparsa della malattia in Europa (e in America) si devono alla rottura di questo anello, tanto è vero in ambedue i continenti le anofeles sono di nuovo presenti in gran numero, bensì mancano le fonti prime d'infezione (cioè il plasmodio circolante nel sangue dell'uomo), pure evidenziandosi negli ultimi tempi legittime preoccupazioni al riguardo (25).

Camillo Golgi che al 1° Congresso nazionale contro la malaria (1909) senza negare il principio della profilassi chininica, sostiene la sua non giustificata adozione come metodo di lotta generale (il Congresso è organizzato dalla « Lega », altra cosa della Società e su cui mancano del pari studi).

(25) Valga quanto G. RAFFAELE e F. BETTINI scrivono nell'*Enciclopedia medica* (Firenze, USES, 1983): « Questa possibilità di lunga permanenza dei parassiti nell'organismo dopo la profilassi medicamentosa, anche se rara, costituisce un serio problema per paesi come l'Italia che hanno sradicato la malaria nel loro territorio ma che presentano ancora un intenso anofelismo, e quindi debbono temere la ripresa della trasmissione ».

Prima di chiudere, una considerazione di carattere generale, a cavallo tra storia della medicina e della sanità. L'importanza del « bacillo » (usiamo naturalmente il termine nel suo significato « popolare ») nelle vicende umane è fuori discussione. La malaria è stata chiamata in causa per la decadenza degli etruschi e altre popolazioni antiche. Ove una malattia infettiva aggredisca popolazioni indenni, può essere gravemente distruttiva e studi recenti ne hanno ulteriormente evidenziato l'impatto sulla storia economico-sociale (e le guerre, etc.). All'interno, taluni storici tendono a sminuire (svalutare) le conseguenze (positive) delle misure mediche al riguardo, per più e meglio concedere alla politica o all'economia. Riassuntivo, quanto scrive la Corti (26), pur studiosa ottima della nostra malattia: « In effetti la storia della della malaria nel mezzogiorno, nell'arco di tempo compreso tra la fine dell'800 e la prima guerra mondiale, serve a confermare che spesso la scomparsa o la diffusione dei fenomeni endemici fu determinata più dai mutamenti del modo di vita, e dalle " reazioni sociali " alla malattia che dalle scoperte della medicina ». Gli esempi si possono trarre dalle trasformazioni agrarie in Inghilterra ed Europa settentrionale dove « l'estensione delle foragere e l'aumento del bestiame bovino resistente alla malaria ebbero l'effetto di interrompere la catena di trasmissione dell'infezione, spostando la zanzara dal sangue umano infetto a quell'immune degli animali ». Anche in Italia settentrionale la progressiva riduzione della malaria risulta dovuta, oltre che alle migliori condizioni climatiche, alle preesistenti condizioni economiche riferibili ai governi preunitari e alla rivoluzione agronomica (il processo di modernizzazione dell'agricoltura qui garantendo l'efficacia delle leggi etc., partecipandovi anche il movimento operaio).

Per taluni aspetti sul piano biologico le cose stanno in modo parzialmente diverso, ma quanto vogliamo sottolineare è proprio la minore importanza assegnata all'intervento medico, le cui radici ideologiche potremmo ritrovarle in Foucault, e cioè in un autore a nostro avviso più fascinoso di concreto, per i suoi paradigmi di una società sviluppatasi lungo i quadri razionali di una scacchiera (fra l'altro parrebbe senza avversari, almeno capaci di modificarne il piano — onde le mosse a termini sono quelle previste all'inizio, salvo variate

(26) P. CORTI, « *Malaria e società contadina nel Mezzogiorno* », in *Storia d'Italia*, Annali 7, Torino, Einaudi 1984, p. 640.

logiche di pari struttura). Concedendo alla « medicina », si ha quasi paura di concedere al « potere medico » e alla « sopraffazione borghese », e così al sistema capitalistico. Ora è indubbio che le fognature restano un momento determinante della lotta contro il colera, come il riposo e l'alimentazione contro la tubercolosi, etc.

Ma se esiste una malattia, per cui le misure prioritariamente sociali hanno meno valso rispetto alle « scientifiche », questa è proprio la malaria. Dacché medicina non significa solo terapia, bensì anche ricerca eziopatogenetica e la lotta contro la malaria si è potuta impostare scientificamente solo dopo conosciute le modalità di presa.

Questo senza far entrare in campo vaccini o chemioterapici o antibiotici, e soprattutto evitando — dalle varie parti — discorsi di eccessiva timbratura ideologica o di suggestione corporativa.

ARNALDO CHERUBINI
FRANCESCA VANNOZZI

