

STORIA DELLA MEDICINA DEL LAVORO

S. Marinozzi

L'eredità del pensiero di Bernardino Ramazzini nella medicina settecentesca

Sezione di Storia della Medicina, Dip. Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma

RIASSUNTO. Il neo-ippocratismo di fine '600 fornisce un metodo razionale di spiegazione dei fenomeni patologici, che Bernardino Ramazzini applica analizzando le alterazioni dell'aria indotte da specifiche sostanze inquinanti, ed insorgenza di malattia. La sua attenzione alle fasce di popolazioni più povere e la sua idea di prevenzione come strumento ed obiettivo principale della medicina, è evidente nella letteratura medica e nei progetti di salute pubblica di fine Settecento.

ABSTRACT. BERNARDINO RAMAZZINI'S INFLUENCE IN MEDICAL SCIENCE IN THE XVIII CENTURY. Neo-hippocratism consists in a rational and mechanic method to explain pathological phenomena and discover the causes of diseases. Bernardino Ramazzini uses Hippocratic empirical observation to investigate the relations between the alterations of the air - due to mephitic vapours, of organic and inorganic origin - and the development of pathological processes. His notion of corruption of the atmosphere as the origin of epidemics and specific diseases, and that of prevention as the main strategy of modern medicine, is developed in medical literature and in the Public Medicine projects of the end of the Seventeenth century.

Key words: Bernardino Ramazzini, air corruption, Public Medicine.

Introduzione

In seguito ai grandi sviluppi delle scienze naturali ed al progresso delle conoscenze anatomiche del corpo umano, nel XVII secolo si avverte sempre più la necessità di trovare una metodologia scientifica e razionale delle interpretazioni patologiche e la ricerca di nuovi sistemi terapeutici, che rispondano alle nuove teorie fisiologiche. In tal senso, il recupero di Ippocrate fornisce il *corpus* dottrinale di riferimento per rifondare un metodo scientifico che permetta di interpretare i fenomeni patologici secondo le dottrine meccanicistiche dell'epoca, attraverso l'individuazione di cause e principi comuni che spieghi le malattie in una dinamica di causa-effetto. Ippocrate aveva distinto le malattie individuali, indotte da un regime sbagliato, da quelle a carattere epidemico, che insorgono per una corruzione dell'aria, che produce miasmi morbiferi. L'osservazione costante dei fenomeni, naturali e non, che possono in qualche modo influire sulla composizione e natura dell'aria in relazione all'insorgenza e sviluppo di specifiche patologie, diviene così la strada per una spiegazione meccanico-razionale delle malattie. L'ippocratismo di fine '600 si pone come strumento di validazione della medicina, attraverso una rilettura dei testi degli autori antichi che validi l'osservazione empirica come metodologia di indagine per conoscere le cause e la natura delle malattie, e per stabilire un rapporto meccanico di causa-effetto tra determinati fattori ambientali ed insorgenza di specifiche patologie.

Materiali e metodi

Analisi di testi medici del XVIII secolo, che mostrano una continuità concettuale alla produzione letteraria di Bernardino Ramazzini.

Risultati

Metodo epidemiologico, inteso come sistema razionale di identificazione delle cause di malattia, e recupero

della scienza medica come arte finalizzata alla cura degli uomini, rappresentano i due cardini su cui si fondano l'attività e la produzione letteraria di Bernardino Ramazzini, che rifonda la supremazia della medicina clinica su quella teorica, nell'intento di riaccreditare socialmente e culturalmente l'arte medica come scienza utile all'intera collettività. L'eredità del suo pensiero risulta evidente negli studi medici della seconda metà del Settecento, incentrati sull'analisi della morbilità indotta da specifiche sostanze organiche ed inorganiche, e dei rispettivi effetti patologici, ma soprattutto nella letteratura degli di medicina preventiva e nella redazione di progetti di salute pubblica che si svilupperanno nel corso del XVIII secolo.

Discussione

Nelle *Constitutiones epidemicae*, redatte tra il 1691 ed il 1695, B. Ramazzini dimostra l'intima correlazione tra fenomeni climatico-ambientali ed insorgenza di specifiche malattie epidemiche, evidenziando come la qualità di una determinata costituzione atmosferica ed ambientale corrisponda a quella dei processi morbosi che vi si sviluppano.

La climatologia, intesa come analisi delle modificazioni dell'aria in relazione ai fenomeni meteorologici, diviene un metodo di ricerca scientifico per identificare i fattori primi che provocano e caratterizzano le febbri epidemiche che insorgono nei vari periodi dell'anno. Ramazzini considera infatti l'aria agente primario di patogenicità, perché composta da particelle eterogenee: la sabbia, la polvere, le piogge, le esalazioni ed i vapori terrestri, o emanati da materia organica putrida, alterano la massa atmosferica, che, divenuta inadeguata per le meccaniche della respirazione e della traspirazione, altera la massa ed il moto del sangue e compromettendo le funzioni vitali. È su tali presupposti che Ramazzini redige il *De Morbis Artificum*, con l'intento di stabilire il nesso tra fattori di rischio propri di ogni professione ed insorgenza di specifiche patologie.

Suddivide infatti il trattato in relazione alle cause principali di sviluppo delle malattie dei lavoratori, ossia le sostanze oggetto della loro arte ed i moti "non fisiologici" cui sono costretti, presentando le categorie professionali con un ordine che sembra seguire una scala gerarchica di patogenicità, in base alla natura, alla tossicità, ed ai tempi di esposizione per il primo gruppo, ed ai danni indotti dagli sforzi eccessivi o da una forzata postura, per il secondo.

Le interpretazioni eziopatogeniche che fornisce riflettono le dottrine mediche dell'epoca, che spiegano i processi patologici in chiave meccanico-corpuscolaristica: i lavori di fatica o sedentari comportano infatti dinamiche di compressione e contrazione che determinano danni meccanici dell'apparato locomotore e degli organi interni; la lavorazione di metalli, minerali e sostanze organiche espone invece all'inalazione ed all'assorbimento, attraverso i pori cutanei, di particelle tossiche o putride che alterano e corrompono la composizione dell'aria. Il tema dell'inquinamento dell'aria è costantemente pre-

sente, sia per quei lavoratori che lavorano in luoghi chiusi, costretti a respirare aria pregna di esalazioni nocive, sia per quanti svolgono le loro mansioni in ambienti patogeni di per se stessi, come i minatori, i macellai, i conciatori, i becchini o i pulitori di fogne. Denuncia infatti la patogenicità dei vapori che si addensano nelle vie in cui sorgono le botteghe di lavorazione di carni e pelli animali, e, trattando dei becchini e dei pulitori di fogne, ribadisce che le esalazioni cadaveriche e delle discariche costituiscono la causa principale d'insorgenza di malattie epidemiche.

Alcuni dei temi trattati da Ramazzini divengono motivi ricorrenti della letteratura medica settecentesca. Fourcroy, nella prefazione alla sua edizione francese del *De morbis artificum* dichiara apertamente che tutti gli autori che hanno trattato le malattie dei lavoratori hanno attinto al testo di Ramazzini, citando a tal proposito *La Médecine, la Chirurgie et la Pharmacie des Pauvres* di P. Hecquet, del 1740, l'articolo sulle malattie dei lavoratori nel *Dictionnaire de Santé* del 1760, e nel *Dictionnaire de Médecine* del 1772, la *Domestic Medicine* di W. Buchan, del 1769. Si tratta di opere di carattere divulgativo, che riportano un sunto semplificato del trattato di Ramazzini, in cui gli autori tralasciano le varie interpretazioni eziopatogeniche, e si concentrano maggiormente nelle indicazioni di sistemi preventivi e terapeutici. Frequenti i richiami ai sistemi di tutela dai rischi cui i lavoratori, sia contadini che artigiani, sono esposti nello svolgimento delle loro attività. A tale filone letterario può iscriversi anche una delle opere più diffuse nella seconda metà del XVIII secolo, l'*Advis au Peuple sur sa santé* di A. Tissot, (Losanna, 1761).

L'intenzione che tutti questi autori variamente esprimono è quella di divulgare un sapere medico di base, perché i cittadini possano prender coscienza dei rischi di malattia cui sono esposti, ed adottare così i dovuti accorgimenti di profilassi e prevenzione, apprendere nozioni di terapeutica e di pronto intervento.

L'attenzione che Ramazzini presta alle fasce di popolazione più deboli della società, così come i suoi richiami all'importanza delle Arti come fondamento del progresso sociale e del benessere dei cittadini trovano, naturalmente, un riscontro fisiologico nella cultura illuminista.

La medicina settecentesca approfondisce, infatti, gli studi sulla nocività delle esalazioni indotte dalla putrefazione della materia organica, e sulla tossicità dei vapori di specifiche sostanze, come dimostrano i rapporti di A. Portal sull'asfissia provocata dai fumi del carbone, ed i dibattiti sulla patogenicità delle officine di lavorazione dei metalli di fine '700. Si diffonde, infatti, sempre più l'idea dei rischi patogeni indotti dai metalli.

Riportando le malattie derivate dall'uso dei metalli, Fourcroy avverte costantemente dei rischi di intossicazione che ne derivano. Ribadisce, per esempio, i rischi di avvelenamento prodotti dai condotti idrici in piombo, dal vasellame da cucina ed utensili di uso quotidiano in rame, piombo o stagno. Anche A. Tissot, nell'*Advis au peuple*, avverte della tossicità del verderame, e della pericolosità delle suppellettili da cucina in rame o in piombo. Metalli largamente diffusi per la composizione di farmaci antipu-

trefattivi, caustici ad uso topico e prodotti cosmetici ancora nel XVIII secolo, il piombo, sotto forma di litargirio, il mercurio, come argento vivo, lo stagno, come calce bianca, ed il rame, vengono ora analizzati nei loro effetti tossici e patologici. Fourcroy denuncia gli effetti patogeni del sublimato corrosivo, largamente utilizzato nella cura della sifilide, così come ricorda che lo stagno produce esalazioni arsenicali velenose e mortali, e che il suo uso terapeutico è nocivo. Il rischio da avvelenamento da farmaci a base minerale viene denunciato anche da A. Portal, che, nel suo Rapporto all'Accademia Medica di Parigi, indica gli accorgimenti terapeutici da seguire in caso di avvelenamento da farmaci a base di mercurio, piombo o arsenico. Tale argomento viene trattato anche da G. B. Morgagni, cui Fourcroy fa volutamente riferimento, per ampliare e confermare le teorie di Ramazzini.

Riporta così alcuni esiti degli esami autoptici descritti nel *De sedibus et causis Morborum*, a proposito delle lesioni interne provocate dall'uso terapeutico dello zolfo, delle infiammazioni polmonari riscontrate sui cadaveri di cardatori di lino e lana, e degli effetti tossici della cardatura dei metalli. I rischi di intossicazione derivati da farmaci minerali sono esposti da Morgagni anche in alcune perizie medico-legali, che svolge in qualità di membro del Collegio medico peritale di Padova, come quella del 1736, in cui esamina i rischi di un uso eccessivo dell'argento vivo nella terapia antisifilitica, ed in una perizia del 1757, in cui si denuncia la letalità delle terapie con tartaro solubile non adeguatamente calibrate.

In altre perizie, tratta il tema della contaminazione dell'aria indotta da materia organica putrefatta, come in quella del 1731, in cui espone i rischi e le cautele da assumere per la sepoltura delle salme nell'antico Sepolcro d'Este, la perizia effettuata per valutare la nocività della lavorazione del lino, o l'accertamento sulla morbilità gli odori prodotti dalle concerie, nel 1753.

Anche Fourcroy sottolinea la morbilità delle esalazioni prodotte dalla materia organica, che considera esser l'origine della maggior parte delle patologie epidemiche, riprendendo quanto enunciato da Ramazzini sulla corruzione dell'aria indotta dai vapori mefitici che scaturiscono dalle botteghe di lavorazione di carni e pelli di animali, e dai cimiteri urbani.

Conclusioni

Dalla lettura di tutti questi testi emerge chiaramente come la maggiore eredità di Ramazzini risieda nell'idea della prevenzione come strumento ed interesse primario della medicina, espressione dell'universalità dell'operato del medico, che si compie attraverso le indicazioni di profilassi e di tutela dalle cause delle malattie. L'insegnamento di Ramazzini si riflette così nei progetti di salute pubblica che i medici di fine Settecento redigono in collaborazione con le autorità istituzionali, come si evidenzia nella *Médecine civile* di A. Tissot, che propone un piano di politica sanitaria a partire da un progetto di regolamentazione urbana, che prevede lo spostamento dei cimiteri, delle macellerie, delle pescherie, dei magazzini di piante tessili, e delle officine di produzione di oggetti in leghe metalliche tossiche in luoghi non abitati, e ben areati, perché le esalazioni che ne derivano non contaminino i centri urbani, e possano esser facilmente disperse. Si afferma così la necessità di politiche sanitarie in cui centrale lo sviluppo della prevenzione.

Bibliografia

- Buchan W. Domestic Medicine. London, A. Strahan and T. Cadell, 1798.
Gazzaniga V., De Angelis E. Giovan Battista Morgagni. Perizie medico-legali. Roma, Carocci, 2000.
Hecquet Ph., La Médecine, la chirurgie et la Pharmacie des pauvres. Paris, chez David l'ainé, 1769.
Ippocrate. De aere, 5. In: Littre È. (a cura di), Oeuvres complètes d'Hippocrate. Paris, chez J.B. Baillièrè, 1849, Tome VI, p. 97; C.H. De Nat. Hom., 9. In: Vegetti M. (a cura di), Opere di Ippocrate, Torino, UTET, 1976, p. 445.
Portal A., Rapport fait par ordre de l'Académie des sciences sur les effets des vapeurs méphitiques... Paris, Vincent, 1775.
Ramazzini B. Opera omnia medica et physiologica. Londra, Paulum et Isaacum Vaillant, 1742.
Ribard D. Pathologies intellectuelles et littérature de la médecine. In: Littérature et Médecine. Approches et perspectives (XV-XIX siècle). Genève, Droz, 2007, pp. 113-134.
Rosemberg CE. Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. Cambridge, University Press, 1992.
Tissot SA. Avviso al popolo sulla sua salute. Napoli, Gaetano Castellano, 1771-1775; De la Médecine civile au la Police de la Médecine. Édité par Miriam Nicoli. Lausanne, BHMS, 2009.

Richiesta estratti: S. Marinozzi - Sezione di Storia della Medicina, Dip. Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma, Viale dell'Università 34/A, 00185 Roma, Italy - E-mail: silvia.marinozzi@uniroma1.it

M.A. Riva, G.C. Cesana

La "salubrità" dell'aria: analisi storica degli studi della correlazione tra salute ed inquinamento dell'aria negli ambienti di vita e di lavoro

Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CeSP), Università degli Studi di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo di Monza

RIASSUNTO. Il rapporto tra inquinamento dell'aria e condizioni di salute della popolazione era già conosciuto in epoca antica. Nel Settecento, Bernardino Ramazzini si era espresso in più occasioni sul problema della salubrità dell'aria negli ambienti di vita e di lavoro. Un contributo importante a questa tematica fu offerto dal fisico milanese Marsilio Landriani che tentò, per la prima volta, di effettuare misurazioni del livello qualitativo dell'aria. Con l'avvento della Rivoluzione Industriale, le condizioni dell'aria nelle metropoli peggiorarono sensibilmente, costringendo alcuni governi ad emanare specifiche norme per l'abbattimento dei fumi. Questo tipo di legislazione non impedì, nel corso dell'ultimo secolo, il verificarsi di episodi di repentino incremento di mortalità della popolazione strettamente correlato ad alti livelli di inquinamento dell'aria. Allo stato attuale, si rende necessario il raggiungimento di un accordo globale sulle emissioni atmosferiche. La medicina del lavoro può fornire un importante contributo al dibattito medico-scientifico e politico su questo argomento.

Parole chiave: inquinamento atmosferico, medicina occupazionale ed ambientale, storia.

AABSTRACT. *THE HEALTHINESS OF THE AIR: HISTORICAL ANALYSIS OF THE STUDIES ON THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND AIR POLLUTION IN LIVING AND WORKING PLACES. The relationship between air pollution and health had already been postulated by ancient authors. In the Eighteenth century, Bernardino Ramazzini, the founder of the Occupational Medicine, reported in its works relevant considerations against air pollution and its damages. During the Enlightenment, the studies on the eudiometry conducted by the physic Marsilio Landriani can be considered a first attempt to connect the measurement of air quality to medical issues. In the following centuries, Industrial Revolution and the diffusion of domestic heating were a determining factor in worsening the air quality. Despite specific legislations on smoke abatement, some air pollution "disasters" occurred during the last century. In conclusion, this historical analysis showed the complex evolution of the knowledge on the relationship between health and air pollution. Nowadays, an important contribution to the current scientific and political debate on this issue has been provided also by the Occupational and Environmental Medicine.*

Key words: air pollution, occupational and environmental medicine, history.

Introduzione

L'inquinamento atmosferico è una tematica di estrema attualità che solo negli ultimi anni ha visto un diretto coinvolgimento della medicina del lavoro nel campo della ricerca scientifica. È poco noto, però, che il legame tra questa disciplina e lo studio dell'inquinamento dell'aria sia molto antico e che possa essere individuato già in alcune osservazioni condotte da Bernardino Ramazzini (1633-1714). Altrettanto poco conosciuta è la storia dello sviluppo delle metodiche utilizzate per indagare la qualità dell'aria atmosferica, dove è necessario ricordare il primato italiano degli studi di Marsilio Landriani (1751-1815) nel campo dell'eudiometria, una delle prime tecniche di misurazione della qualità dell'aria. Scopo del presente lavoro è quello di ripercorrere, attraverso un'analisi storica, l'evoluzione delle conoscenze del rapporto tra salute e qualità dell'aria negli ambienti di vita e di lavoro, evidenziando, in particolare, il contributo offerto dai medici e dagli scienziati italiani.

L'inquinamento dell'aria in epoca pre-industriale

Prima di affrontare il problema dell'inquinamento atmosferico conseguente all'avvento della Rivoluzione Industriale, è opportuno chiarire lo stato qualitativo dell'aria nelle epoche precedenti ed evidenziare il pensiero medico sviluppato a riguardo di questo tema. Le prime testimonianze della nocività dell'aria ci sono offerte dagli scrittori di lingua latina. A Roma, la più grande e popolosa città dell'antichità, i fumi provenienti da alcune attività lavorative (ad esempio, le *tabernae casiariae* e le *fornaces plumbi*) (1) annerivano i marmi dei monumenti (Orazio, *Carmina* III, 6, 1-4) e costringevano gli abitanti a rifugiarsi nelle campagne (Seneca, *Epistulae Morales ad Lucilium* 104, 6). In epoca imperiale, la campagna salubre, l'*otium* agreste e l'aria buona si opponevano alla città patogena, al *negotium* cittadino "stressante" e alla cattiva qualità dell'aria (2). Interessanti testimonianze sulla qualità dell'aria in epoca pre-industriale ci provengono da alcuni studi paleopatologici che hanno evidenziato un aumento della prevalenza di sinusite del mascellare, patologia connessa all'inquinamento atmosferico, nei crani

provenienti dai cimiteri inglesi del periodo sassone e medioevale rispetto a quelli dei periodi storici precedenti (3, 4). Nei primi agglomerati urbani formati dopo l'anno Mille, le fonti di inquinamento dell'aria erano prevalentemente costituite dai fumi provenienti dai forni dei panettieri e dei mattonai e dalle fornaci dei fabbri. Già a partire dal XIII secolo, in Inghilterra, si era incominciato a preferire come fonte energetica il più economico carbone rispetto al legno delle foreste che la forte crescita della popolazione, avvenuta in quei secoli, aveva gradualmente disboscato (5). Ed è proprio in questo periodo che dall'Inghilterra ci giungono le prime testimonianze di intossicazioni da fumi, che, dopo la parentesi del calo demografico trecentesco dovuto alla Peste Nera, riprenderanno a comparire in età elisabettiana (5). L'inquinamento atmosferico appare dunque, fin dalle origini, strettamente connesso, oltre che alla topografia del territorio, alla sua demografia e al tipo di combustibile utilizzato, come sarà più evidente con l'avvento della Rivoluzione Industriale.

Da un punto di vista sanitario, il rapporto tra la qualità dell'aria e la salute dell'uomo era dibattuto fin dall'antichità. Anassimene (circa 584-524 a.C.), esponente del naturalismo filosofico della scuola di Mileto, riconobbe proprio all'aria il ruolo di principio (*αρχη*, archè) della natura, espressione del soffio vivificatore dell'anima universale (2). Il legame - anche etimologico - tra l'*anima* (o *animus*, *spiritus*) latina e l'*άνεμος* (*ánemos*, vento) greco non era presente solamente nel mondo classico, ma anche nella tradizione ebraica, come testimoniato da brani della Sacra Scrittura ("alito un soffio vitale", *Genesi* 2,7). Se nel mondo antico era dunque chiaro che la vita stessa presupponesse la presenza dell'elemento aereo, alcuni medici avevano iniziato a postulare che un'alterazione della qualità dell'aria fosse in grado di determinare direttamente anche un danno alla salute dell'uomo ed essere così origine di malattia. Questo principio era esplicitamente comparso, per la prima volta, all'interno della medicina ippocratica, trovando una completa espressione nel testo "Sulle arie, le acque e i luoghi", dove si affermava che il medico, oltre ai segni fisici di malattia, doveva indagare l'ambiente di vita del proprio paziente (2, 6). In particolare, in un altro trattato contenuto nel *Corpus Hippocraticum* si può leggere che "è evidente che in tutte le malattie i *fiati* esplicano una funzione fondamentale: tutto il resto è causa concomitante ed accessoria, mentre ho dimostrato che questa è la causa delle malattie" (*Venti*, 15) (7). Nella medicina medioevale, che rifletteva l'impostazione anatomo-fisiologica ippocratico-galenica, l'aria inspirata penetrava nel cuore e, raffreddandolo, impediva il consumo della sua "umidità radicale". Secondo questa concezione, quindi, qualsiasi modificazione della qualità dell'aria si ripercuoteva sul cuore e su tutto l'organismo (8). Per questa ragione i *regimina sanitatis* dell'epoca medioevale erano ricchi di consigli su come evitare ambienti dove l'aria risultasse dannosa per la salute. Era proprio l'insalubrità dell'aria (e non i microrganismi in essa contenuta, visibili solo in epoca moderna grazie allo sviluppo delle tecniche microscopiche) a spiegare, secondo la "dottrina dei miasmi" dell'epoca, le pestilenze che avevano caratterizzato tutto il Medioevo (8). Dovremo attendere il Diciannovesimo

secolo perché la concezione di *miasma* venga sostituita con la teoria microbica (9).

La "chimica pneumatica" e la nascita dell'eudiometria

Con l'avvento della Rivoluzione Industriale, già a partire dalla fine del Seicento in Inghilterra si erano resi evidenti gli effetti sulla salute legati all'inquinamento dell'aria da polveri di carbone, ormai massicciamente impiegato in ambito industriale e, soprattutto, nel riscaldamento delle abitazioni. Nei primi decenni del secolo XVII, sia Francis Bacon (1561-1626) che William Harvey (1578-1657) avevano evidenziato la correlazione tra l'impurità dell'aria e alcune malattie (10-11). In particolare, Kenelm Digby (1603-1665) nel suo *Discourse on Sympathetic Powder* (1658) aveva espresso la convinzione che la metà delle morti a Londra fosse causata da problemi polmonari ("ptisicall and pulmonary distempers, spitting blood from their ulcerate lungs") provocati dall'inquinamento dell'aria, consigliando, quindi, a quei suoi concittadini "deboli di polmoni" di trasferirsi nel continente (5). L'aumento di mortalità nella città di Londra rispetto alla campagna era confermato anche dalle osservazioni statistiche condotte sui registri di mortalità (*Bills of mortality*) da John Graunt (1620-1674), che, da parte sua, riconduceva l'aumento dei decessi proprio all'intossicazione da fumi ("suffocations which many could not endure") (12). Le conclusioni di Graunt, comunque, non tenevano conto del ruolo non indifferente giocato dall'aumento della promiscuità e dal peggioramento delle condizioni di vita, provocati dal forte incremento demografico avvenuto nella città di Londra nel corso del XVII secolo.

In questo stesso periodo era comparsa anche la prima opera medica ad occuparsi specificatamente del problema dell'inquinamento dell'aria, il *Fumifugium* di John Evelyn (1620-1706) (13). Membro della *Royal Society*, Evelyn sosteneva l'origine antropica dell'inquinamento di Londra, proponendo al re Carlo II, appena rientrato dall'esilio, di spostare tutte le attività lavorative inquinanti ("Brewers, Diers, Sope, Lime-burners, Salt-boylers") ad una distanza di almeno 5-6 miglia da Londra e di piantare, all'interno della città, alberi e fiori per purificarne l'aria (13). Sempre in Inghilterra, ma un secolo più tardi, i danni derivati dal carbone e dai suoi derivati erano stati ben evidenziati da Percival Pott (1714-1788) nel suo noto studio del tumore dello scroto degli spazzacamini (14).

Il dibattito seicentesco inglese sull'inquinamento atmosferico aveva preceduto di pochi anni la pubblicazione della prima edizione del *De Morbis Artificum Diatriba* (Modena, 1700) di Ramazzini. Il medico emiliano fu tra i primi a parlare approfonditamente dei rischi per la salute connessi all'inalazione di polveri ed arie tossiche nelle attività lavorative (minatori, orefici, vasai, vetrai, fabbricatori di specchi, fonditori, stagnai, tintori, fabbri, specialisti, pittori e becchini). Con Ramazzini, il lavoratore era diventato egli stesso una vittima degli effetti insalubri della propria attività. Secondo questa nuova concezione, non era più sufficiente, quindi, l'allontanamento dalle città di tutte le attività lavorative riconosciute come "inquinanti",

come era stato proposto da Evelyn, ma occorreva tutelare anche la salute di chi esercitava queste professioni (15). Il pensiero di Ramazzini si rifaceva, in parte, a quello di Giorgio Agricola (Georg Pauer, 1494-1555) il quale, oltre un secolo prima, aveva proposto nel suo *De re metallica* (1556) la costruzione di macchine per la ventilazione e l'aerazione delle gallerie delle miniere mediante l'impiego di mantici e tubi di legno (10). Oltre ad evidenziare il problema dell'inalazione delle polveri in ambiente lavorativo, Ramazzini si era espresso anche sul problema della salubrità dell'aria al di fuori degli ambienti di lavoro, dedicando interamente a questo tema il terzo capitolo della sua *De principum valetudine tuenda commentatio* (1710) (15).

Il Settecento, aperto dalla "Diàtriba" di Ramazzini, è il secolo dei lumi e della scienza. La chimica che, in questo periodo, si era definitivamente allontanata dalle dottrine alchemiche, aveva iniziato a dedicarsi approfonditamente allo studio dell'aria ("chimica pneumatica"). L'individuazione dell'"aria fissa" (anidride carbonica, Joseph Black, 1754) e dell'"aria infiammabile" (idrogeno, Henry Cavendish, 1766) avevano definitivamente evidenziato l'erroneità della concezione aristotelica di aria come "elemento" indivisibile (16). Nel 1774 il chimico inglese Joseph Priestley (1733-1804) e il farmacista svedese Carl Wilhelm Scheele (1742-1786) avevano isolato, indipendentemente uno dall'altro, un nuovo tipo di gas, poi chiamato dal francese Antoine-Laurent de Lavoisier (1743-1794) ossigeno (16). L'individuazione di questo gas, definito all'epoca come "aria deflogisticata" (l'azoto era invece denominato "aria flogisticata"), costituiva la base degli studi del milanese Marsilio Landriani. Docente di fisica presso il Ginnasio di Brera, amico di Alessandro Volta (1745-1827) e stretto collaboratore del medico Pietro Moscati (1739-1824), Landriani si collocava perfettamente all'interno dell'interesse dell'illuminismo milanese per il problema della "Salubrità dell'aria", già dimostrato dall'ode, che porta proprio questo stesso titolo, scritta nel 1759 dal poeta Giuseppe Parini (1729-1799) (17). Il fisico milanese, appena ventiquattrenne, avevano costruito uno strumento, da lui denominato "eudiometro" (dal Greco εὐδία, eudia, bontà d'aria) per valutare la salubrità dell'aria, mediante l'analisi del contenuto di aria "deflogisticata". La scarsità di questo gas era considerata indice di insalubrità dell'aria. Per dimostrare l'utilità sociale (valutazione della salubrità dell'aria dei quartieri milanesi) e l'applicazione clinica (misura della qualità della traspirazione degli organi malati) del suo strumento, lo scienziato lombardo aveva condotto, con successo, una serie di analisi dell'aria nel ridotto di un teatro milanese durante il Carnevale (18). Come fatto notare anche dall'amico Volta, però, Landriani confondeva il concetto di salubrità dell'aria con quello di respirabilità e, per tale ragione, il suo eudiometro aveva in realtà goduto uno scarso successo in ambito medico. Senza dubbio, però, si può affermare che l'eudiometria rappresenta il primo tentativo di misurazione della qualità dell'aria atmosferica, antesignano della moderna strumentazione per il campionamento dell'aria (17).

La qualità dell'aria nell'Ottocento e nel Novecento

Nonostante il fallimento del progetto di Landriani, l'interesse per lo studio dell'inquinamento dell'aria si era mantenuto elevato anche nei decenni successivi. Ad esempio, lo scienziato francese Lavoisier, prima di essere ghigliottinato per ordine di un tribunale rivoluzionario, era stato coinvolto in alcuni progetti di valutazione della qualità dell'aria delle carceri parigine e del nuovo ospedale *Hôtel-Dieu* (10). In particolare, nell'Ottocento, l'applicazione degli studi sulla qualità dell'aria era stata promossa principalmente dai capitani d'industria. L'interesse di questi ultimi verso questo tema non era certo ispirato da motivazioni filantropiche ma, bensì, dalla convinzione che la salubrità dell'aria dell'ambiente di lavoro fosse in grado di garantire una maggiore produttività dei lavoratori e, di conseguenza, aumentasse i profitti da essa derivati (10).

A fronte dei miglioramenti apportati in alcune (poche) fabbriche, la diffusione della Rivoluzione Industriale e l'impiego massiccio del carbone come principale combustibile, avevano determinato un considerevole peggioramento della qualità dell'aria nelle grandi città industriali europee. Londra, tra le metropoli più colpite, aveva perciò iniziato ad emanare, a metà dell'Ottocento, le prime norme sull'abbattimento dei fumi. Questi provvedimenti, contenuti nello *Smoke Nuisance Abatement (Metropolis) Act* (1853), erano però esclusivamente limitati ai fumi provenienti dalle fornaci delle grandi industrie, ignorando completamente l'inquinamento derivato dal riscaldamento domestico (19). Neppure i successivi interventi legislativi inglesi, tra i quali ricordiamo gli *Alkali Acts* del 1862 (i primi ad istituire la figura dell'ispettore addetto al controllo delle emissioni atmosferiche delle fabbriche) e il *Public Health Act* del 1875, avevano inserito norme per il controllo dei fumi provenienti dalle abitazioni private (5).

Nel corso del Novecento, l'assenza di una valida legislazione e la scarsa osservanza delle poche norme disponibili, unite a particolari condizioni climatiche, consentirono il verificarsi, in Belgio e negli Stati Uniti, di alcuni "disastri" ambientali con ricadute rilevanti anche sullo stato di salute della popolazione (Valle della Mosa, Liegi, dicembre 1930; Donora, Pittsburg, novembre 1948) (20). In particolare, nel Regno Unito le condizioni meteorologiche avevano favorito, già a partire dall'epoca vittoriana, la combinazione della nebbia inglese con le emissioni di fumi, dando origine allo "smog". Questo termine, originato, come è ben noto, dalla aplogia delle due parole inglesi *smoke* (fumo) e *fog* (nebbia), sembra essere comparso per la prima volta in una relazione del medico Henry Antoine Des Voeux, ad un congresso di Salute Pubblica del 1905, riportato, poi, nella rivista londinese *Daily Graphic* nel luglio dello stesso anno. L'aumento del trasporto urbano pubblico e privato, insieme all'assenza di una legislazione specifica sulle emissioni domestiche, provocarono, durante l'inverno londinese del 1952, cinque giorni (4-8 dicembre) di intenso inquinamento dell'aria, noto con il nome di "Great Smog". Nelle due settimane successive nella capitale inglese si registrò un rilevante incremento di mortalità (di circa 4000 unità), prevalentemente imputabile a disturbi

cardio-respiratori (5, 20). Questa elevata percentuale di decessi costrinse gli organi di governo britannici ad affrontare la questione da un punto di vista legislativo, attraverso la promulgazione, nel 1956, del *Clean Air Act* che, per la prima volta, affrontò il problema delle emissioni domestiche (19). La norma prevedeva come punto principale l'utilizzo di nuovi combustibili negli impianti di riscaldamento, al fine di ridurre significativamente la produzione di particolato e di NO₂. Il *Clean Air Act* del 1956 costituì la base dei successivi interventi legislativi nel Regno Unito e nel resto dei paesi industrializzati. L'evidenza scientifica dei danni alla salute provocati dalle frazioni del particolato atmosferico (PM₁₀), portò, nella seconda metà degli anni Novanta, l'Unione Europea ad emanare due specifiche direttive (1999/30/EC e 96/62/EC) di regolamentazione delle emissioni urbane, poi recepite in Italia nel D.M. 60 del 2 aprile 2002. Recentemente le norme europee sono state integrate con la direttiva 2008/50/EC che, adeguandosi al progresso delle conoscenze scientifiche, fissa limiti in riferimento anche al PM_{2,5}.

Conclusioni

L'analisi storica qui effettuata ha riassunto la complessità dell'evoluzione storica degli studi sul rapporto tra inquinamento dell'aria e salute, evidenziando il contributo offerto, soprattutto nel Settecento, dai medici e dagli scienziati italiani. Negli ultimi anni, la globalizzazione e la comparsa, sulla scena internazionale, di nuove potenze industrializzate (ed altamente inquinanti) hanno limitato i benefici delle singole normative nazionali, facendo comprendere la necessità di un accordo globale sulle emissioni atmosferiche, allo stato attuale, però, ancora disatteso. Gli studi scientifici potrebbero dare un contributo al raggiungimento di un'intesa politica. Al dibattito medico-scientifico su questo argomento deve continuare a partecipare attivamente anche la medicina del lavoro, in ragione della sua esperienza nel campionamento delle sostanze tossiche contenute nell'aria e delle sue conoscenze in ambito statistico ed epidemiologico. In questo modo, la medicina del lavoro può riappropriarsi, anche attraverso la rilettura della propria storia, dell'originario messaggio "ambientale" del suo fondatore Ramazzini e rivendicare, così, il proprio ruolo all'interno di quella che ormai da tempo è nota come "Medicina Occupazionale ed Ambientale" (*Occupational and Environmental Health*).

Richiesta estratti: Michele Augusto Riva - Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CeSP), Università degli Studi di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo di Monza, Via Pergolesi 33, 20052 Monza, Italy - E-mail: michele.riva@unimib.it

Bibliografia

- 1) Di Porto A, Gagliardi L. Prohibitions concerning discharges in Roman law. In: Grieco A, Iavicoli S, Berlinguer G. Contributions to the History of Occupational and Environmental Prevention. Amsterdam: Elsevier Science, 1999.
- 2) Cosmacini G. L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli, 1997.
- 3) Well C. Diseases of maxillary sinus in antiquity. *Med Biol Illus* 1977; 27: 173-178.
- 4) Lewis ME, Roberts CA, Manchester K. Comparative study of the prevalence of maxillary sinusitis in later Medieval urban and rural populations in northern England. *Am J Phys Anthropol* 1995 Dec; 98 (4): 497-506.
- 5) Brimblecombe P. The Big Smoke: A History of Air Pollution in London Since Medieval Times. London: Routledge Kegan & Paul, 1987.
- 6) Zanobio B, Armocida G. Storia della medicina. Milano: Masson, 1999.
- 7) Ippocrate. Opere scelte. Vegetti M. (a cura di). Torino: UTET, 1976.
- 8) Sotres PG. Le regole della salute. In: Grmek MD. Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e medioevo. Bari: Gius. Laterza & Figli, 2007.
- 9) Pagliani L. Trattato di igiene e di sanità pubblica. Milano: Vallardi, 1913.
- 10) Beretta M. Introduzione. In Landriani M. Ricerche fisiche intorno alla salubrità dell'aria (1775). Firenze: Giunti, 1995.
- 11) Maynard RL. William Harvey and air pollution. *Occup Environ Med* 2003; 60: 147.
- 12) Laslett P. The earliest classics: John Graunt and Gregory King. Farnborough, Hants.: Gregg International, 1973.
- 13) Evelyn J. Fumifugium or the inconvenience of the aer and smoake of London. London: National Society for Clean Air, 1961.
- 14) Terracini B. Cancro professionale cutaneo: numeratori, denominatori e inferenza causale. In: Greco A, Bertazzi PA (a cura di). Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale. Milano: Franco Angeli, 1997.
- 15) Ramazzini B. Opere. Carnevale F, Mendini M, Moriani G. (A cura di). Reggello: Firenze Libri, 2007.
- 16) Jacson MZ. Atmospheric pollution. History, science and regulation. Cambridge: University Press, 2002.
- 17) Riva MA, Sironi VA, Toffoletto F, De Vito G, D'Orso MI, Cesana GC. Un laboratorio vivente: la nascita e lo sviluppo della medicina del lavoro in Brianza. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31 (3 Suppl): 279-282.
- 18) Belloni L. L'eudiometro di Landriani (contributo alla storia medica dell'eudiometria). In Actes du Symposium International sur les Sciences naturelles, la Chimie et la Pharmacie du 1630 ai 1850. Florence-Vinci, 8-10 Octobre 1960. Firenze: Tip. Baccini & Chiappi, 1960.
- 19) Ashby E, Anderson M. The politics of clean air. Oxford: Clarendon Press, 1981.
- 20) Meetham AR, Bottom DW, Cayton S, Henderson-Sellers A, Chambers D. Atmospheric pollution. Its history, origins and prevention. 4th ed. London: Pergamon Press, 1981.

A. Porro¹, A.F. Franchini², L. Lorusso³, B. Falconi¹

1894-1906: nuove idee e prassi antinfortunistiche in Italia

¹ Dipartimento di Specialità Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Medico Forensi, Università degli Studi di Brescia

² Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Milano

³ U.O. di Neurologia, A.O. "Mellino Mellini", Chiari (BS)

RIASSUNTO. Nell'ottobre 1894 si tenne a Milano il III Congresso Internazionale degli Infortuni del Lavoro. Parteciparono 747 delegati provenienti da 16 nazioni. Fu affrontato per la prima volta in Italia il tema di una speciale assistenza medica negli infortuni del lavoro. Nel marzo 1895 anche la Camera del Lavoro organizzò uno specifico congresso. Il movimento operaio prese coscienza della necessità di affrontare il problema degli infortuni sul lavoro. Al Congresso parteciparono 170 delegati e fu l'occasione per il nascente movimento femminista ed emancipazionista di entrare in contatto con i problemi operai. Nel 1896 fu fondata l'Associazione per l'Assistenza Medica negli Infortuni del Lavoro di Milano, che si dotò di una struttura clinica, di protocolli e strumenti operativi specifici. Alla fine del secolo XIX, grazie all'azione delle organizzazioni operaie ed alla sensibilità di quelle padronali si poté affrontare con la prevenzione ed interventi terapeutici mirati il sempre più importante problema degli infortuni.

ABSTRACT. 1894-1906: NEW IDEAS AND PRACTICE AGAINST INDUSTRIAL ACCIDENTS IN ITALY. In October 1894 was held in Milan the III Congrès International des Accidents du Travail et des Assurances Sociales. 747 delegates participated, coming from 16 nations. In this Congress the theme of a special medical assistance in the industrial accidents was approached for the first time in Italy. In March, 1895 also the Milanese trade union office dealt with the matter, organizing a specific congress. The trade union movement realized the necessity to approach the problem of industrial accidents. 170 delegates participated to the Congress. The 1895 Congress also represented the occasion for the dawning feminist movement to come into contact with the working class. In 1896 the Association for the Medical Assistance in the Industrial Accidents in Milan was founded. The Association started up a clinical institute. At the end of the XIXth century, with prevention and therapeutic interventions the problem of industrial accidents was faced.

Key words: industrial accidents history, occupational health history, industrial accidents Congresses XIXth century.

Introduzione

Milano, la principale città industriale del Regno d'Italia, era una città murata, circondata dal comune dei Corpi Santi (così chiamato con riferimento alla leggenda dei Re Magi). Nel 1873 il comune dei Corpi Santi fu incorporato in Milano, e la città acquisì un ampio territorio rurale, che fu oggetto di sviluppo industriale ed urbanistico. Gli esempi di una stamperia tessile e di una presenza clinica possono introdurre all'argomento dello sviluppo della prevenzione degli infortuni del lavoro (si è scelto di usare questa denominazione, caratteristica del tempo e della documentazione specifica). La scelta dell'ambito temporale 1894-1906 appare giustificata, per la realtà italiana, da alcuni motivi. Il primo termine rappresenta, con il congresso di Milano, l'occasione di confronto con le realtà straniere: dopo tale data le azioni volontaristiche appaiono non più sufficienti. Il 1906, con l'attivazione a Milano degli Istituti Clinici di Perfezionamento, la fondazione della International Permanent Commission (per usare un termine attuale), lo svolgimento del I Congresso Internazionale per le Malattie del Lavoro risulta un termine *post quem* (come lo sarà il 1910, con l'apertura della Clinica del Lavoro). Ci troviamo in una fase intermedia, che si potrebbe definire di preparazione ed attuazione di nuove idee e prassi antinfortunistiche.

Materiali e metodi

L'esame di pubblicazioni coeve (atti di convegni, relazioni sull'attività clinica ed assistenziale) consente di contestualizzare l'approccio teorico ed operativo al problema degli infortuni del lavoro, così come si veniva strutturando nelle realtà industrializzate del Regno d'Italia, a cavallo fra i secoli XIX e XX.

Discussione

Nella periferia occidentale della città di Milano, sulle rive del fiume Olona, Ernesto De Angeli (1849-1907) in-

stallò una stamperia tessile, destinata a divenire nel tempo la principale stamperia tessile italiana (Società Italiana per l'Industria dei Tessuti Stampati - De Angeli-Frua). Il bacino idrografico del fiume Olona, la culla dell'industria cotoniera italiana, è ricordato anche nella storia della medicina, per gli studi di Gaetano Casati sull'osteomalacia puerperale (1871). Ernesto De Angeli, oltreché imprenditore, fu fautore dell'associazionismo imprenditoriale; divenne poi Senatore del Regno. Verso la fine del XIX secolo gli infortuni del lavoro erano un problema da studiare e da risolvere. Così, congressi internazionali dedicati allo studio degli infortuni del lavoro ed allo studio delle assicurazioni sociali erano già stati effettuati, con scadenza triennale. Il terzo Congresso Internazionale ebbe luogo a Milano dal giorno 1 al giorno 6 ottobre 1894. Parteciparono 747 delegati dai seguenti paesi: Italia 367; Francia 167; Impero Germanico 98; Svizzera 27; Impero Austro Ungarico 23; Belgio 20; Paesi Bassi 20; Impero Russo 8; Regno Unito 7; Stati Uniti d'America 3; Spagna 2; Brasile 1; Danimarca 1; Norvegia 1; Portogallo 1; Svezia 1. Si possono ricordare, in sintesi i quattro temi principali discussi: le assicurazioni contro gli infortuni e le assicurazioni sociali; la prevenzione degli infortuni del lavoro; il lavoro delle donne e dei bambini; la legislazione. Quanto al primo, si confrontavano due posizioni, che prevedevano, rispettivamente, la volontarietà e l'obbligatorietà sancita dalla legge. A proposito della prevenzione, essa fu affrontata ad ampio spettro: si possono ricordare le analisi dei mezzi generali ed individuali applicabili nell'industria estrattiva, ovvero l'analisi specifica di singoli mezzi di protezione individuale, quali occhiali o maschere. Il lavoro delle donne e dei bambini, particolarmente sviluppato (e pericoloso) nell'industria estrattiva, diede modo alle correnti di pensiero socialiste di proporre il tema di più rigidi controlli: spicca a questo proposito, l'intervento di Anna Kuliscioff (1855-1925). Anche l'aspetto della legislazione fu affrontato (soprattutto a riguardo delle caratteristiche delle assicurazioni). Il Congresso sottolineò: la necessità di pianificare e porre in opera azioni mediche per ridurre gli infortuni del lavoro; la necessità di promuovere organizzazioni ed associazioni fra medici; la necessità di aprire servizi di guardia chirurgica specializzati per il soccorso agli infortunati. Il modello di riferimento era quello dell'Istituto Imperiale Germanico di Assicurazione, proposto dal presidente Tonio von Boediker (m. 1907). Sulla scorta dell'esperienza germanica, l'assicurazione sembrava avere un favorevole influsso sul trattamento degli infortunati. Anche il sindacato si confrontò con il problema degli infortuni. Nel 1895 la Camera del Lavoro milanese organizzò un congresso dedicato allo studio degli *infortuni del lavoro in rapporto all'igiene, al lavoro delle donne e dei fanciulli ed all'istruzione obbligatoria*, che si tenne dal 17 al 19 marzo. Furono presenti 170 delegati, provenienti principalmente dalla Lombardia e dall'Emilia Romagna: il movimento operaio si confrontava finalmente con il problema degli infortuni del lavoro. Alcuni dei delegati presenti (fra i quali possiamo ricordare lo stesso De Angeli) avevano partecipato anche al Congresso Internazionale

dell'autunno precedente. La trattazione del tema del lavoro femminile rappresentò l'occasione, per molte esponenti dell'associazionismo femminile, di entrare in contatto con i problemi dei rischi del lavoro e degli esiti in termini di infortuni. Fu questo il caso di Ersilia Bronzini Majno (1859-1933), la fondatrice dell'Unione Femminile (associazione tuttora ben viva e vitale): a lei fu assegnato il tema della regolazione del lavoro femminile. Fra le donne che presero parte al dibattito congressuale possiamo ricordare: Annetta Ferla (della Lega per gli interessi femminili), una fra le fondatrici del Partito dei Lavoratori Italiani (poi Partito Socialista); Giuditta Brambilla (della Federazione femminile) della Camera del Lavoro milanese; Modesta Calcagni Rossi (dell'Unione generale femminile). Un'associazione medica dedicata agli infortuni del lavoro fu operativa dal 1896 (e lo stesso Ernesto De Angeli la presiedette dal 1899 al 1907), proprio nel solco delle conclusioni del Congresso Internazionale di Milano. Essa rappresentò un punto di riferimento per consimili istituzioni, nei decenni seguenti. L'Associazione (Associazione per l'Assistenza Medica negli Infortuni del Lavoro) si dotò di una struttura clinica aperta in via Paolo Sarpi al n° 7, in una zona ad alta densità di insediamenti industriali. L'istituto, all'epoca della sua apertura, occupava circa 300 mq, dei quali 220 mq (a pianterreno) costituivano l'ambulanza, mentre il restante costituiva l'infermeria, dotata di 8 letti. Lo staff medico era così composto: un Direttore; due medici interni; cinque medici di guardia. L'istituto era diviso in quattro sezioni: Guardia medica permanente, Ambulatorio chirurgico, Sezione fisioterapica ambulatoria ed ospitaliera, Infermeria. Nel periodo maggio-dicembre 1897 si erogarono 17203 prestazioni, così suddivise: guardia medica (infortuni del lavoro) 1912; guardia medica (accidentali) 1057; guardia medica (trasporti) 12; ambulanza chirurgica (medicazioni) 4577; massaggi 5075; ginnastica medica 3684; applicazioni elettriche 245; tremulo terapia 155; docce 64; infermeria (giornate di degenza) 422. La rilevanza dell'attività dell'Associazione è dimostrata da diversi elementi: in primo luogo dall'idoneità delle strutture a garantire un servizio di assistenza chirurgica, strutturato come guardia diurna e notturna, alla globalità della popolazione, come attestato dalla casistica clinica, che non fu limitata all'assistenza agli infortunati del lavoro; in secondo (ma non meno importante) luogo grazie all'attività del personale in ambito scientifico e pratico; infine nelle proposte dell'Associazione in ambito normativo, che fecero dell'istituzione milanese una realtà autorevole ed ascoltata anche in ambito politico. L'attività dei medici dell'Associazione si ritagliò uno spazio anche nella storia nazionale: nel maggio 1898, quando l'esercito comandato da Fiorenzo Bava Beccaris (1831-1924) represses nel sangue le proteste popolari, i primi feriti furono assistiti proprio nei locali di via Paolo Sarpi n° 7. In tutto furono ricoverati 35 feriti, il che obbligò all'allestimento temporaneo di un locale, contiguo all'infermeria, dotato di 5 letti: questa soluzione divenne ben presto definitiva. Si è ricordato che le associazioni ebbero un ruolo importante anche a livello politico-amministrativo: in seguito all'emanazione della legge sugli infortuni

degli operai sul lavoro del 17 marzo 1898, n. 80 (G.U. del Regno, 31 marzo 1898, n. 75), allorché si trattò di redigere (e nel tempo modificare ed aggiornare) i regolamenti attuativi, molte delle osservazioni tecniche provenienti dalle associazioni furono discusse e recepite. Qui se ne richiamano alcune di carattere medico (proposte dall'associazione milanese), concernenti: rigidità delle definizioni dell'invalidità assoluta; perdita della facoltà visiva; perdita della seconda falange del pollice sinistro; perdita dell'alluce e del metatarso; problema della *grave perturbazione mentale*; necessità di specifici istituti medici (anche come sedi di accertamento). La presenza italiana nei congressi internazionali fu sempre numerosa, anche se gli apporti, nei termini del numero delle relazioni e delle comunicazioni variano, anche sensibilmente. Può essere utile ricordare, per gli scopi ed il taglio del presente lavoro, la relazione tenuta da Luigi Bernacchi al Congresso del 1902, svoltosi a Düsseldorf, intitolata *De la nécessité d'un enseignement universitaire de la médecine des accidents du travail*. Partendo dall'esperienza dell'istituto medico milanese e da quelle consimili attivate a Torino (6 marzo 1899), Genova (20 gennaio 1900), Sestri Ponente (5 febbraio 1900), Serravezza (26 novembre 1900); considerando l'esistenza di servizi meccanoterapici ospedalieri (Torino 1891, presso l'Ospedale di San Giovanni Battista; Milano 1902 presso l'Ospedale Maggiore); valutando altresì istituzioni dedicate alla terapia fisica (presenti a Roma, Firenze, Torino, Bologna e Venezia), Bernacchi ritiene ormai necessario che le conoscenze e le competenze debbano essere proposte ad ogni medico nella formazione curricolare: *Il faut compléter l'éducation scientifique du médecin dans l'Université, en développant l'enseignement théorique et pratique de la médecine des accidents du travail*. Gli esempi vengono perlopiù dal mondo tedesco, ove sono presenti insegnamenti (di varia indole e durata) a Berlin, Bonn, Breslau, Freiburg, Giessen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Jena, Kiel, Goettingen, Koenigsberg, Leipzig, Marburg, Muenchen, Erlangen, Strassburg, Tuebingen, Wuerzburg, Graz, Wien, Prag, Basel, Bern, Zuerich: si tratta di 25 corsi in Germania, 4 corsi in Austria e 3 corsi in Svizzera. In Francia sono attivati due corsi a Paris ed a Lille. In Italia un corso di medicina legale degli infortuni sarebbe stato attivato a Firenze. Sulle caratteristiche dell'insegnamento, Bernacchi propone la dimensione clinica e la peculiarità dell'indagine relativa alla dimensione post-traumatica. Si pone poi il problema dei rapporti con la meccanoterapia: Bernacchi critica l'allestimento di grandi sale meccanoterapiche, che solo possono essere sostenute dalle principali istituzioni ospedaliere (a Milano la Fondazione Ponti dell'Ospedale Maggiore si era attivata in questa direzione). Al di là di eventuali problemi di concorrenza fra istituzioni, Bernacchi aveva posto in evidenza un problema che non poteva più essere ignorato: lo sviluppo industriale del paese rendeva necessario l'inserimento, fra le competenze dei medici, anche di quelle relative alla prevenzione degli infortuni ed al trattamento degli infortunati. Nei primi anni del secolo XX, l'esperienza dell'Istituto medico di Via Sarpi, che aveva svolto una funzione vicariante, de-

centrata, del servizio sanitario d'urgenza, portò, in seguito a specifiche convenzioni con il Comune di Milano, alla costituzione di una rete di posti di soccorso di primo e di secondo livello (e l'Istituto si era già dotato di una succursale nel quartiere di Porta Genova, altra area a forte connotazione industriale). Sul territorio cittadino erano presenti 733 stabilimenti, per un totale di 46666 operai. Si era nel 1902: anno simbolico anche per la deliberazione comunale che prevedeva la costituzione di una Clinica delle Malattie professionali. Negli anni l'attività dell'istituto andò incrementandosi, così come la struttura dello staff medico. Esso era così composto: un Direttore; un vice Direttore (responsabile del Servizio medico-legale), tre chirurghi, un responsabile della terapia fisica, un oftalmologo, un neurologo, due internisti, undici medici di guardia. Ad essi si affiancava un capoinfermiere. Nel 1906, anno che conclude l'ambito della trattazione (nel quale l'Associazione gestì anche un posto di soccorso nell'ambito dell'Esposizione Universale), l'attività può così essere riassunta: si fecero 82323 prestazioni, così suddivise: guardia medica (infortuni del lavoro) 14556; guardia medica (accidentali) 6399; ambulanza chirurgica e oculistica (medicazioni) 26416; fisioterapia 22602; infermeria (giornate di degenza) 12350. La sede di via Sarpi si componeva di 36 locali; la succursale di 6 locali. Fra i vari ambiti di attività, si possono ricordare la neurochirurgia, la traumatologia, la chirurgia plastica, la chirurgia generale, la terapia fisica, la riabilitazione (secondo i criteri d'epoca). Qui preme ricordare alcuni frutti dell'attività scientifica ed operativa, coordinata da Luigi Bernacchi: la predisposizione di cassette antinfortunistiche di fabbrica, facilmente utilizzabili dal personale non sanitario (si pensi alla predisposizione di rotoli di bende medicate e sterilizzate facilmente applicabili, senza contaminazione); l'allestimento di specifiche borse antinfortunistiche in dotazione ai sanitari dell'Associazione (sul modello di quelle in uso presso le guardie chirurgiche ed ostetriche cittadine); la predisposizione di specifici posti di pronto soccorso per le grandi aziende; l'istituzione di corsi teorico-pratici destinati alla formazione degli operai (perché potessero essere in grado di prestare i primi soccorsi); l'allestimento di una tavola sinottica dei soccorsi d'urgenza da affiggere nei luoghi di lavoro e da distribuire in forma di stampato (i libri, anche se in forma semplificata ed elementare, erano di difficile utilizzo); l'allestimento di una speciale lettiga per il trasporto dei feriti. A riguardo dei presidi approntabili per la prima assistenza, spicca l'elaborazione di una medicazione antisettica asciutta con pacchetto preparato (di differenti formati): composto di diversi strati, quello medicato (da apporre sulla ferita) era colorato in modo da renderlo facilmente identificabile. La cassetta d'urgenza (fornita di tabella esplicativa) era pensata per essere adoperata da persone con nessuna o limitatissima competenza tecnica speciale. Era divisa in due scomparti: il superiore era occupato da una serie di pacchetti di medicazione; quello inferiore conteneva il necessario per approntare l'immobilizzazione di un arto fratturato; era inoltre presente un laccio emostatico (da usarsi in caso di emorragia a carico degli arti). La borsa in uso ai

medici dell'Associazione conteneva: una serie di dodici flaconi di farmaci e presidi in forma liquida; altre sostanze predisposte in fiale; strumenti per suture; siringhe; un termometro clinico; una serie di strumenti chirurgici; garze; guttaperca. A proposito dell'allestimento delle infermerie di Stabilimento, si possono ricordare quelle delle società Pirelli, Breda, Franco Tosi, Grondona e Comi. Un modello standardizzato di infermeria di Stabilimento prevedeva un locale ad uso di medicazione ed un locale di degenza. Il primo locale doveva consentire anche un'operazione d'urgenza; il secondo locale poteva anche ospitare un ferito grave non trasportabile (poteva servire anche come locale di deposito in caso di decesso).

In conclusione, alla fine del XIX secolo fu possibile, grazie al lavoro della classe operaia e delle associazioni imprenditoriali, iniziare a dare valide risposte al problema degli infortuni del lavoro (e del loro trattamento medico). Inoltre, si posero le basi per uno sviluppo delle discipline antinfortunistiche, nell'interesse sociale e dei singoli operai.

Bibliografia

- Congrès International des Accidents du Travail et des Assurances Sociales. Troisième session tenue à Milan di 1er au 6 octobre 1894. Milan, Imprimerie Henri Reggiani. 1894-1895.
- Camera del Lavoro di Milano. Resoconto del Congresso sugli infortuni del lavoro in rapporto all'igiene, al lavoro delle donne e dei fanciulli ed all'istruzione obbligatoria tenutosi in Milano nei giorni 17, 18 e 19 marzo 1895. Milano, tipografia degli operai. 1895.
- Bernacchi L. De la nécessité d'un enseignement universitaire de la médecine des accidents du travail. In: Congrès International des Accidents du Travail et des Assurances Sociales. Sixième session tenue à Dusseldorf du 17 au 24 juin 1902, Breslau-Berlin, Imprimerie C. T. Wikott. 1902; 537-546.
- Rossi LE. Milano benefica e previdente. Milano, Marcolli. 1906.
- L'Associazione per l'Assistenza Medica negli Infortuni del Lavoro di Milano (1896-1908). Milano, Stucchi-Ceretti. 1909.
- Grieco A Bertazzi PL (Eds.). Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale e ambientale. Milano, Franco Angeli. 1997.
- Colombi A. (Ed.). A century of Occupational Health in Milan (1906-2006): Images and writings. Renewing a century of commitment to a healthy, safe and productive working life. 28th International Congress on Occupational Health. Fidenza, Mattioli. 2006.

Richiesta estratti: *Alessandro Porro - Dipartimento di Specialità Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Medico Forensi, Università degli Studi di Brescia, Viale Europa 11, 25123 Brescia, Italy - E-mail: porroale@med.unibs.it*

S. Iavicoli¹, R. Biscioni², F. Carnevale³, C. Petyx¹, G. Abbritti⁴, L. Tomassini⁵

La Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale: cento anni di storia

¹ ISPESL, Italian National Institute for Occupational Safety and Prevention, Rome, Italy

² University of Siena, Italy

³ Local Health Unit of Florence, Italy

⁴ University of Perugia, Italy; SIMLII

⁵ University of Bologna, Italy

RIASSUNTO. Si presenta un progetto di ricerca finalizzato alla ricostruzione della storia della SIMLII, sia nella sua struttura interna, sia nelle relazioni con il contesto politico istituzionale, con la legislazione in materia di tutela del lavoro, con gli ambienti industriali e con il mondo dell'università e della ricerca, a livello nazionale ma anche con una comparazione internazionale.

La ricerca copre gli anni dal 1907, quando ebbero inizio i primi congressi di Medicina del lavoro, al 1929, data di costituzione della SIML, e prosegue poi, dopo il trauma della seconda guerra mondiale, con la ripresa dell'attività e delle relazioni sul piano nazionale e internazionale, e con l'analisi delle trasformazioni conseguenti ai cambiamenti legislativi (fra cui lo statuto dei lavoratori, la riforma sanitaria, la normativa europea) nonché alle trasformazioni nei processi produttivi e negli ambienti di lavoro.

ABSTRACT. *THE ITALIAN SOCIETY OF OCCUPATIONAL MEDICINE AND INDUSTRIAL HYGIENE: ONE HUNDRED YEARS OF HISTORY. This research project, in conjunction with the SIMLII foundation's 80th anniversary, is aimed to reconstruct the historical chronology of the institutional life of the Society: the Directive bodies, the by-laws, the main steps of the scientific activity, especially the Congresses of Occupational Health. The research will also analyze the most important elements of historical context explaining Society's evolution: the relationships between SIMLII and political-institutional and legislative framework, social and economic changes, medical science's evolution and the university teaching and research, and finally the interactions with the international context.*

The research covers the years since the first national meeting of Occupation Health, in 1907, in which scientific activity was particularly intense, although the foundation was officially only in 1929. The investigation of the documentation after the 2nd World War is aimed at reconstructing the reborn of the international relations and the social, cultural and economic changes occurred between 1968 and 1978 and the deep impact on industrial relations and the enactment of the "Statuto dei lavoratori" in 1970 and the Health Reform in 1978.

Introduzione

Questo intervento illustra i punti essenziali di una ricerca in corso sulla storia della Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale.

La ricerca si è svolta, data la dispersione della maggior parte dei fondi archivistici della SIMLII, su documentazione proveniente da altre fonti, archivistiche e a stampa. L'obiettivo è quello di realizzare una cronologia storica, corredata da un saggio introduttivo di inquadramento nel contesto storico complessivo.

La ricostruzione è facilitata dal fatto che, grazie ad alcune recenti meritorie iniziative, sono stati conservati, ordinati e studiati i congressi della Società, che ne segnano la vita con regolarità e continuità.

Tuttavia la storia della SIMLII è qualcosa di più che non la storia dei suoi congressi. La Società nasce quando i congressi già si svolgevano da oltre vent'anni, ha una sua vita e attività organizzativa e definisce, anche attraverso una serie di relazioni con altri soggetti sociali, una propria struttura e identità istituzionale, soggetta a sensibili variazioni nel corso del tempo, che la ricerca in corso si propone di analizzare.

Le origini: 1907-1929

La costituzione della Società Italiana di Medicina del Lavoro venne deliberata il 12 ottobre 1929, in occasione dell'ottavo congresso di Medicina del Lavoro a Napoli, ed ebbe a suo primo presidente Luigi Devoto.

Potrebbe apparire una costituzione tardiva, anche in confronto al panorama internazionale. In realtà la costituzione formale della Società ufficializzava e forniva una cornice formale più appropriata ad un'attività scientifica e una rete organizzativa che preesistevano da almeno due decenni.

La serie dei congressi di Medicina del Lavoro aveva avuto inizio infatti nel 1907, e mantenne la numerazione

* Ringraziamo per le testimonianze e le preziose notizie fornite gli ultimi presidenti della SIMLII, i Proff. Duilio Casula, Francesco Candura, Nicolò Castellino, Luigi Ambrosi, Giuseppe Abbritti.

** Con il sostegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia.

progressiva dopo il 1929, senza nessuna soluzione di continuità.

Si ebbe inoltre una continuità diretta ed evidente fra la dirigenza della SIML (Società Italiana di Medicina del Lavoro) del 1929 e la struttura organizzativa che aveva iniziato e portato avanti la serie dei precedenti congressi di Medicina del Lavoro, a partire dal Primo congresso nazionale di Medicina del Lavoro, tenutosi a Palermo nel 1907, il quale a sua volta aveva avuto un precedente importante l'anno prima a Milano.

Fra dimensione nazionale e internazionale: Milano (1906) e Palermo (1907)

A Milano infatti, nei giorni fra il 9 e il 14 giugno 1906, si era tenuto il Primo Congresso Internazionale per le malattie del lavoro. In quella occasione si era costituito il primo nucleo di quella che sarebbe diventata l'ICOH. Vi erano rappresentati dieci Stati europei, ma il Presidente e il Bureau esecutivo erano italiani, e tale restarono, con sede in Italia, presso la Clinica del Lavoro di Milano, per tutta la prima metà del secolo.

Il Bureau Internazionale fu quindi in realtà il primo nucleo organizzato di una rappresentanza di categoria della Medicina del Lavoro in Italia. Come si spiega questa preminenza italiana, in un contesto europeo in cui il nostro paese segnava forti ritardi? Nel momento del "decollo industriale" italiano, la medicina del lavoro vantava in Italia alcuni nuclei importanti e avanzati, che si richiamavano alla tradizione di Ramazzini, e finì per esercitare un'attività importante in funzione di supplenza rispetto alle carenze legislative e organizzative nel campo della salute sul lavoro.

L'iniziativa dei medici del lavoro italiani si affermò con successo e costanza sul piano internazionale; ma con ancora maggiore continuità e regolarità sul piano nazionale. Il Bureau organizzò oltre ai congressi internazionali triennali, anche una serie di congressi nazionali biennali, il primo dei quali a Palermo nel 1907, i successivi a Firenze, Torino e Roma; inoltre, svolse un'opera continuativa di informazione e di promozione di premi, pubblicazioni, e altre iniziative scientifiche, su scala nazionale.

In quella fase, la dimensione nazionale e internazionale si intrecciavano e si rafforzavano l'una con l'altra, e quindi poteva apparire superfluo, se non inopportuno, costituire un punto di riferimento organizzativo e scientifico nazionale diverso da quello che era assicurato, a livello molto prestigioso, da questa composizione italiana del Bureau.

Perché quindi nel 1929 si giunse alla costituzione di una Società Italiana, con un forte impianto "nazionale", mentre continuava praticamente invariato il ruolo della componente italiana a livello internazionale nel Bureau, anch'esso presieduto da Luigi Devoto?

La costituzione della SIML nel 1929

La nascita "istituzionale" della Società nel 1929 si può spiegare come una reazione a un mutato contesto politico-

sociale-culturale che ridefiniva anche i confini fra nazionale e internazionale in campo scientifico.

A partire dal 1925 il governo fascista stava cambiando radicalmente le proprie politiche economiche e sociali.

In particolare con la Carta del Lavoro, promulgata il 21 aprile 1927, il regime segnò una "svolta" rispetto alla precedente fase liberista, e fornì una piattaforma "politica" molto forte a livello teorico per guidare e coordinare le politiche sociali sulla base del principio corporativo, il quale prevedeva un ruolo molto forte di regolazione affidato a organismi tecnici, incaricati di stabilire parametri oggettivi e "scientifici". In questo quadro la medicina del lavoro si proponeva come uno strumento tecnico per tutelare e migliorare le condizioni di lavoro, indipendente dalle parti, quindi da valorizzare al massimo. Da qui gli espliciti, ricorrenti e forti riferimenti nel primo statuto della SIML, sia alla Carta del Lavoro, sia all'ordinamento corporativo, che non vanno letti perciò come semplice piaggeria d'occasione o adesione "politica" al fascismo in maniera generica o indifferenziata; ma significano che quella "svolta" nelle politiche economico-sociali del regime era vista come un'occasione importante per valorizzare il ruolo della Medicina del Lavoro a livello nazionale.

Il periodo successivo di attività della SIML, fino alla caduta del fascismo, è pienamente conseguente a queste premesse. Come risulta dalla documentazione conservata presso l'Archivio Centrale dello Stato, le linee d'azione tracciate dal gruppo dirigente della SIML in quegli anni, prima con Luigi Devoto e poi con Luigi Ferrannini e Nicolò Castellino, puntavano soprattutto sul nodo del riconoscimento della disciplina all'interno del sistema dell'insegnamento universitario, visto come "fer de lance" per scardinare le resistenze al pieno riconoscimento scientifico della disciplina, nonché sull'integrazione della medicina del lavoro all'interno del meccanismo corporativo e di assicurazioni sociali.

I risultati ottenuti dalla SIML in questa funzione di pressione e di rappresentanza, pur se non inconsistenti, furono relativamente scarsi rispetto alle prospettive che parevano aprirsi nel 1929, anche perché lo stesso fascismo, al di là delle forti affermazioni propagandistiche, procedette con molta cautela sulla via del corporativismo, date le resistenze della componente imprenditoriale; mentre puntò molto sul settore delle assicurazioni sociali, terreno quest'ultimo su cui si registrarono ricadute di segno positivo anche per la SIML.

Dal secondo dopoguerra agli anni '70

Nel dopoguerra, dopo un breve periodo di commissariamento, la SIML riprese la sua attività normale sotto la presidenza di Vigliani, che fu il primo presidente eletto del dopoguerra.

Enrico Carlo Vigliani, dal 1943 direttore della Clinica del Lavoro fondata da Luigi Devoto, fu una personalità molto influente nella medicina del lavoro italiana, e con la sua autorevolezza contribuì a ristabilire la continuità fra il periodo prebellico e quello postbellico. La sua figura dette alla SIML una caratterizzazione legata ai problemi del

forte processo di sviluppo industriale del Nord Italia in quegli anni. Successore di Carozzi nella segreteria dell'ICOH, dal 1957 al 1975, quando assunse la carica di Presidente dell'ICOH, garantì una continuità di presenza italiana ai livelli di vertice del massimo organismo internazionale del settore, ma svolse anche un'attività molto intensa in Italia, sia in ambito universitario, sia per quanto riguardava i rapporti con le industrie e con gli enti pubblici operanti nel settore, in primo luogo Enpi e Inail. L'Inail in particolare collaborò attivamente con la SIML, attraverso il finanziamento dei congressi, come era già avvenuto negli anni '20 e '30, e divenne un importante committente per gli istituti universitari di medicina del lavoro.

Nonostante l'indubbio peso di Vigliani e quindi delle problematiche legate alla medicina del lavoro nell'Italia del Nord, la SIML, ai cui vertici erano tradizionalmente i cattedratici del settore, mantenne un equilibrio con la forte componente meridionale, attorno alla sede universitaria di Napoli. Si ha infatti un avvicendamento significativo alla presidenza, per cui a Vigliani succedono prima Nicolò Castellino, e poi dopo la sua morte, nel 1953, Scipione Cacchurri, anch'egli professore nell'ateneo partenopeo, che tenne la presidenza per il biennio 1954-55, per poi cederla nuovamente a Vigliani nel 1956-58. A Vigliani successe Maugeri, che nel 1956 aveva coperto la cattedra di Medicina del Lavoro a Pavia, riattivando così l'insegnamento che era stato di Luigi Devoto nel 1901; a Maugeri successe nel 1964 il padovano Massimo Crepet, che poi nel 1967 cedette di nuovo la massima carica sociale a Cacchurri per il periodo fino al 1972.

L'alternanza al vertice fra la sede di Napoli e quelle di Milano, Pavia, Padova, esprime bene la geografia accademica del settore, ma rischia di dare un'immagine limitativa rispetto alla estensione dei problemi nuovi che si ponevano alla medicina del lavoro in quegli anni.

La SIML si trovava ad operare in un contesto molto diverso da quello dell'anteguerra; si era trasformato radicalmente il clima delle relazioni industriali, così come si stava profondamente trasformando la realtà tecnica e produttiva dell'apparato industriale italiano, quindi con nuovi rischi per la salute dei lavoratori.

Il nuovo stato repubblicano, caratterizzato agli inizi da un forte orientamento liberista in economia, lasciava largo spazio all'azione dei soggetti sociali, e l'attività normativa di conseguenza fu molto limitata. Vi furono alcune misure significative settoriali; ma non vi furono disposizioni complessive e di quadro, tant'è vero che i dirigenti della SIML si dovevano richiamare o direttamente alla carta costituzionale (in particolare gli artt. 32 e 35), oppure alle raccomandazioni di organi internazionali, come l'OIL-BIT o la stessa CEE.

Quest'ultima nel 1962 emanò una importante Raccomandazione in cui si sollecitavano "i sei paesi membri a dare una disciplina giuridica alla medicina del lavoro nelle imprese" individuando le linee di fondo di una politica comune "sulla sicurezza e l'igiene del lavoro".

L'attività della SIML in questi anni si svolse effettivamente attorno alle questioni del ruolo dei medici sui luoghi di lavoro, e sul riconoscimento tabellare delle nuove tecnopatie.

Non è facile ricostruire il ruolo della SIML come tale, perché di fronte ad una situazione in rapida evoluzione, i vertici della Società, i Presidenti e i membri del Consiglio Direttivo, intervenivano e agivano oltre che come tali, anche sotto varie vesti, da universitari, da gestori di strutture specializzate (come la Clinica del Lavoro) o come incaricati di funzioni importanti in corpi consultivi dello Stato.

Tuttavia alcuni tratti specifici sono riconoscibili. In primo luogo, la vita sociale si articolò e arricchì. Fra gli anni '50 e gli anni '60 nacquero e si svilupparono diverse sezioni regionali della Società, che svolsero un'attività, secondo quanto affermava Vigliani, "molto rigogliosa". Un altro segno dell'attività della SIML come tale fu la pubblicazione, dal 1965, di un "Bollettino", curato dal prof. Tommaso Sessa.

Tuttavia, lo strumento assolutamente preminente per l'azione pubblica della Società, continuarono ad essere i congressi.

Sono i congressi che qualificano la SIML come società scientifica, registrano gli orientamenti e i risultati della ricerca nel settore; ma nello stesso tempo stabiliscono un tramite con il tessuto sociale, registrano le novità e le tendenze in atto, e costituiscono un luogo di interlocuzione pubblica con altri soggetti istituzionali che operano nel settore.

Una storia della SIML dovrà quindi tenere conto in primo luogo dei congressi, sui quali esistono fra l'altro alcuni repertori e studi importanti. I congressi SIML cominciarono a interessarsi in questi anni degli aspetti organizzativi e legislativi della medicina del lavoro, nonché alla definizione della figura sociale e professionale del medico del lavoro in relazione ai nuovi contesti produttivi e ai temi della prevenzione e dell'igiene industriale.

In negativo, un segnale di questo nuovo inevitabile nesso con i problemi più generali derivanti dal cambiamento sociale, si ebbe nel 1968, quando il congresso della SIML venne fatto oggetto di un'aperta contestazione da parte del movimento studentesco, e dovette trasferirsi da Bologna alla sede più decentrata e meno esposta di Brisighella.

La vicenda del 1968 era solo un episodio contingente di un fenomeno più generale di contestazione del sistema politico sociale che investiva molte altre realtà istituzionali e culturali in quel momento storico; ma era anche un segno di un nuovo atteggiamento che si andava diffondendo a livello politico e conseguentemente anche nel campo delle relazioni industriali.

La visibilità sociale della fabbrica e del lavoro operaio aumentò fortemente in quegli anni, divenne oggetto di discussioni, di studi, di rappresentazioni popolari (anche attraverso il cinema e altri mezzi di comunicazione di massa) e conseguentemente anche la sensibilità per le condizioni di lavoro, per la salute dei lavoratori, divenne più estesa nell'opinione pubblica e negli stessi soggetti sociali interessati. La Medicina del Lavoro venne investita da critiche che ne contestavano non tanto l'attività o gli organismi di rappresentanza nel merito, ma mettevano in discussione il suo impianto su un piano politico più generale.

La reazione della SIML fu improntata da un lato a un rifiuto netto dell'episodio e del tipo di contestazione, ma nel contempo, negli anni successivi, tenne conto in ampia misura della nuova situazione e anche delle questioni che erano state poste sul tappeto.

La SIML poté gestire questo passaggio all'insegna di una continuità sostanziale, dato che non erano mancati nei congressi degli anni precedenti interventi rivolti ad affrontare i temi della prevenzione e del ruolo del medico d'azienda, anzi nella carenza di iniziativa legislativa la Società aveva rappresentato uno dei pochi luoghi pubblici di dibattito specializzato sulla materia. Negli anni '70, caratterizzati dal fatto che la spinta innovativa e contestativa di quello che è stato definito come il "secondo biennio rosso" del '900 venne in parte recepita e regolarizzata a diversi livelli, lungo tappe che vanno dallo Statuto dei Lavoratori alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, i congressi mantennero saldamente l'asse sulla presentazione dei risultati scientifici degli studi in corso, ma intervennero più apertamente anche su questioni che riguardavano il dibattito sulla riforma e quindi sul ruolo complessivo della medicina del lavoro nel nuovo assetto normativo previsto.

In particolare i congressi di Pisa (1972) e di Pugnoli (1973) segnarono un deciso interessamento della SIML alle prospettive della riforma, ma già in precedenza, dal 1969, la Società aveva promosso la costituzione al suo interno di due commissioni che dovevano dare continuità allo studio su due problemi fondamentali: la definizione della figura del medico di fabbrica e la tabella delle malattie professionali.

Negli anni '70 venne dunque a maturazione un processo per cui la SIML decise di cambiare il proprio nome, nel 1976, in Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale (SIMLII).

Gli ultimi trent'anni

La fase della vita della SIML di cui abbiamo appena parlato, quella che va dalla seconda guerra mondiale agli anni '70 è la più difficile da ricostruire, poiché la dispersione dell'archivio e la perdita della memoria dei protagonisti lasciano notevoli lacune nella documentazione.

La fase successiva, quella che va dagli anni '70 ai giorni nostri è più facilmente ricostruibile, perché sono disponibili nuovamente alcuni materiali d'archivio per gli ultimi anni ed è stato possibile ricostruire le vicende sociali anche attraverso le testimonianze dirette dei Presidenti della Società in questi ultimi decenni, raccolte in interviste che sono in corso di trascrizione e revisione. Emergono alcuni nodi interessanti. In primo luogo, la SIMLII interviene attivamente nel processo di definizione legislativa che porta ai principali provvedimenti legislativi approvati negli ultimi due decenni, con un'attività diretta di pressione e controllo sugli apparati dello Stato e di contatto con gli organi legislativi a livello centrale e regionale; si registrano diversi significativi successi tra cui il riconoscimento della disciplina come obbligatoria nell'ordinamento dell'insegnamento universitario. In secondo

luogo la SIMLII si trova a dover far fronte ad una crescita rilevante della base sociale, il numero degli iscritti e dei partecipanti ai congressi passando dall'ordine delle centinaia a quello delle migliaia; oltre all'aumento quantitativo vi è un ampliamento sensibile delle competenze e anche la introduzione di figure professionali nuove. Buona parte dei medici del lavoro attivi in Italia nelle varie strutture pubbliche e private tendono a riconoscersi professionalmente e scientificamente nella SIMLII, per cui la Società, pur restando una società scientifica con una forte connotazione universitaria, come dimostra la provenienza di tutti i Presidenti, vede mutare gli equilibri fra le componenti interne e registra l'emergere di nuove esigenze.

In particolare, di fronte al cambiamento sempre più rapido sia dell'evoluzione dei rischi, delle patologie, ma anche della sensibilità sociale, e quindi della normativa, italiana ed europea, la SIMLII appare sempre più interessata da una serie di azioni rivolte alla emanazione di linee guida, di strumenti di aggiornamento e di formazione continua nei confronti dei propri soci.

La Società cura anche la comunicazione, con un proprio sito internet; il suo nuovo logo, adottato nel 2003, con l'emblema di Esculapio (simbolo della medicina) al centro e la doppia ruota dentata che rappresenta il lavoro moderno nella sua continua evoluzione tecnologica, esprime in sintesi grafica il compito specifico della medicina rispetto al mondo del lavoro, fra tradizione e innovazione; mettendo in rilievo l'anno di fondazione, il 1929, che ne fa la Società più antica d'Italia nel settore.

L'ultima parte della ricerca cercherà quindi di ricostruire l'evoluzione della SIMLII negli ultimi tre decenni lungo queste linee, in modo da collegare la parte propriamente storica alla fase di sviluppo attuale.

Bibliografia

- Abbritti G. Il logo della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale. *Med Lav* 2005; 96, 3: pp. 207-212.
- Busacchi V, D'Antuono G. La medicina del Lavoro nei suoi sviluppi storici. Relazione al XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina - Modena 22/23/24 Settembre 1967. Roma, Cossidente, 1967.
- Candura F. L'Archivio storico della Società Italiana di Medicina del Lavoro. *Annali di Storia Pavese* 2001; 29: pp. 169-170.
- Carnevale F, Baldasseroni A. Mal da lavoro: storia della salute dei lavoratori. Roma - Bari, Laterza, 1999.
- Castellino N, Mazzella di Bosco M, Paoletti A, Pecora L, Cannolo N. I primi 50 congressi della Medicina del Lavoro Italiana (1907-1987). Supplemento di Archivio di Scienze del Lavoro, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1988.
- Castellino N et al. Breve storia della medicina del lavoro italiana. Roma, I.S.U. Università Cattolica, 2000.
- Castellino N, Manno M, Sannolo N. La Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale dalla fondazione a Napoli nel 1929 al 67° Congresso Nazionale di Sorrento del 2004. Roma, I.S.U. Università Cattolica, 2006.
- Grieco A, Bertazzi P, Eds. A. Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale. Milano, F. Angeli, 1997.
- Grieco A, Iavicoli S, et al. Origins of occupational health associations in the world. Amsterdam, Elsevier, 2003.
- Marri G, Gloria S, Foà V, Grieco A. Thesaurus degli autori e dei soggetti nei primi 52 congressi di medicina del lavoro, 1907-1989. Fidenza, Mattioli, 1990.

G. Bonifaci¹, C. Sferra², M.A. Riva³

La nascita dell'Istituto Nazionale contro gli infortuni e le malattie professionali. Il contributo dell'Ente al miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori e della popolazione in generale

¹ Sovrintendenza Medica Generale, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Roma

² Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Monza

³ Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CeSP), Università degli Studi di Milano Bicocca, Monza

RIASSUNTO. Nel 1898 venne introdotta nella legislazione italiana l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Nel 1933, la gestione di questa assicurazione venne accentrata presso la Cassa Nazionale Infortuni (fondata nel 1884) che assunse la denominazione di "Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INFAIL). Perso l'attributo "fascista", negli anni della ricostruzione postbellica l'INAIL fondò propri ospedali e finanziò l'apertura di reparti in strutture già esistenti (Centri Ortopedici Traumatologici, Centri Grandi Ustionati, Centri Protesi e di riabilitazione), finalizzati al reintegro sociale del lavoratore affetto da disabilità. In quest'ottica INAIL organizzò insieme al Comitato Olimpico Nazionale Italiano la prima edizione dei Giochi Paralimpici, tenuti a Roma nel 1960. Oggi molte delle strutture fondate dall'INAIL appartengono al Sistema Sanitario Nazionale, ma l'ente assicurativo continua a giocare un ruolo decisivo nel campo della prevenzione degli infortuni e del reintegro sociale del lavoratore disabile, anche alla luce delle recenti disposizioni normative.

Parole chiave: Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, INAIL, storia.

ABSTRACT. *THE BIRTH OF THE ITALIAN WORKERS' COMPENSATION AUTHORITY AND ITS CONTRIBUTION TO IMPROVING HEALTH CONDITIONS OF WORKERS AND GENERAL POPULATION. In 1898 the compulsory work accident insurance was introduced in the Italian legislation: both public and private organizations could provide insurance to the workers. In 1933 the Cassa Nazionale Infortuni (founded in 1884) was unified to other small public funds in a single body, the Italian Workers' Compensation Authority (INAIL). During the post-war recovery INAIL founded hospitals and wards fully dedicated to work traumas (Orthopaedic Traumatic Centres or Burns Centres) and opened rehabilitation and prosthetic centres for injured workers. In this view, INAIL and Italian National Olympic Committee supported the first official Paralympic Games, held in Rome in 1960. Nowadays many hospitals originally owned by INAIL belong to the Italian National Health System and provide healthcare also to general population. However INAIL continues its mission in workers' protection and confirms its main role in the field of accident prevention and rehabilitation of injured workers, also thanks to recent legislative modifications.*

Introduzione

Il D.Lgs. 38/2000 e il Testo Unico 81/2008, modificato dal D.Lgs. 106/2009, hanno ampliato la sfera delle attribuzioni dell'*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro* (INAIL), permettendo all'Istituto di porsi quale garante di una forma di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali globale ed integrata, comprensiva degli interventi prevenzionali, curativi, indennitari, riabilitativi e di reinserimento socio-lavorativo, in una logica di stretta integrazione e collaborazione con gli altri attori del "Polo Salute e Sicurezza" e con gli altri soggetti operanti nel sistema del Welfare.

L'acquisizione di questi nuovi compiti e funzioni, che, in realtà, l'INAIL aveva già svolto in precedenza, può essere sostenuta attraverso il recupero della storia passata dell'ente e tramite la riscoperta del ruolo decisivo che esso ha avuto, nel secolo scorso, non solo nel campo della tutela dei lavoratori, ma anche in ambito assistenziale e riabilitativo, rivolgendosi, nello specifico, alla popolazione generale.

Alle origini dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro

La prima proposta di legge sugli infortuni nel settore delle "costruzioni di fabbriche, nelle miniere e negli opifici" venne presentata alla Camera dei Deputati da Pietro Pericoli (1822-1889) il 27 novembre 1877. Progetti di legge analoghi vennero avanzati anche nel decennio successivo, trovando in Parlamento la ferma opposizione delle forze politiche liberali che osteggiavano l'impegno diretto dello Stato in campo assicurativo (1).

Nel 1881, durante l'Esposizione italiana di Milano, venne presentata l'iniziativa di una fabbrica di filatura e torcitura del cotone di Intra (la Sutermeister C.), che da oltre quattro anni assicurava i propri operai contro gli infortuni. Il sistema assicurativo adottato dalla fabbrica piemontese catturò l'attenzione del presidente della giuria dell'Esposizione, Luigi Luzzatti (1841-1927), allora segretario generale del Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio, il quale propose al ministro Domenico Berti (1820-1897) la fondazione di un istituto assicurativo senza

fini di lucro che, praticando basse tariffe, ne invogliasse l'adesione (1). Nel gennaio 1883 Luzzatti concordò uno schema di convenzione con i principali istituti di credito italiani che fu firmato il 18 febbraio a Roma da Berti e dai rappresentanti delle casse di risparmio di Milano, Bologna, Torino, Genova, Roma, Venezia e Cagliari, dal Monte dei Paschi di Siena, dal Banco di Napoli e dal Banco di Sicilia. Dopo l'approvazione del Parlamento (legge n. 1473, 8 luglio 1883), la "Cassa Nazionale di Assicurazione per gli Infortuni degli operai sul Lavoro" (CNAIL), nucleo originario dell'INAIL, aprì i propri uffici a Milano il 19 luglio 1884 (1). La Cassa Nazionale venne istituita nello stesso anno in cui la Germania, prima tra le grandi nazioni europee, si dotava di un sistema obbligatorio di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. Il sistema assicurativo italiano, al contrario, era ancora facoltativo, basato su polizze individuali e collettive che divenivano operanti solo dopo il pagamento di un premio che era commisurato al rischio dell'attività lavorativa esercitata. Era prevista una franchigia di trenta giorni (successivamente ridotta a cinque), con l'erogazione di indennizzi in capitale. La tenuta della Cassa Nazionale venne subito messa alla prova, nel 1886, dal crollo nella miniera siciliana Virdilio (Agrigento), in cui persero la vita 68 operai e 18 furono feriti (2).

A partire dal 1890 si formò nel mondo politico italiano una nuova corrente di pensiero finalizzata all'adozione del modello assicurativo della Germania, a quel tempo Paese alleato politico ed economico dell'Italia (Triplice Alleanza, 1882) (3). Tale progetto giunse a compimento solo nel 1898, in un periodo di turbolenze politiche e sociali, seguite al disastro militare di Adua (1896) e ai moti di Milano per il rincaro del prezzo del pane, repressi nel sangue dal generale Fiorenzo Bava Beccaris (1831-1924). Anche il Parlamento francese emanò, nello stesso anno, una legge analoga a favore dell'obbligatorietà dell'assicurazione contro gli infortuni (19 aprile 1898). La normativa promulgata in Italia (legge n. 80 del 17 marzo 1898), che riconosceva l'indennizzo anche quando la colpa veniva attribuita al lavoratore, presentava però alcuni limiti, primo tra tutti, il fatto che l'obbligatorietà della copertura era limitata solo ad alcune categorie di lavoratori. Era escluso, ad esempio, il mondo dell'agricoltura, in un periodo in cui era molto diffuso il pregiudizio che l'infortunio fosse il prodotto quasi esclusivo dell'industria e che il lavoro agricolo non presentasse pericoli (3). Un altro limite, presente non solamente nella legislazione italiana, era legato alla totale assenza di riconoscimento della malattie professionali.

L'evoluzione della normativa ad inizio del Novecento e la nascita dell'INAIL

Nel 1903, la CNAIL divenne un organo parastatale (R.D. 243 del 29 giugno 1903) e l'obbligo di assicurazione venne esteso anche alla gente di mare, sotto la gestione di sindacati costituiti tra gli armatori. Il Testo Unico in materia di infortuni sul lavoro, approvato con decreto n. 141

del 13 marzo 1904, confermò l'obbligatorietà dell'assicurazione e la facoltà di stipulare il relativo contratto con organi diversi dalla Cassa (2). Nello stesso anno venne istituito l'Ispettorato del Lavoro, i cui funzionari vennero inviati nelle fabbriche di tutto il paese (4). In questo contesto, la Cassa, compresa la necessità di non limitare la propria attività all'indennizzo del danno, iniziò a fondare propri ambulatori medici e a stipulare convenzioni con strutture ospedaliere (2). La sede centrale della CNAIL venne spostata da Milano a Roma, sotto la vigilanza del Ministero che nominò propri rappresentanti nel suo consiglio di amministrazione (RD n. 698 del 5 giugno 1913) (1). Nello stesso anno, il Consiglio di Consulenza Medica dell'ente deliberò l'istituzione di ambulatori in Libia con gabinetti scientifici attrezzati per la diagnosi e la cura dei lavoratori di quella regione, oltre ad una convenzione con gli ospedali di Tripoli e di Bengasi per le cure ospedaliere. In Italia, si iniziarono a costituire gabinetti medici presso i più importanti stabilimenti industriali e il 22 gennaio del 1925 venne inaugurato a Genova il primo ambulatorio per il pronto soccorso dei lavoratori infortunati (5).

La Grande Guerra, impegnando al fronte le braccia maschili, lasciò a lavorare nei campi agricoli donne, anziani e bambini, soggetti più deboli cui si sentì il bisogno di riconoscere una maggiore tutela. Inoltre l'industrializzazione dell'agricoltura, seppure parziale, portò alla cancellazione delle vecchie differenze culturali tra il lavoro nei campi e quello nelle fabbriche. Il decreto legge n. 1450 del 23 agosto 1917 estese, quindi, l'assicurazione obbligatoria anche ai lavoratori rurali, la cui tutela era stata fino a quel momento affidata principalmente ad enti privati, sorti su iniziativa dei lavoratori stessi o dei datori di lavoro.

Al termine del conflitto bellico, allo scopo di avvicinare maggiormente l'assistenza ai lavoratori infortunati, la CNAIL iniziò a distribuire in tutte le principali città italiane una rete di ambulatori i quali, all'inizio della Seconda Guerra Mondiale, raggiunsero il ragguardevole numero di 217, di cui 67 forniti di gabinetto radiologico (6). Nel 1924 venne inaugurato a Bologna il primo centro per i traumatizzati sul lavoro di proprietà della Cassa Nazionale, cui seguirono strutture analoghe nelle principali metropoli d'Italia (5).

L'avvento del Fascismo e la nascita dello stato corporativo, i cui principi vennero enunciati nella Carta del Lavoro, promulgata dal Gran Consiglio del Fascismo nel 1927, determinò un profondo cambiamento nel sistema di previdenza italiano. Soppressi gli altri istituti assicuratori, la Cassa Nazionale divenne l'unico ente con cui stipulare l'assicurazione contro gli infortuni industriali, assumendo la denominazione di "Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro dell'Industria" (INFAIL) (decreto 23 marzo 1933, n. 264, convertito nella legge del 22 giugno 1933, n. 860). L'anno successivo, la tutela assicurativa venne estesa alle malattie professionali, allora in numero di sei (intossicazione da piombo, da mercurio, da fosforo, da solfuro di carbonio, da benzolo, omologhi e derivati e l'anchilostomiasi), alle quali furono successivamente aggiunte la silicosi e l'asbestosi (legge n. 455 del 12 aprile 1943) (6). Il Decreto n. 1765 del 17 agosto 1935, fondamentale nella storia dell'ente, deter-

minò l'unificazione dell'assicurazione contro gli infortuni con quella contro le malattie professionali dei lavoratori dell'industria e sostituì la liquidazione in capitale con una rendita vitalizia, introducendo, inoltre, il principio dell'automaticità delle prestazioni. Due anni dopo venne istituito presso l'INFAIL il "Servizio per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro": a coloro i quali era riconosciuta una percentuale di invalidità permanente superiore all'80% venivano erogati, in aggiunta al risarcimento, ricoveri ospedalieri e protesi; si provvedeva inoltre alla loro riqualificazione professionale ed all'assistenza morale (2).

L'INAIL nel secondo dopoguerra: assistenza, riabilitazione e sport

Al termine della guerra, perso l'attributo "fascista", l'INAIL svolse un ruolo decisivo nell'affrontare l'incremento del numero di infortuni sul lavoro connesso all'aumento dell'attività produttiva degli anni della ricostruzione post-bellica e del boom economico. L'ente non solo assisteva l'infortunato e il lavoratore colpito da malattia professionale, ma ne curava il reinserimento lavorativo e sociale. L'INAIL si dotò, quindi, delle più moderne attrezzature strumentali, costruendo propri ospedali e istituendo reparti e sezioni traumatologiche presso strutture ospedaliere civili con personale sanitario specializzato, potenziandoli con contributi finanziari e fornitura di apparecchiature. Esempio di questa politica è rappresentato dalla divisione di ventisette letti di "Chirurgia plastica e Centro Ustioni" inaugurata dall'INAIL nel luglio 1950 all'interno dell'ospedale Niguarda di Milano, sotto la direzione di Innocenzo Clerici Bagozzi, medico dell'ente assicuratore e tra i primi studiosi a livello europeo della patologia da ustioni (7). Alla fine degli anni cinquanta, il corpo sanitario dell'Istituto era composto di 326 medici ad orario intero, 636 medici fuori ruolo ad orario parziale, 10.308 medici locali convenzionati, 573 infermieri specializzati, 137 tecnici ausiliari (fisioterapisti, operatori radiologici, assistenti sociali ospedalieri, ecc.) Nello stesso periodo l'INAIL poteva disporre di 143 ambulatori chirurgici presso le proprie sedi e di 154 in sedi distaccate, 8 Centri Traumatologici (CTO) dotati di 1528 posti letto (Milano, Bologna, Roma, Bari, Iglesias, Trento e 2 centri a Palermo), 2 Centri di Rieducazione e di Avviamento Professionale (Milano, Palermo), 6 Convalescenziari, una casa di riposo, 13 reparti traumatologici ospedalieri dotati di 1100 letti, 25 sezioni traumatologiche ospedaliere (600 letti), 7 Centri di Studio per le malattie professionali, 3 stazioni schermografiche mobili, 16 punti di primo soccorso e il Centro di Cura per Paraplegici "Villa Marina" a Ostia (Roma) (6). Il primario di quest'ultimo centro, Antonio Maglio (1912-1988), fu tra i primi in Italia a utilizzare lo sport come strumento per il recupero e il reinserimento sociale dei disabili neurolesi. Questa pratica venne portata avanti per la prima volta dal medico tedesco Ludwig Guttman (1899-1980) il quale nella propria clinica a Stoke-Mandeville, nelle vicinanze di Londra, organizzò nel 1948 il primo torneo sportivo aperto agli atleti diversamente abili, inizialmente costituiti dai veterani britan-

nici della Seconda Guerra Mondiale (8). In Italia, Maglio riuscì, dapprima ad organizzare un torneo di scherma su sedia a rotelle nel proprio centro romano e, successivamente, convinse Guttman a tenere i Giochi Internazionali di Stoke-Mandeville a Roma, in occasione dei Giochi Olimpici del 1960. INAIL partecipò quindi attivamente, insieme al Comitato Olimpico Nazionale Italiano, all'organizzazione a Roma di quella che è considerata la prima edizione ufficiale dei Giochi Paralimpici, a cui parteciparono circa 400 atleti disabili provenienti da tutto il mondo.

Sul versante legislativo ed assicurativo, a partire dagli anni Cinquanta vennero approvate alcune modifiche normative in materia di tutela della salute dei lavoratori, tra cui l'aumento a quaranta del numero delle malattie professionali dell'industria (legge 15 novembre 1952, n. 1967), l'obbligatorietà dell'assicurazione dei medici contro le malattie causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive (legge 20 febbraio 1958, n. 93) e l'estensione della tutela assicurativa anche a sette malattie professionali dell'agricoltura (DPR 28 aprile 1959, n. 471). Trascorso circa un trentennio dall'istituzione dell'INAIL, si iniziò a sentire la necessità di una norma unica per la tutela assicurativa dei lavoratori, che comprendesse anche le regole di disciplina dell'infortunio in itinere. In realtà, il Testo Unico, approvato con DPR n. 1124 del 30 giugno 1965, deluse le aspettative, senza determinare modifiche sostanziali al sistema assicurativo italiano (2).

Dalla nascita del Sistema Sanitario Nazionale alle recenti disposizioni normative

A fronte dell'evoluzione della legislazione che ha progressivamente condotto l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali verso un sistema di tipo misto (sentenze della Corte Costituzionale n. 179 del 18 febbraio 1988 e n. 206 del 25 febbraio 1988, normativamente recepite dal comma 4 dell'articolo 10 del D.Lgs. 38/00), l'INAIL ha subito, negli ultimi trenta anni, delle profonde restrizioni delle proprie funzioni, che vennero limitate, a partire dagli anni ottanta, alla sola attività assicurativa e medico legale. In particolare, la riforma ospedaliera del 1979, in attuazione della legge 12 febbraio 1968 n. 162, sottrasse definitivamente la gestione dei CTO all'INAIL che, comunque, già da due anni non poteva più erogare direttamente assistenza sanitaria. Infatti, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 (legge 833), in coerenza con la logica di un'unitarietà di interventi in tema di salute indipendentemente dalla causa della malattia, aveva tolto all'INAIL tutte le competenze in materia di cure, anche di tipo riabilitativo (2).

All'ente rimaneva la gestione del Centro Protesi di Vigorso di Budrio (Bologna), fondato nel 1961 e ancora oggi punto di riferimento a livello nazionale per il reintegro sociale e lavorativo di chiunque subisca un'amputazione d'arto, indipendentemente dalla causa.

L'esperienza cinquantennale di Budrio dimostra che l'INAIL, pur avendo da sempre privilegiato maggiormente il mondo del lavoro, in questo ed in altri momenti

della sua storia (fondazione del “Centro Grandi Ustionati” a Milano, l’istituzione dei Giochi Paralimpici di Roma) è stata in grado di rivolgersi anche alla popolazione generale, indipendentemente dalla causa della malattia, favorendo il reintegro sociale di tutti i tipi di disabilità. Su questa strada riprende il cammino dell’ente, grazie alle modifiche introdotte dal D.Lgs. 106/2009, che ha attribuito nuovamente all’istituto la facoltà di fornire, in accordo con il Servizio Sanitario Nazionale, prestazioni di riabilitazione non ospedaliera, finalizzate all’assistenza ed alla riabilitazione delle vittime di infortuni, in modo da garantirne il migliore e più rapido recupero dell’integrità psicofisica e della capacità lavorativa. Grazie a questa legge, l’INAIL può quindi riappropriarsi delle funzioni già attribuitele nel 1948 dalla Commissione per la riforma della previdenza sociale, che considerava la riabilitazione (intesa come “l’assistenza post-curativa e rieducazione al lavoro”) come “compito fondamentale” di tutti gli organi di previdenza sociale (6).

Richiesta estratti: *Claudia Sferra - Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Via Ferrari 36, 20052 Monza, Italy - E-mail: c.sferra@inail.it*

Bibliografia

- 1) Cataldi E. L’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro: testimonianza di un secolo. Roma: Edizioni INAIL, 1983.
- 2) Busacchi V. D’Antuono G. La medicina del lavoro nei suoi sviluppi storici. (XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina, 1967, Modena). Roma: E. Cossidente, 1967.
- 3) Allevi G. L’assicurazione infortuni e la valutazione dei danni. Milano: Soc. A. Istituto Editoriale Scientifico, 1927.
- 4) Baldasseroni A, Carnevale F, Iavicoli S, Tomassini L. Alle origini della tutela della salute dei lavoratori in Italia. Nascita e primi sviluppi dell’Ispettorato del Lavoro (1904-1939). Roma: ISPESL, 2009.
- 5) Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). Cento anni di storia: l’INAIL alla vigilia del duemila. Roma: INAIL, 1998.
- 6) Moriniello A. Origine e sviluppo della tutela dei lavoratori contro le malattie professionali. Milano: Tipolitografia INAIL, 1959.
- 7) Riva MA. Le avanguardie: i punti di riferimento sanitari. In: Crippa MA, Sironi VA. Ed. Niguarda: un ospedale per l’uomo del nuovo millennio. Cinisello Balsamo: Silvana Editoriale, 2009, 126-131.
- 8) Goodman S. Spirit of Stoke Mandeville: the story of Sir Ludwig Guttmann. London: Collins, 1986.