



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA

Dottorato di ricerca in Storia, Antropologia, Religioni
XXXI ciclo

**Clima, razza, colonizzazione. Nascita e sviluppo della medicina
tropicale in Italia (fine XIX sec. - metà XX sec.)**

Coordinatore del Dottorato:
Prof. Emmanuel Betta

Supervisore:
Prof. Emmanuel Betta

Candidata:
Costanza Bonelli

Anno Accademico 2018-2019

Indice

Abbreviazioni.....	7
Introduzione.....	9
I Parte.....	19
<i>Problemi storiografici e teorici</i>	19
Capitolo I <i>Caratteri della storiografia nazionale e internazionale</i>	19
1.1 Un nuovo campo storiografico.....	19
1.2 Derivazioni e debiti degli studi sulla medicina coloniale: la storia culturale.....	22
1.3 Il linguaggio di Michel Foucault: saperi, discorsi, pratiche e tecnologie del potere.....	25
1.4 L’eredità di Edward Said: i <i>prodotti</i> del centro e i <i>prodotti</i> della periferia.....	29
1.5 Gli studi italiani.....	31
Capitolo II.....	35
<i>Storia del colonialismo, storia della medicina o questione epistemologica?</i>	35
2.1 Sciences hors de l’occidente: la storiografia francese.....	35
2.2. La storia della medicina coloniale: un problema di posizionamento.....	38
2.3 Epistemologia storica e sociologia della scienza.....	39
2.4 Sociologia della scienza, antropologia della scienza, storia dei saperi.....	41
2.5 Medicina: scienza o tecnica?.....	43
Capitolo III.....	47
<i>Razzismo e scienza</i>	47
3.1 Medicina coloniale: scienza o cultura? Prospettive metodologiche.....	47
3.2 “Tropicalità”: una categoria dell’eccesso.....	48
3.3 Lo studio del razzismo in Italia.....	50
3.4 Razzismo “scientifico” o razzismo diffuso?.....	54
3.5 La razza: un concetto politico.....	57
II Parte.....	61
<i>Nascita e sviluppo della medicina tropicale</i>	61
Capitolo IV <i>L’emergere di una disciplina</i>	61
4.1 Nascita e sviluppo di una disciplina: ipotesi per una periodizzazione.....	61
4.2 Processi di istituzionalizzazione: concezioni teoriche e strutture.....	66
4.3 Un nuovo “interventismo” medico: la microbiologia di fine XIX secolo.....	73
4.4 <i>Naturalizzare</i> la malattia, <i>omogeneizzare</i> gli spazi di conquista.....	76
4.5 Il caso italiano: medicina navale ed emigrazione.....	83
4.6 All’origine della disciplina: transizioni scientifiche, transizioni geografiche.....	91
4.7 Concezioni e confini dello spazio medico: oltre il “particolarismo” nosografico.....	95
4.8 Assab e Massaua, la «Porta dell’Inferno»: i primi studi in colonia.....	101

4.9 Malaria: malattia nazionale o coloniale?.....	108
4.10 Corpi anomali, corpi anormali.....	110
4.11 Nosografia somala: immagini di salubrità per un possedimento all'equatore.....	113
4.12 Gerarchie, usi indigeni, epidemie: l'impianto dei servizi in Eritrea.....	117
4.13 Scienza in colonia: l'istituto siero vaccinogeno di Asmara.....	131
4.14 Mobilità dei saperi e modelli di organizzazione: derivazioni, prestiti, circolazione .	135
Capitolo V.....	145
<i>Medicina coloniale tra guerra e fascismo.....</i>	145
5.1 Guerra vecchia, guerra nuova. Guerra europea, guerra coloniale.....	145
5.2 Sanità militare: processi di sviluppo, congiunture belliche.....	154
5.3 Guerra e governo delle epidemie: strutturare lo spazio della nuova colonia libica.....	164
5.4 I "tropicci" nel Mediterraneo: gerarchizzare lo spazio.....	175
5.5 Nuovi problemi per l'indagine medica? L'impatto della Grande Guerra sulla medicina coloniale.....	185
5.6. Dimensione internazionale e processi sanitari.....	186
5.7 Peste, tifo: epidemie in colonia fra primo conflitto mondiale e dopoguerra.....	190
5.8 Medicina coloniale: scienza "razionalizzata" o scienza militare?.....	200
5.9 "Tropicci" in Italia, "tropicci" in colonia: gli studi di Umberto Gabbi.....	203
5.10 L' «Archivio italiano di scienze mediche coloniali».....	208
Capitolo VI.....	217
<i>Guerra ed expertise medica. La medicina tropicale nell'organizzazione del conflitto italo-etiope</i>	217
6.1 <i>Expertise</i> , guerra e processi di legittimazione del sapere.....	217
6.2 Scienza e organizzazione del conflitto: la Clinica delle malattie tropicali a Roma.....	219
6.3 Costruzione di un'expertise.....	224
6.4 L'organizzazione sanitaria della campagna d'Etiopia: medicina militare, medicina tropicale, propaganda.....	229
6.5 Medicina militare: i saperi di un corpo.....	245
6.6 Ospedalizzare la guerra: strutture e personale.....	250
6.7 Vaccinazione: una medicina <i>contro</i> natura.....	257
6.8 Truppe metropolitane, truppe indigene: modelli di "normalità" a confronto.....	269
6.9 «Alcuni rischi tipicamente africani».....	277
6.10 <i>Rimpatriare</i> la malattia.....	282
6.11 L'inversione di un paradigma "storico". Contare i malati e i feriti in guerra.....	292
6.12 <i>Patologia</i> etiopica.....	295
Parte III.....	303
<i>Morbilità, fisiologia, immunità.....</i>	303
Capitolo VII <i>Acclimatazione.....</i>	303
7.1 La vulnerabilità dell'uomo bianco: il problema dell'acclimatazione.....	303
7.2 Nascita e uso del termine: flessibilità e trasformazione del vivente.....	308
7.3 Dal regno vegetale a quello umano: transizioni di una nozione.....	315
7.4 Acclimatazione del colono, acclimatazione del colonizzato.....	317
7.5 Clima, igiene e razza: le concezioni e i mutamenti.....	324
7.6 L'igiene coloniale: i prontuari per il colono e i prontuari per il colonizzato.....	342
7.7 Immunità "differenziale": per una geografia storica della salute.....	350

Appendice I.....	359
Appendice II.....	365
Bibliografia	395

Abbreviazioni

ACS, Archivio centrale dello Stato

AISMC, Archivio italiano delle scienze mediche coloniali

AMNC, Annali di medicina navale e coloniale

ASDMAE, Archivio Storico Diplomatico del Ministero degli Affari Esteri

ASSR, Archivio storico del Senato della Repubblica

ASURS, Archivio storico dell'Università di Roma «La Sapienza»

GIMET, Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale

MAI, Ministero dell'Africa Italiana

MAI - GAB, Ministero Africa Italiana Gabinetto Archivio Segreto

MARIPERS, Direzione per l'Impiego del Personale Militare della Marina

MARISAN Direzione di sanità della Marina Militare

MARISUPAO Comando superiore Marina in Africa Orientale

MARISTAT Stato Maggiore della Marina Militare

TNC, The National Archives

USSME, Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito

USMM, Archivio dell'Ufficio Storico dello Stato Maggiore della Marina Militare

WO, War Office

Introduzione

1. Interrogativi e fonti della ricerca

Nel panorama storiografico internazionale degli ultimi decenni sempre più numerosi sono gli studi che, nell'ambito delle ricerche sull'imperialismo, assumono il rapporto medicina-colonialismo come prospettiva privilegiata per indagare i caratteri dell'espansione europea otto-novecentesca.

Le prime monografie sull'argomento compaiono alla fine degli anni ottanta, sotto l'impulso delle riflessioni di Michel Foucault e Edward Said e in stretta connessione con le prospettive aperte dalla storia culturale. Ne sono un esempio i volumi collettanei, editi nel 1988, *Disease, medicine and empire* di Roy MacLeod e Milton Lewis e *Imperial medicine and indigenous societies* di David Arnold. A questi lavori si aggiungono la monografia *Death by migration* di Philip Curtin, pubblicata nel 1989, e lo studio di Megan Vaughan, *Curing their ills*, del 1991¹. Il dibattito si è poi intensificato tra il 1990 e il 1996, grazie ai convegni organizzati a Parigi *Science and Empires* (1990) e *Les Sciences Hors d'Occident au XXème Siècle* (1994), e all'incontro *Medicine and colonies* tenutosi a Londra nel 1996². Numerosi articoli sono da allora comparsi sulle riviste «Social History of Medicine», «Osiris», «Isis» e «Bulletin of the History of Medicine»³.

Se già nel secondo dopoguerra, con il processo di decolonizzazione, l'immagine della medicina tropicale come simbolo del progresso occidentale iniziava ad incrinarsi (ne sono esempio le opere di Frantz Fanon), bisogna attendere il decennio novanta perché lo studio di

¹ D. Arnold, *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, New York 1988; M. Lewis, R. MacLeod, *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Routledge, London-New York 1988; F. D. Curtin, *Death by migration. Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge University Press, Cambridge 1989; M. Vaughan, *Curing their ills. Colonial power and african illness*, Stanford University Press, Palo Alto 1992.

² P. Petitjean, C. Jami, A. M. Moulin (a cura di), *Science and Empires. Historical studies about scientific development and european expansion*, Springer, London-New York 1992; R. Waast (dir.), *Les Sciences Hors d'Occident au XXème Siècle*, 7 voll., ORSTOM, Paris 1995-1996; M. P. Sutphen, B. Andrews, *Medicine and colonial identity*, Routledge, London-New York 2003.

³ La letteratura è ampia, e per ragioni di spazio si signaleranno qui solo i contributi più significativi. Si vedano ad esempio i numeri monografici: R. MacLeod (a cura di), *Nature and Empire. Science and the Colonial Enterprise*, in «Osiris», 15 (2000) e *Colonial science*, in «Isis. A Journal of the History of Science Society», 1 (2005). Per alcune rassegne storiografiche sul tema della medicina coloniale si veda: W. Anderson, *Where is the Postcolonial History of Medicine*, in «Bulletin of the History of Medicine», 72, (1998), pp. 522-30; E. Waltraud, *Beyond East and West. From the History of Colonial Medicine to a Social History of Medicine(s) in South Asia*, in «Social History of Medicine», XX, 3 (2007), pp. 505-524; W. Anderson, *Making Global Health History: The Postcolonial Worldliness of Biomedicine*, in «Social History of Medicine», XXVII, 2 (2014), pp. 372-384; M. Harrison, *A Global Perspective: Reframing the History of Health, Medicine, and Disease*, in «Bulletin of the History of Medicine», 4 (2015), pp. 639-689.

tale disciplina si configuri, nel panorama internazionale, come campo autonomo della ricerca storiografica sull'imperialismo.

Nonostante l'attenzione sviluppatasi negli ultimi anni attorno al ruolo che geografia, diritto e antropologia hanno svolto nel quadro dell'espansione coloniale italiana⁴, il corpus di studi teorici della medicina coloniale e l'organizzazione sanitaria dei possedimenti d'oltremare rimangono campi ancora in larga parte inesplorati. Uniche eccezioni in questo panorama, le ricerche di Luigi Benevelli e di Marianna Scarfone⁵ sulla psichiatria coloniale italiana e il lavoro di Paola Pellitteri sull'organizzazione sanitaria della Libia coloniale⁶.

Numerosi sono invece gli storici che hanno esaminato, negli ultimi anni, i rapporti tra scienza e razzismo nell'Italia liberale e fascista⁷. Con l'analisi della medicina tropicale si apre però una diversa prospettiva d'indagine: non si tratta di esaminare le figure del mondo scientifico più compromesse con le politiche discriminatorie, ma di analizzare un settore nella sua interezza, come campione significativo della cultura italiana e, più esattamente, far emergere come si strutturò un intero campo del sapere in corrispondenza della nuova politica imperialistica.

In connessione con le prospettive aperte dagli studi internazionali, questa ricerca prende dunque in esame gli sviluppi, nell'Italia liberale e poi fascista, della conoscenza medica sulle malattie tropicali. Quali condizioni rendano possibile lo strutturarsi di un nuovo campo

⁴ Sul diritto coloniale L. Martone, *Giustizia coloniale. Modelli e prassi penale per i sudditi d'Africa dall'età giolittiana al fascismo*, Jovene, Napoli 2002; A. Mazzacane, *Oltremare. Diritto e istituzioni dal colonialismo all'età postcoloniale*, Cuen, Napoli 2006; L. Martone, *Diritto d'oltremare: legge e ordine per le colonie del Regno d'Italia*, Giuffrè Editore, Milano 2007; G. Bascherini, G. Ruocco (a cura di), *Lontano vicino. Metropoli e colonie nella costruzione dello Stato nazionale italiano*, Jovene, Napoli 2016. Per il ruolo della disciplina geografica nell'espansione italiana oltremare: G. Monina, *Il consenso coloniale. Le società geografiche e l'Istituto coloniale italiano (1896-1914)*, Carocci, Roma 2002. Sulle relazioni tra studi antropologici e colonialismo italiano: S. Puccini, *L'uomo e gli uomini: scritti di antropologi italiani dell'ottocento*, CISU, Roma 1991; Id., *Andare lontano. Viaggi ed etnografia nel secondo ottocento*, Carocci, Roma 1999; B. Sorgoni, *Parole e corpi. Antropologia, discorso giuridico e politiche sessuali interrazziali nella colonia Eritrea (1890-1941)*, Liguori, Napoli 1998; Id., *Etnografia e colonialismo. L'Eritrea e l'Etiopia di Alberto Pollera (1873-1939)*, Bollati Boringhieri, Torino 2001; G. Dore, *Amministrare l'esotico. L'etnografia pratica dei funzionari e dei missionari nell'Eritrea coloniale*, CLEUP, Padova 2017.

⁵ L. Benevelli, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941)*, Argo, Lecce 2010; M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana: teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni (1906-1952)*, Tesi di dottorato, Università Ca' Foscari, Venezia, 2014; Id., *Alberto Denti di Pirajno: medico, funzionario, scrittore*, in *Governare l'Oltremare*, a cura di G. Dore, C. Giorgi, A. A. Morone, M. Zaccaria, Carocci, Roma 2013; Id., "La nevrastenia sotto i tropici". *I disturbi mentali dei bianchi in colonia*, in V. Deplano, A. Pes (dir.), *Quel che resta dell'Impero. La cultura coloniale degli italiani*, Milano-Udine, Mimesis 2014; Id., *Gli storici e la psichiatria coloniale: interrogativi, approcci, orientamenti*, in «Contemporanea», 4 (2015), pp. 665-676; Id., *Genere, razza e psichiatria coloniale. Voci e silenzi nel caso clinico di una donna libica (1939)*, in «DEP. Deportate, esuli, profughe», (2015), pp. 48-71; Id., *Tripoli-Palermo andata e ritorno? I trasferimenti dei pazienti psichiatrici tra colonia e madrepatria 1912-1952*, in «Zapruder. Storie in movimento», 41 (2016), p. 54-69; Id., *La psichiatria italiana au front. L'expérience fondatrice de la guerre de Libye (1911-1912)*, in «Le Mouvement social», 4 (2016), p. 109-126.

⁶ P. Pellitteri, *Igea in Colonia. Biomedicina, istituzioni sanitarie e professioni mediche a Tripoli (1880-1940)*, EUI PhD Thesis, European University Institute, Firenze 2009.

⁷ F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006; Id., "La Difesa della razza". *Politica, ideologia e immagine del razzismo fascista*, Einaudi, Torino 2008; G. Israel, P. Nastasi, *Scienza e razza nell'Italia fascista*, Il Mulino, Bologna 1998; R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, La Nuova Italia, Firenze 1999; C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2004; C. Pogliano, *L'ossessione della razza. Antropologia e genetica nel XX secolo*, Edizioni della Normale, Pisa 2005.

scientifico e quali legami intercorrano tra quest'ultimo e le esigenze della colonizzazione, sono gli interrogativi da cui muove questo percorso di studio.

Per osservare le dinamiche che regolano l'istituzionalizzazione della medicina tropicale come disciplina, e far emergere quali persistenze o discontinuità caratterizzano il discorso razzista nell'Italia coloniale, si è scelto di adottare una prospettiva di media - lunga durata, orientando la ricerca, in primo luogo, sul diversificato corpus di pubblicazioni edite in Italia tra la fine del XIX e la metà del XX sec.: manuali di patologia tropicale, prontuari di igiene per coloni o colonizzati, riviste specializzate quali, in particolare, gli «Annali di medicina navale e coloniale» editi dal 1895, il «Giornale di medicina militare» (1851-1943), «Malaria e malattie dei paesi caldi» (1910-1918), l'«Archivio italiano di scienze mediche coloniali» pubblicato a Tripoli (1920-1928), e successivamente a Bologna (1929-1943), e il «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali e igiene coloniale» (1928-37).

Al fine di valutare in che misura gli indirizzi aperti da questo nuovo settore di studi siano presenti nel dibattito scientifico, si è guardato ai periodici: «Annali d'Igiene» (editi dal 1889), «La Riforma medica» (pubblicata dal 1885), «Il Policlinico. Sezione pratica» (stampato dal 1894), «La Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche». Si è inoltre scelto di prendere in esame i periodici «Rivista coloniale» e «L'oltremare» - organi dell'Istituto coloniale italiano -, ma anche i giornali l'«Italia coloniale», «Rivista delle colonie», «L'azione coloniale», «Gli Annali dell'Africa italiana» - per osservare quale circolazione e declinazione abbiano avuto i temi e le nozioni di medicina tropicale nella propaganda a sostegno dell'espansione d'oltremare italiana. Particolare attenzione è stata poi dedicata agli articoli pubblicati sui quotidiani nazionali negli anni della guerra italo-turca e della campagna d'Etiopia. Riviste di sanità tropicale straniere - in particolare pubblicazioni francesi e inglesi⁸ - sono state ugualmente oggetto di analisi, per esaminare le dinamiche di scambio, ripresa e riformulazione che hanno interessato le concezioni e le pratiche della scienza europea rivolta ai "tropic".

La pubblicazione degli articoli e dei manuali di medicina tropicale segue l'andamento delle conquiste d'oltremare: le prime ricerche compaiono in Italia a fine ottocento⁹ e nuove pubblicazioni si registrano negli anni della guerra di Libia¹⁰. Tra anni e venti e trenta si assiste a un aumento quantitativo degli studi, come degli insegnamenti universitari e dei congressi di medicina coloniale¹¹; un processo che le potenze coloniali europee avevano conosciuto già ad

⁸ Tra cui, in particolare, le pubblicazioni seriali: «Archives de médecine navale», «Annales de l'Institut Pasteur», «Annales d'hygiène et de médecine coloniales», «Lancet».

⁹ Questo aspetto sarà trattato nel capitolo IV della tesi.

¹⁰ La letteratura medica in materia di malattie tropicali, pubblicata negli anni della campagna di Libia, è ampia. Si segnalano qui e nella nota successiva solo alcune principali pubblicazioni, e si rimanda al capitolo IV per ulteriori riferimenti bibliografici: U. Gabbi, *Malattie tropicali dell'Italia meridionale e delle isole*, Voll. I-II, G. Principato, Messina 1911; R. Ribolla, *Il medico a bordo e nei paesi tropicali. Manuale teorico pratico di igiene navale e patologia esotica*, U. Hoepli, Milano 1913; A. Bevilacqua, D. Brielli, V. Calò, *Note di patologia etiopica*, Bertero, Roma 1913; G. Sanarelli, *Manuale di igiene generale e coloniale*, Editore Barbera, Firenze 1914.

¹¹ Tra i titoli più significativi: G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, Provveditorato Generale Dello Stato, Roma 1926; C. M. Belli, *Igiene coloniale*, in O. Casagrandi (a cura di), *Trattato italiano di igiene*, UTET, Torino 1928; G. Franchini, *Patologia tropicale*, La Garoflito, Bologna 1929; P. Croveri, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, Libreria Carlo Pasta, Torino 1932 (riedito nel 1935);

inizio novecento. I primi prontuari di taglio divulgativo, destinati agli italiani in partenza per le colonie, compaiono invece dal 1935 (con alcune eccezioni¹²); la loro stesura avviene su iniziativa dell'Istituto coloniale italiano, dell'INA e degli Istituti fascisti per l'Africa italiana; a cura inoltre di quotidiani e per iniziativa autonoma di medici e studiosi di patologia tropicale¹³.

Per far luce sulle istituzioni impegnate, in Italia, nello sviluppo degli studi sulle malattie tropicali, nonché per avviare una ricostruzione, seppur parziale, della rete di strutture sanitarie presenti nei possedimenti coloniali italiani, la ricerca si basa sullo studio di più fondi archivistici. Nata per esigenze pratiche, di governo dei territori d'oltremare, la medicina coloniale è infatti una disciplina i cui aspetti teorici sono indissociabili dal contesto e dalle forme della loro applicazione.

Il più ampio corpus documentale a disposizione della ricerca è rappresentato dal materiale dell'archivio storico del Ministero degli affari esteri, dove sono conservate le carte del Ministero delle colonie, istituito nel 1912 e divenuto, nel 1937, Ministero dell'Africa italiana, nonché la documentazione anteriore al 1912, quando la gestione dei possedimenti coloniali era delegata allo stesso Ministero degli esteri. In particolare, i fondi *Ministero dell'Africa Italiana* (5 serie) e *Ministero Africa Italiana Gabinetto Archivio Segreto*, conservano rapporti periodici sull'andamento delle malattie infettive e sulle misure di profilassi adottate dai governi coloniali per contrastarle; resoconti dell'attività delle strutture sanitarie (civili e militari) operanti nei possedimenti italiani nonché notizie sul personale medico e infermieristico attivo in colonia; bollettini e ordinanze di sanità marittima relativi all'istituzione di quarantene; relazioni sullo stato di salute delle truppe e opere di sistematizzazione curate dal Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa. Nell'archivio del Ministero si trova inoltre depositata la documentazione del governo della

M. Giordano, *Patologia e parassitologia dei paesi caldi*, Modena 1934); G. Izar, *Nosografia delle nostre colonie*, Milano 1935; A. Castellani, I. Jacono, *Manuale di clinica tropicale*, Rosenberg & Sellier, Torino 1937.

¹² Si tratta, come si vedrà più avanti della traduzione di un opuscolo curato dall'Istituto Pasteur di Parigi - *La difesa della salute: libro per conservare la salute destinato ai musulmani dell'Africa settentrionale*, Stab. Nuove Arti Grafiche, Tripoli 1925 - e dei prontuari preparati da missioni religiose operanti in Eritrea: *Manuale di igiene italiano-tigrài ad uso delle scuole indigene per cura della missione cattolica*, Tipografia Francescana, Asmara 1918; C. M. Groth, *Manuale di ostetricia, adattato dallo svedese di Groth e Lindblom in lingua tigrigna da Teresa De Pertis*, Missione Evangelica, Asmara 1928.

¹³ *Igiene nei paesi caldi e le malattie dominanti nelle nostre colonie. Brevi cenni ad uso dei non medici*, Istituto Coloniale Fascista, Roma 1935; L. De Castro, *Per star bene nelle colonie. Nozioni e consigli agli italiani dell'Impero*, Tripoli 1935; D. Greco, *Manuale pratico di medicina coloniale*, R. Pironti, Napoli 1935; C. Nosenzo, *L'igiene nell'Africa tropicale*, Tip. A. Viretto (Istituto fascista di cultura), Torino 1935; L. Carella, *Igiene del lavoro nei climi caldi dell'Africa orientale: manuale pratico per l'operaio italiano*, Laterza, Bari 1936; C. A. Ragazzi, *Notizie d'igiene e medicina per chi dimora e per chi va in A.O.I.*, Il secolo illustrato, Milano 1936; A. Ciotola, *Nozioni pratiche di medicina ed igiene coloniale*, F. Maggi, Tripoli 1936; G. Arcoleo, *Cenni di medicina esotica e tropicale: igiene e profilassi dei paesi caldi*, Corbaccio, Milano 1936; M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle. Nozioni pratiche di igiene e di medicina ad uso degli italiani dimoranti nelle colonie*, Tip. G. Barbera di Alfani e Venturi, Firenze 1938; G. Penso, *Igiene della vita coloniale*, INA, Roma 1939; G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale. Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero*, Istituto fascista per l'Africa italiana - Sezione provinciale di Bari, Laterza, Bari 1939; C. Zannelli, *Elementi di igiene coloniale e nozioni di pronto soccorso*, Istituto fascista dell'Africa italiana. Sezione provinciale di Littoria, Littoria 1941; C. Guidetti, *Malattie ed igiene nei paesi caldi guida pratica ad uso dei sanitari, ufficiali, funzionari, infermieri destinati ai servizi coloniali*, Liguria medica, Genova 1942; F. Arfelli (a cura di), *Sanità della razza in colonia. Dal Corso di nozioni mediche coloniali tenuto da Felice Arfelli, Vincenzo Bollini etc.*, Ist. Fascista Africa Italiana, Tip. Azzoguidi, Bologna 1942.

Colonia Eritrea, unico archivio coloniale rientrato in Italia negli anni cinquanta (le carte delle altre amministrazioni d'oltremare sono infatti andate disperse durante la seconda guerra mondiale).

Con la chiusura e la smobilitazione, stabilita nel 1953, degli apparati di governo protagonisti delle vicende coloniali, il corpus documentario dell'amministrazione coloniale italiana veniva destinato agli Affari Esteri invece che all'Archivio centrale dello Stato. Nel 1952 era stato infatti istituito un apposito comitato di ricerca¹⁴ con il compito di «pubblicare, in conformità a quanto hanno praticato altre potenze colonizzatrici europee, i più significativi documenti italiani attinenti alle nostre colonie [...] testimonianza dell'opera di civiltà svolta dall'Italia nel continente africano»¹⁵. Ad una ristretta cerchia di “uomini fidati” viene dunque delegata l'indagine sulle carte dell'amministrazione delle colonie italiane, oggetto di una gestione esclusiva fino alla chiusura del comitato, avvenuta nei primi anni ottanta. I fondi citati portano traccia di questo passaggio: non a caso i documenti più rilevanti per lo studio della sanità coloniale si trovano raccolti tra i materiali estratti per le esigenze di ricerca del comitato.

Documenti del Ministero dell'Africa italiana relativi all'organizzazione medica dei possedimenti d'oltremare sono conservati anche all'Archivio centrale dello Stato: oltre allo spoglio di tale materiale, relativo agli anni quaranta, con qualche riferimento alla fine del decennio trenta, la ricerca si è concentrata sulle carte raccolte nella serie Direzione generale di sanità pubblica 1861-1934 del Ministero dell'interno, sulla serie Istituto superiore di sanità dell'archivio del Ministero della sanità, sul fondo inoltre dell'Istituto di malariologia Ettore Marchiafava, operante in Africa Orientale nella seconda metà degli anni trenta.

L'archivio dell'Ufficio storico della Marina Militare offre invece carte di notevole interesse per la ricostruzione della dimensione sanitaria del conflitto italo-turco, di cui si trova descrizione nei documenti dell'archivio di base, e per osservare i caratteri del servizio sanitario della campagna d'Etiopia, di cui conserva integro il corpus documentario relativo alle navi ospedale impiegate nel trasporto degli ammalati durante la spedizione. Di uguale interesse, per un'indagine sul rapporto tra medicina e guerra, sono risultati i fondi conservati presso l'Ufficio Storico dell'Esercito.

Non è stato invece possibile accedere ai documenti della Società italiana di medicina e igiene coloniale, istituita nel 1928. Le sue carte si trovano probabilmente depositate nell'archivio storico dell'Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente (ISIAO), inaccessibile per anni dopo la chiusura dell'ente nel 2012, e ora trasferito in parte alla Biblioteca nazionale centrale di Roma, che conserva la documentazione libraria e fotografica, e in parte al Ministero degli affari esteri, dove è ancora in corso l'inventariazione del patrimonio documentario.

Allo stesso tempo non si è potuto verificare la presenza, all'interno dell'ospedale Umberto I di Roma, di documentazione che testimoni l'attività svolta dalla Clinica delle malattie tropicali e subtropicali diretta da Aldo Castellani negli anni trenta e quaranta, oggi Clinica delle malattie infettive. Solo gli archivi universitari de “La Sapienza” contengono cenni sul funzionamento dell'istituto, sui finanziamenti ricevuti e sulle rette di degenza dei pazienti ricoverati.

¹⁴ Il Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa. Cfr Decreto interministeriale n. 140, 11 gennaio 1952.

¹⁵ A. M. Morone, *I custodi della memoria. Il comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa*, in «Zapruder», 23 (2010), pp. 25-38

Nell'impossibilità di accedere a questo tipo di documentazione, per ricostruire il percorso biografico di Castellani si sono utilizzati i documenti conservati nei fondi della Società geografica italiana, negli archivi della London School of Hygiene and Tropical Medicine, dove il medico operò nel corso della sua carriera, le collezioni del centro di ricerca biomedica Wellcome Trust di Londra e il materiale documentario depositato all'Archivio centrale dello Stato (fondi Segreteria particolare del Duce, Ministero della pubblica istruzione). I fondi (Colonial Office e War Office) dei National Archives britannici sono stati invece esaminati come fonte di informazione sull'organizzazione sanitaria dei possedimenti italiani nella metà degli anni trenta.

Per quanto riguarda polo modenese di insegnamento della medicina coloniale, istituito nel 1930 ad opera del medico tropicalista Giuseppe Franchini, con annesso un Centro di medicina indigena diretto da Tommaso Sarnelli, sono state consultate le carte del fondo Franchini conservate presso la Biblioteca Estense di Modena. La raccolta testimonia l'attività svolta da Franchini a favore della rivista l'«Archivio Italiano di scienze mediche e coloniali», di cui era divenuto, nel 1927, direttore. Il fondo riguarda invece in misura ristretta l'attività della scuola universitaria modenese, i cui archivi sono probabilmente andati dispersi.

Presso il museo di storia della medicina dell'università di Roma sono invece depositate le carte di Angelo Celli, figura di primo piano nello studio e nella lotta antimalarica, nonché animatore della prima Società italiana di medicina e igiene coloniale, e quelle di Giuseppe Sanarelli, direttore negli anni venti della rivista «Annali d'Igiene» e studioso di morbi tropicali come la febbre gialla.

Il Centro Documentazione Memorie Coloniali di Modena e la Società Geografica Italiana conservano poi diversi fondi prodotti (a stampa o fotografici) da medici operanti in colonia, mentre l'archivio della Società di Studi Valdesi, a Torino, raccoglie le carte familiari di alcuni missionari evangelici attivi nella sanità di base della Colonia Eritrea.

2. Direzioni di ricerca: nodi tematici

2.1 “Discipline building”

Oltre a ricostruire il panorama degli studi internazionali (capitolo I), e a collocare l'analisi della medicina coloniale nel più ampio quadro della storia della scienza (capitolo II) e dei lavori storiografici sul razzismo (capitolo III), la ricerca analizza le dinamiche che hanno consentito, in Italia, l'istituzionalizzazione della medicina tropicale come disciplina accademica.

La tesi si apre con la descrizione dei nuclei originari a cui si deve l'emergere della medicina coloniale come settore di studio - la scuola romana di malariologia e le riviste di sanità militare dell'esercito e della marina -: due contesti di produzione della conoscenza sanitaria che godono di riconoscimento e legittimità scientifica ben diversi e che, pur insistendo su un medesimo quadro - quello delle malattie “tropicali”, che per l'Italia sono in alcuni casi morbi “nazionali” -, si articoleranno spesso, tra fine ottocento e inizio novecento, come campi

paralleli, se non divergenti, del pensiero scientifico influenzato dalle nuove scoperte della parassitologia.

La ricerca prosegue con l'individuazione dei successivi poli di sviluppo della disciplina e delle figure che hanno contribuito alla loro formazione: l'istituto siero vaccinogeno di Asmara, il periodico «Malaria e malattie dei paesi caldi» fondato da Umberto Gabbi, la scuola di patologia coloniale di Bologna diretta da Giuseppe Franchini e la rivista «Archivio italiano di scienze mediche coloniali».

Il lavoro segue l'andamento non lineare di questo settore di studi, che conosce fasi di accelerazione e stallo fino agli ultimi anni venti, quando ottiene piena legittimità come sapere scientifico, grazie al sostegno del regime. In quegli anni, le pubblicazioni di medicina tropicale, i congressi e gli insegnamenti universitari si moltiplicheranno, promossi da nuove istituzioni specializzate: la Società italiana di medicina e igiene coloniale costituita nel 1928, l'Istituto di patologia coloniale diretto da Franchini a Modena dal 1930, e la Clinica delle malattie tropicali fondata a Roma nel 1931 e affidata alla direzione di Aldo Castellani, tropicalista divenuto noto, a inizio novecento, per la scoperta del parassita responsabile della malattia del sonno.

Dalla metà degli anni trenta l'attività della clinica romana sarà ridisegnata in funzione della costituzione dell'impero, e a Castellani assegnata la responsabilità dell'organizzazione sanitaria della spedizione etiopica. In quegli anni, il tema delle malattie tropicali e del loro impatto sull'europeo in colonia inizierà a circolare con frequenza sulla stampa, entrando a pieno titolo a far parte del terreno della costruzione del consenso a favore dell'impero.

2.2 Medicina e guerra

La pubblicazione degli articoli e dei manuali di medicina tropicale segue l'andamento delle conquiste d'oltremare: le prime ricerche compaiono in Italia a fine ottocento e numerose pubblicazioni si registrano negli anni della guerra italo-turca. Nel 1914 è istituita a Napoli la prima cattedra di «Clinica delle malattie tropicali» che, però, a causa dello scoppio della guerra non darà mai luogo a docenza.

Lo sviluppo della medicina tropicale come ambito d'indagine delle scienze sanitarie conosce infatti, durante il primo conflitto mondiale, un momento di arresto: le pubblicazioni si interrompono e le riviste specializzate in patologia coloniale riconvertono i loro contenuti ai temi più impellenti della medicina militare. Se a livello di strutturazione della disciplina sembra possibile delineare una connessione solo “negativa” tra conflitto mondiale e sviluppo del nuovo settore di studi - con la prima guerra mondiale che agisce come ostacolo, come polo di “distrazione” dalla costituzione di un campo di ricerca - ciò non significa che quest'ultima, con la sua «combinazione inedita di razionalizzazione e distruzione»¹⁶ abbia prodotto scarse conseguenze nell'orientamento degli studi e nella definizione dei caratteri delle politiche di gestione sanitaria.

¹⁶ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2017, p. 108.

Spettatore ed attore della nuova dimensione “industriale” e “di massa” assunta dall’intervento medico durante la conflagrazione mondiale, Castellani - che durante il primo conflitto mondiale aveva preso parte all’organizzazione di servizi di sanità militare sul fronte balcanico – continua a guardare alla Grande Guerra come riferimento tacito per ogni assetto “moderno” ed efficiente dei servizi sanitari, anche per quello della campagna d’Etiopia della cui organizzazione è nominato, nel 1935, responsabile. Attraverso il ricorso ad un ampio corpo di operatori sanitari e mezzi tecnologici (come, ad esempio, le navi ospedale) e grazie all’adozione di sistemi di profilassi obbligatoria, Castellani darà infatti luogo ad un’organizzazione altamente razionalizzata del servizio sanitario preservando la guerra italo-etiopica dall’incubo di tutte le spedizioni “pre-moderne”: l’alta mortalità per malattia dei corpi militari.

Il ruolo assunto da Castellani nella campagna d’Etiopia e l’*expertise* offerta a servizio del regime, ma anche l’analisi degli aspetti sanitari del conflitto italo-turco e l’esame dell’impatto prodotto dalla Grande Guerra sugli orientamenti della disciplina e delle politiche sanitarie in colonia offrono, come cerca di mostrare questo lavoro, un orizzonte d’indagine sul rapporto tra medicina e momento bellico; un nodo su cui la storiografia si è di rado soffermata (ad eccezione dei lavori di Delaporte, Gibelli, Harrison, Cooter, Rasmussen e Fredj) lasciando inalterata quell’idea - in altri campi sottoposta a revisione critica degli studiosi - che la guerra costituisca un fattore di indubbio avanzamento e “accelerazione” della scienza medica.

2.3 La vulnerabilità del bianco in colonia: un problema di “acclimatazione”

Osservando nel loro insieme gli scritti di medicina coloniale pubblicati in Italia, è il tema dell’adattamento, o “acclimatazione”, del bianco alle condizioni dell’ambiente “tropicale” a figurare con più insistenza e continuità nella produzione scientifica di fine XIX sec. e metà XX sec. Ciò che continua a preoccupare i medici coloniali di età liberale, e durante il ventennio fascista, è dunque la vulnerabilità “fisica” dell’europeo “trapiantato” in colonia.

Tale questione, più che segnalare l’arretratezza di una parte della scienza, lontana dai progressi della batteriologia e ancorata ai temi degli “influssi atmosferici”, costituisce un interessante indicatore dell’intreccio che lega insieme medicina tropicale e imperialismo, un sintomo della dipendenza di questo campo dagli orientamenti della politica. Dietro alle preoccupazioni per l’adattamento del colono si nasconde infatti il timore che la fisiologia dell’europeo risulti “diminuita” da fattori “naturalisti”, indebolita da un ambiente “ostile”, che rischia di sovvertire le gerarchie sociali dell’ordine coloniale (questa la *pericolosità* dei tropici). Tale preoccupazione per l’adattamento dell’europeo al clima dei territori d’oltremare non è infatti “misurata” in valori assoluti ma in rapporto allo stato di salute del colonizzato e alle sue capacità di adattamento, “resistenza” al proprio ambiente, e alle malattie che lo caratterizzano.

Pur trattandosi di un progetto di dottorato in storia contemporanea, la ricerca si colloca fra diversi ambiti disciplinari - storia della medicina, storia del colonialismo, e infine, storia della scienza - ed ha come suo nodo costitutivo un interrogativo sul rapporto tra uomo e ambiente

nella società coloniale, e cioè sulla relazione tra colono e nuovo spazio di conquista e tra colonizzato e proprio ambiente di vita; un nesso in cui si addensano e si costruiscono le concezioni attraverso cui questo nuovo settore della conoscenza medica farà i conti con la diversità del vivente, diversità che, come ha scritto Jean-Charles Sournia, i gruppi umani rivelano sempre di fronte alla malattia¹⁷.

L'analisi di tale relazione costituisce uno dei nodi centrali della ricerca: comprendere quale rappresentazione venga assegnata, nelle fonti mediche, al rapporto tra ambiente tropicale ed europeo - è infatti fondamentale per capire dove situare la linea di separazione tra colono e colonizzato e per determinare quale prospettiva sul razzismo sia adeguata per uno studio del colonialismo italiano

2.4 Malattie dominanti ed epidemie nello spazio “tropicale”: concezioni e strategie di contrasto

Nella fase di relativa stabilità delle dinamiche europee d'inizio XIX sec., nonché di espansione del commercio internazionale e di primo avvio delle conquiste coloniali, i problemi di sanità, o meglio di sicurezza sanitaria, divengono gradualmente una preoccupazione internazionale. La prima Conferenza sanitaria, tenutasi a Parigi nel 1851, pone le basi per un'inedita collaborazione intergovernativa sulle questioni di salute e di profilassi delle malattie infettive. Le dodici conferenze che ne seguono, tra 1859 e 1938, ricopriranno un ruolo fondamentale nella definizione di un dispositivo internazionale di prevenzione e lotta contro affezioni come colera, vero flagello del XIX sec., febbre gialla e peste, orientando sempre di più il loro campo d'azione attorno al controllo securitario di uno dei più grandi re-distributori di affezioni epidemiche - il pellegrinaggio alla Mecca. Un orientamento, quest'ultimo, destinato a modificarsi alla fine della Grande Guerra, con la ricostituzione del movimento sanitario internazionale in seno a due organismi di rinnovata capacità d'azione e più decisa vocazione internazionale: l'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni e dell'Office International d'Hygiène Publique (OIHP)¹⁸.

Oltre a concentrarsi sulla ricostruzione delle concezioni operanti nel settore della medicina tropicale, la ricerca prenderà in esame i processi di gestione del rischio epidemico, seguendo la doppia dimensione internazionale e “locale” che interviene nella loro definizione, e prestando particolare attenzione alle politiche di salvaguardia della popolazione europea e di controllo sanitario dei sudditi coloniali, di volta in volta modelli di adattamento alle insidie del clima “tropicale” e causa di diffusione dei microbi infettivi. Le abitudini “nomadiche” dei colonizzati e il flusso di pellegrini verso la Mecca costituiranno infatti preoccupazioni costanti per le autorità coloniali nonché una minaccia per una disciplina - come è la medicina tropicale di fine ottocento e inizio novecento - che ancora si basa principalmente sul controllo dei movimenti e dei confini nelle azioni di prevenzione e lotta contro le epidemie.

¹⁷ J. Ruffié, J. C. Sournia, *Le epidemie nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1985, p. 23.

¹⁸ Cfr. *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Presses Universitaires de Rennes/Ifpo, Rennes 2012.

Se, come scrive Thomas Kuhn, la specificità della medicina - specificità misurata rispetto alle scienze “esatte” - risiede nell’averne una *ragione sociale esterna* a guida del proprio sviluppo¹⁹, solo interrogando la medicina tropicale nel suo duplice aspetto di disciplina accademica e strumento di governo dei territori d’oltremare si possono indagare le connessioni che intercorrono fra le esigenze dell’espansione coloniale e questo settore della conoscenza medica; un settore nato a fine ottocento dalle proposte teoriche di Patrick Manson, autore di un nuovo modello di interpretazione - il “vettore-parassita” - delle cause del sorgere e del diffondersi dei morbi infettivi. Per valutare il peso di questa “transizione”, la tesi si soffermerà sui caratteri della torsione spaziale presupposta della medicina tropicale, interrogandosi su ciò che distingue quest’ultima dagli orientamenti pur ancorati “geograficamente” delle scienze pre-mansoniane: quelli della medicina dei paesi caldi e quelli degli studi di geografia medica.

¹⁹ T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009, p. 39.

I Parte.

Problemi storiografici e teorici

Capitolo I *Caratteri della storiografia nazionale e internazionale*

1.1 Un nuovo campo storiografico

Nel secondo dopoguerra, con l'avvio del processo di decolonizzazione, la descrizione della medicina tropicale come simbolo dell'occidente e della sua "forza progressiva" inizia ad incrinarsi. È questo il quadro in cui maturano le riflessioni di Frantz Fanon sulla psichiatria europea, elaborate nel corso dell'attività esercitata in Algeria e Tunisia¹.

Nello scritto del 1959, *Médecine et colonialisme*, raccolto all'interno dell'opera *L'an V de la révolution algérienne*², Fanon analizza i comportamenti dei colonizzati di fronte alle pratiche della medicina europea in Algeria. L'ostilità manifestata nei confronti del sistema sanitario coloniale e il rifiuto di utilizzare i servizi di cura francesi - condotte considerate dagli europei come prova di fatalismo e irrazionalità - sono, al contrario, secondo Fanon chiare forme di opposizione al sistema di dominio: «Il medico appare sempre un anello della rete colonialista, come portavoce della presenza occupante»³. Dire di sì a una scienza europea significa dire di sì, nel contesto coloniale, all'intero sistema di oppressione:

costretto in nome della verità e della ragione [al riconoscimento dei benefici del sistema medico], a dire di sì a certe forme di presenza dell'occupante, il colonizzato si accorge che è immediatamente prigioniero di tutto il sistema e che la verità dell'azione medica è anche verità della presenza francese, nella sua forma coloniale, in Algeria. Allora, poiché non può fare concessioni perché è parte del popolo e il suo popolo vuole avere un'esistenza nazionale sulla sua terra non gli rimane che una gamma limitata di scelte. Egli respinge in blocco i medici, gli insegnanti, gli ingegneri⁴.

Che il colonizzato abbandoni le cure dopo averle intraprese, che mantenga insieme le due pratiche - quella occidentale e quella locale -, che sia discontinuo e irregolare nella sua adesione alla terapeutica occidentale, sono sintomi del conflitto indotto dall'espansione europea nella cultura del colonizzato: affidarsi al sistema della forza occupante significa mettere in discussione la propria adesione al sistema sociale di appartenenza. La riflessione sulla scienza medica occidentale conduce, in Fanon, al centro delle logiche del colonialismo:

¹ F. Fanon, *I dannati della terra*, Einaudi, Torino 2007; Id., *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona 2011.

² F. Fanon, *Medicina e colonialismo*, in Id. *Opere scelte I*, a cura di G. Pirelli, Einaudi, Torino 1971, pp. 107-130.

³ Ivi, p. 117.

⁴ Ivi, pp. 108-110.

«il dominio coloniale [...] suscita e alimenta un complesso di atteggiamenti contratti e di rifiuto da parte del colonizzato. C'è nel colonizzato uno sforzo considerevole nel tenersi in disparte dal mondo coloniale», ma l'imposizione dei valori occidentali incide sui rapporti che il colonizzato intrattiene con la propria cultura di origine e con sé stesso⁵.

Nell'opera *Peau noire masques blancs* (1952), Fanon si interroga sulla “dimensione per l'altro” del colonizzato a partire dall'analisi linguaggio. Sull'osservazione della parola “espressa” Fanon costruisce la sua “psicologia del colonialismo”: possedere una lingua significa aderire al mondo espresso e presupposto da quest'ultima. Parlare vuol dire conoscere una sintassi, ma soprattutto assumere una cultura, sopportare il peso di una civiltà. Ogni popolo colonizzato è posto di fronte al linguaggio, colloquiale o *scientifico*, della nazione colonizzatrice, cioè della cultura metropolitana. Il colonizzato si allontanerà dalla sua cultura quanto più avrà fatto suo quello strumento culturale che è la parola; la parola orale e quella scritta, quella del politico come quella del medico⁶.

A partire dunque dagli anni cinquanta e sessanta, l'analisi della medicina nei contesti d'oltremare assume una nuova fisionomia, orientata verso l'analisi delle forme di oppressione di cui il sistema di cura occidentale è portatore; solo però tra gli anni ottanta e novanta, lo studio della medicina coloniale si costituirà gradualmente come campo autonomo della ricerca storiografica sull'imperialismo.

L'interesse per la medicina tropicale come disciplina a sé, come specialità che intrattiene un legame fondante con le dinamiche dell'espansione europea, emerge in realtà nella seconda metà degli anni settanta come indagine di storia della scienza, nell'ambito della corrente esternalista diretta all'analisi delle cause sociali che presiedono allo sviluppo del sapere⁷. Non attenzione dunque per i procedimenti logici “interni” che “muovono” la conoscenza, la fanno progredire, ma per le dinamiche “esterne”, politiche, economiche, locali - anche la scienza è ancorata ad un terreno - che creano le condizioni per la sua evoluzione. All'interno del volume *Perspectives on the emergence of Scientific Disciplines*, curato da Lemaine, MacLeod e Mulkay (1976), Michael Worboys avvia il primo studio sistematico sulla medicina tropicale come scienza legata al colonialismo, osservando attori e contesti che hanno permesso il suo affermarsi nel panorama della cultura scientifica europea tra otto e novecento⁸. Un campo del sapere che segnala con chiarezza, secondo Worboys, il nesso costitutivo tra scienza e società, in altri ambiti offuscato dalle logiche “autonome” che la scienza rivendica per il proprio sviluppo. Il saggio dello storico britannico, *The emergence of tropical medicine*, costituirà però uno studio isolato nell'ambito delle indagini di storia della scienza fino alla fine degli anni ottanta.

Risalgono infatti al 1988 i due volumi collettanei *Disease, medicine and empire* di Roy MacLeod e Milton Lewis e *Imperial medicine and indigenous societies* di David Arnold: due

⁵ Ivi, p. 115.

⁶ F. Fanon, *Il negro e l'altro*, Il Saggiatore, Milano 1971.

⁷ Sul dibattito tra esternalismo e internalismo si veda: F. Bonicalzi, *La ragione cieca. Teorie della storia della scienza e comunità scientifica*, Jaca Book, Milano 1982; anche C. Jacob, *Qu'est ce qu'un lieu de savoir?*, OpenEdition Press, Marseille 2014.

⁸ M. Worboys, *The emergence of tropical medicine: a study in the establishment of a scientific specialty*, in G. Lemaine, R. MacLeod, M. Mulkay (a cura di), *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*, The Hague, Paris-Chicago 1976, pp. 75-98.

testi indirizzati allo studio della “patologia esotica” come veicolo di legittimazione e consolidamento dell’impero, a garanzia dello sfruttamento dei domini d’oltremare; l’opera curata da David Arnold privilegerà in particolare l’analisi della medicina indigena e la sua messa in dialettica con i saperi occidentali; prima preoccupazione dell’autore è la comprensione di come la medicina occidentale abbia operato in contesti di “resistenza” e non all’interno di “vuoti” culturali⁹. Ciò che interessa allo storico inglese è analizzare le risposte e le negoziazioni messe in atto dalle popolazioni locali di fronte alla dominazione occidentale. L’attenzione per la medicina tropicale nasce, in questo contributo, e in molti studi successivi, dalla possibilità di osservare le strategie dei colonizzati e i rapporti di potere interni allo spazio di dominio europeo, come chiara filiazione dei percorsi di ricerca aperti, negli anni ottanta, dal collettivo anglo-indiano dei Subaltern Studies.

A questi studi fondativi, a cui si aggiungono i già citati lavori di Philip Curtin, John Farley¹⁰ e Megan Vaughan, fanno seguito alcune ricerche più settoriali, che si interrogano sulla diffusione e controllo di alcune malattie nello spazio coloniale¹¹, sul processo di istituzionalizzazione della conoscenza di medicina “esotica”¹² e che individuano il loro campo d’esame in aree geograficamente limitate dell’impero coloniale britannico: l’India in primo luogo, i paesi dell’Africa orientale britannica, la Malesia, lo Sri Lanka, l’Australia, ecc.¹³.

Come si vede, a sviluppare un interesse per la medicina coloniale come punto d’osservazione sull’imperialismo europeo, è stata principalmente la storiografia di lingua inglese. Il ruolo della medicina militare e della medicina missionaria nella conquista e nella stabilizzazione dei domini, i caratteri del corpo professionale dei medici coloniali, le pratiche indigene in rapporto all’imposizione della medicina occidentale, la centralità della razza come principio di organizzazione degli studi medici sono i temi che maggiormente hanno attirato l’attenzione degli storici di ambito anglofono nell’arco degli ultimi vent’anni¹⁴. Più rare le monografie che assumono una prospettiva di lunga durata, indagando il rapporto tra medicina europea e

⁹ D. Arnold, *Imperial medicine and indigenous societies*, cit., pp. 1-2. Il volume è frutto dell’incontro tenutosi nel 1986 all’Università di Aston.

¹⁰ J. Farley, *Bilharzia. A History of Imperial Tropical Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1991.

¹¹ M. Lyons, *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire*, Cambridge University Press, Cambridge 1992; K. A. Hoppe, *Lords of the Fly: Sleeping Sickness Control in British East Africa, 1900–1960*, Praeger, Westport 2003.

¹² H. Power, *Tropical medicine in the twentieth century*, Columbia University Press, New York 1999; D. M. Haynes, *Imperial medicine. Patrick Manson and the conquest of tropical disease*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2001; D. Neill, *Networks in tropical medicine. Internationalism, colonialism, and the rise of a medical specialty 1890-1930*, Stanford University Press, Stanford 2012; G. C. Cook, *The rise and fall of a medical specialty London’s clinical tropical medicine*, Tropizam, St Albans 2014.

¹³ D. Arnold, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-century India*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1993; M. Harrison, *Public Health in British India. 1859–1914*, Cambridge University Press, Cambridge 1994; P. Chakrabarti, *Bacteriology in British India. Laboratory medicine and the tropics*, University of Rochester press, Rochester (NY) 2012; A. Crozier, *Practising Colonial Medicine: The Colonial Medical Service in British East Africa*, I. B. Tauris, London 2007; L. Manderson, *Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940*, Cambridge University Press, Cambridge 1996; S. Hewa, *Colonialism, Tropical Disease and Imperial Medicine: Rockefeller Philanthropy in Sri Lanka*, University Press of America, London 1995; W. Anderson, *The cultivation of whiteness. Science, health, and racial destiny in Australia*, Perseus books, New York 2003.

¹⁴ S. Marks, *What is colonial about colonial medicine? And What has Happened to Imperialism and Health?*, in «Social History of Medicine», 10 (1997), pp. 205-19.

conquiste coloniali a partire dall'età moderna; tra queste si contano il volume curato da David Arnold, *Warm climates and western medicine. The emergence of tropical medicine*, edito nel 1996, la monografia di Mark Harrison *Medicine in an age of commerce and empire. Britain and its tropical colonies, 1660-1830* (2010), lo studio di John R. McNeill's, *Mosquito Empires: Ecology and War in the Greater Caribbean 1620-1914* (2010) e il più recente manuale di Patrick Chakrabarti, *Medicine and empire, 1600-1960* (2014)¹⁵. Fino all'ultimo decennio, la storiografia si è infatti di preferenza soffermata sulla medicina tropicale come specialità medica, nata sulla base del paradigma mansoniano, piuttosto che come problema di lungo periodo del rapporto fra coloni e colonizzati.

A sviluppare un interesse per la medicina coloniale come punto d'osservazione sull'imperialismo europeo, è stata dunque principalmente la storiografia di lingua inglese. Il nesso medicina-colonialismo sembra dunque costituire, ad un primo livello di analisi, una specificità della storiografia anglosassone. Nel prossimo capitolo si cercherà di rintracciare le ragioni di tale apparente predominanza, e di correggere tale visione che soffre di un'angolatura troppo ristretta d'analisi. Per il momento la tesi si soffermerà sugli elementi di omogeneità che presentano gli studi sul nesso medicina-colonialismo, ripercorrendo le prospettive, i concetti, i paradigmi che hanno permesso la loro costituzione come ambito di ricerca storica.

1.2 Derivazioni e debiti degli studi sulla medicina coloniale: la storia culturale

Nell'eterogeneo panorama degli studi sulla medicina tropicale in lingua inglese si possono individuare alcune tendenze di fondo, alcune influenze ed elementi di omogeneità che rivelano il legame che tale settore di studi intrattiene con la storia culturale e con le correnti del pensiero post-strutturalista. I debiti contratti dai lavori sulla medicina nei tropici sono molteplici: attraverso una mappatura dei fattori che hanno reso possibile l'emergere di questo campo d'indagine storiografica, si cercherà di rintracciare le sue tendenze di fondo, gli elementi di vicinanza e di discordanza che legano fra loro le opere di ricerca.

Da un rapido esame dei titoli pubblicati negli ultimi decenni risulta chiaro l'orientamento delle ricerche di storia della medicina coloniale. *Inventing Caribbean Climates, The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria, Colonizing the body, The cultivation of whiteness*¹⁶ sono esempi che rivelano la prossimità di questo settore agli indirizzi d'indagine

¹⁵ D. Arnold, *Warm climates and western medicine. The emergence of tropical medicine, 1500-1900*, Rodopi, Amsterdam 1995; M. Harrison, *Medicine in an age of commerce and empire. Britain and its tropical colonies, 1660-1830*, Oxford University Press, Oxford 2010; J.R. McNeill, *Mosquito Empires. Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620-1914*, Georgetown University, Washington DC 2010; P. Chakrabarti, *Medicine and empire, 1600-1960*, Palgrave Macmillan, London 2014.

¹⁶ D. Arnold, *Colonizing the Body*, cit.; R. M. Packard, *The Making of a Tropical Disease. A Short History of Malaria*, JHU Press, Baltimore 2009; M. Carey, *Inventing Caribbean climates: how science, medicine, and tourism changed tropical weather from deadly to healthy*, in «Osiris», 26 (2011), pp. 129-41. Ve ne sono esempi anche nella storiografia francese: M. N. Bourguet, B. Lepetit, D. Nordman, M. Sinarellis, (sous la direction), *L'invention scientifique de la Méditerranée*, Editions de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris 1998; E. Sibeud, *Une science impériale pour l'Afrique? La construction des savoirs africanistes en*

della storia culturale. Che malattie, discipline scientifiche, nozioni geografiche appartengano al piano delle costruzioni simboliche, che debbano essere colte nei loro processi costitutivi è un chiaro portato delle prospettive aperte dalla storia culturale.

New cultural history, *linguistic turn* sono espressioni nate per differenziare la storia culturale, così come si è venuta configurando a partire dagli anni settanta, da altri metodi d'indagine storiografica. Sotto l'influenza degli studi di Clifford Geertz e della corrente post-strutturalista, l'idea che mentalità e universi simbolici possano essere compresi a partire dallo studio dell'articolazione economica della società, e che in ultima analisi le strutture precedano e determinino le sovrastrutture culturali, viene progressivamente sottoposta a revisione nel campo degli studi antropologici e storici¹⁷.

Come ha scritto Lynn Hunt, nel volume *La storia culturale dell'età globale*:

[negli anni ottanta e novanta] i principali paradigmi ad essere messi [...] sotto pressione furono quattro: il marxismo, la modernizzazione, la scuola delle "Annales" e, solo tardivamente e forse unicamente negli Stati Uniti, la politica identitaria. [...] I sostenitori della nuova storia culturale affermano che la cultura non era né la "sovrastruttura" costruita su una struttura più basilare, costituita dal modo di produzione o dalle relazioni sociali di produzione (come nel marxismo), né il sottoprodotto inevitabile dei cambiamenti tecnologici o nelle comunicazioni (come nella teoria della modernizzazione), né la schiuma di mare le cui correnti erano generate dalla lenta spinta dell'ambiente e della demografia (come nella scuola delle «Annales»), né infine l'identità virtuale automatica determinata da una certa posizione sociale¹⁸.

La storia culturale si configura come un cambiamento di paradigma nel campo degli studi storici, come un mutamento nella gerarchia dei valori stabiliti dalla dominante prospettiva della storia sociale. Ciò che accomuna i diversi lavori di storia culturale è il rifiuto di postulare un fondamento stabile ai fattori determinanti il significato (i rapporti economici, ad esempio) e un chiaro rapporto di causalità tra struttura economico-sociale e rappresentazioni culturali.

La centralità assunta dalla storia culturale negli ultimi decenni del novecento si può spiegare solo però mettendo a fuoco la critica, avanzata dalle filosofie post-strutturaliste, ai modelli di razionalità su cui le scienze umane si erano costituite a partire dall'Illuminismo, critica che metteva in discussione forme consolidate di lettura dello sviluppo della conoscenza (la categoria di progresso, l'idea di modernità). Peter Burke, nel 2004, sottolineava come nel campo della storia culturale si fosse giunti sotto l'influenza di Michel Foucault e degli studi di Michel De Certeau, «dalla rappresentazione alla costruzione»¹⁹. Il rapporto tra studi storici e la filosofia postmoderna è però complesso - numerose sono le critiche avanzate alle teorie foucaultiane - e difficilmente può essere esaurito dal quadro che si è finora delineato.

France, 1878-1930, EHESS, Paris 2002.

¹⁷ Partendo da un concetto di cultura come trama di significati in cui l'uomo è immerso e che l'antropologia ha il compito di decifrare, Clifford Geertz fa propri i metodi dell'analisi letteraria allontanando l'antropologia dall'impostazione strutturalista e dall'indirizzo della storia quantitativa fino a quel momento dominante: il "fatto" è un testo che va interpretato, i significati dei fatti storici vanno dunque rintracciati a livello della ricezione e non dell'emissione. Determinante per lo sviluppo degli studi culturali è la sua nozione di «descrizione spessa» elaborata nello scritto *Thick description: toward an interpretative theory of culture* edito nel 1973: le indagini quantitative e statistiche corrono il rischio di fermarsi a un livello superficiale senza penetrare l'universo di significati che solo una ricerca in profondità può far emergere.

¹⁸ L. Hunt, *La storia culturale dell'età globale*, Edizioni ETS, Pisa 2010, pp. 11-15.

¹⁹ P. Burke, *La storia culturale*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 105.

Il soggetto, le forme della sua rappresentazione, costituiscono un primo punto di discordanza tra storia culturale e proposte teoriche del filosofo francese. Una questione, quella della centralità del soggetto, sollevata con forza dagli studi di genere, come ha evidenziato Lynn Hunt riprendendo le parole della storica Laura Lee Downs: se «la filosofia postmoderna [è] riuscita a mandare in frantumi la grandiosa catena di potere, sapere ed essere della tradizione occidentale» ha però allo stesso tempo distrutto «il soggetto come essere conoscente e fondamento della comunità» con l'effetto paradossale di ridurre “la donna” a una categoria vuota, prodotto della «costruzione discorsiva»²⁰. In realtà l'affermazione della centralità del soggetto è una critica che va ben oltre Foucault coinvolgendo direttamente l'impianto dello strutturalismo dove a contare sono le relazioni tra gli elementi e non gli elementi stessi, nessuno dei quali può definirsi a partire da se stesso²¹.

L'idea che il soggetto sia invece capace di agire sulle strutture sociali modificandole strategicamente a proprio vantaggio, riassunta dalla nozione di *agency*, ha conosciuto ampia fortuna nel campo delle scienze umane a partire dalla pubblicazione nel 1972 dell'opera di Pierre Bourdieu *Esquisse d'une théorie de la pratique*²². Il paradigma strategico, sorto in opposizione all'idea che il soggetto fosse soffocato dalle maglie della struttura, è divenuto fondante per le ricerche condotte in Italia da Giovanni Levi e Carlo Ginzburg: l'approccio microstorico si proponeva infatti di aprire verso il basso la nozione di individuo così com'era stata tradizionalmente utilizzata per lo studio delle élites e delle loro strategie²³. Gli studi sulla medicina coloniale si sono appropriati di tale prospettiva, adottando la nozione di *agency* per far emergere la capacità di resistenza e negoziazione messe in atto dai colonizzati e, per utilizzare una terminologia “insistente” nel panorama degli studi post-coloniali, dai subalterni delle periferie globali.

La ripresa della nozione gramsciana di classi subalterne da parte del collettivo anglo-indiano dei Subaltern Studies conferma che, anche per il gruppo riunitosi, all'inizio degli anni ottanta, attorno a Ranajit Guha, il problema del soggetto costituiva una questione centrale. In realtà, le prospettive elaborate dai Subaltern Studies attorno alla categoria di subalterno, e dunque attorno al nodo problematico del soggetto, non sono omogenee.

Interessato a scrivere ex novo la storia dell'India liberandola dall'impostazione occidentale che l'aveva caratterizzata, il gruppo si concentrava, nelle prime raccolte di scritti editi dal 1982, sulle classi contadine indiane di cui intendeva fare emergere non lo status residuale rispetto al percorso di modernizzazione intrapreso dal paese ma la capacità di resistenza nei

²⁰ L. Hunt, *La storia culturale*, cit., p. 24.

²¹ Un esempio di tale prospettiva è la storiografia di Fernand Braudel. Radicalizzando il rifiuto di Marc Bloch e Lucien Febvre per la storia evenemenziale, ciò che va ridimensionato per Braudel sono le scelte che definiscono la vita umana: la sua è una storia della lunga durata, di ciò che permane nelle strutture al di là delle contingenze.

²² Traduzione italiana: P. Bourdieu, *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina, Milano 2003. Sul paradigma strategico si veda P. P. Viazzo, *Introduzione all'antropologia storica*, Laterza, Roma-Bari 2009, p. 163. Per una riutilizzazione del concetto di *agency* nel campo della storia coloniale si veda R. Guha, *A proposito di alcuni aspetti della storiografia dell'India coloniale*, in R. Guha, G. C. Spivak, G. Chakravorty, *Subaltern Studies, Modernità e (post)colonialismo*, Ombre corte, Verona 2002.

²³ C. Ginzburg, *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del '500*, Einaudi, Torino 2009, p. XIX. C. Ginzburg, C. Poni, *Il nome e il come: scambio ineguale e mercato storiografico*, in «Quaderni storici», (1979), pp. 181-90; G. Levi, *L'eredità immateriale. Carriera di un esorcista nel Piemonte del Seicento*, Einaudi, Torino 1985; P. Lanaro (a cura di), *Microstoria: a venticinque anni da "L'eredità immateriale"*, Angeli, Milano 2011.

confronti del dominio coloniale²⁴.

Prima che l'influenza delle prospettive decostruzioniste e dei post-colonial studies spostassero l'asse dell'interesse del gruppo dalla ricostruzione della coscienza del subalterno alla "costruzione" del subalterno da parte dei discorsi dell'imperialismo, i Subaltern Studies potevano essere collocati nell'ambito della tradizione britannica di "storia dal basso", rappresentata in primo luogo dagli studi di Edward P. Thompson, dal cui *The making of the english working class* il gruppo aveva ricevuto molteplici suggestioni²⁵. Con l'emergere, nella seconda metà degli anni ottanta, della figura di Gayatri Spivak in posizione dominante all'interno dei Subaltern Studies, è invece la critica dei sistemi di sapere eurocentrici a divenire determinante nell'agenda teorica del collettivo. Così, dalla metà del decennio ottanta:

i Subaltern studies si trovano di fronte ad un bivio: alcuni sostengono che occorre proseguire la ricerca della coscienza subalterna, dell'attività politica dei gruppi marginalizzati, facendosi quindi testimoni di soggettività fino ad allora trascurate dalla storiografia, ma anche dalla politica [...]. Altri, come Spivak, avanzano la necessità di una maggiore concentrazione dell'analisi testuale, sulla rappresentazione e sulle pratiche discorsive, poiché 'la volontà e la presenza del subalterno non sono altro che finzioni teoriche²⁶.

Nonostante questo mutamento, le riflessioni del collettivo anglo-indiano sono parte integrante di un più generale processo di revisione della capacità normativa dell'asse centro-periferia, attorno al quale si sono organizzate e sviluppate le indagini e le ricerche nell'ambito delle scienze umane.

1.3 Il linguaggio di Michel Foucault: saperi, discorsi, pratiche e tecnologie del potere

Il linguaggio filosofico di Michel Foucault è divenuto, in modo insistente negli ultimi decenni, un linguaggio "simbolico" di riferimento per i lavori di storiografia culturale. «Discorso», «saperi», «biopolitica» sono nozioni che hanno invaso la produzione scientifica di area anglofona specialmente su temi coloniali e sul nesso medicina - imperialismo²⁷.

I primi studi di Foucault sul processo di formazione delle nozioni di malattia e follia come oggetti scientifici - *Nascita della clinica* (1963) e *Storia della follia* (1961) -, hanno senza dubbio aperto, assieme alle riflessioni de *Le Parole e le cose* (1966) e alla metodologia

²⁴ R. Guha (a cura di), *Subaltern studies I. Writings on South Asian history and society*, Oxford University Press, Delhi 1982; R. Guha (a cura di), *Subaltern studies II. Writings on South Asian history and society*, Oxford University Press, Delhi 1983.

²⁵ M. Scarfone, *La storiografia subalterna in prospettiva globale*, in «Memoria e Ricerca», 40 (2012). Il contributo fa parte di un numero monografico, *La storia culturale. Parabole di un approccio critico al passato*, interamente dedicato agli studi di storia culturale, curato da Rolf Petri, Antonella Salomoni e Luigi Tomassini.

²⁶ Ivi, p. 44.

²⁷ Questa tendenza non denota però un adeguamento, sul piano dei contenuti, degli studi storiografici al pensiero foucaultiano che, a più riprese, è stato criticato e allontanato. Come ha scritto Lynn Hunt, dopo il vasto dibattito suscitato dal post-strutturalismo nel campo degli studi storiografici, «molti storici culturali semplicemente sono andati avanti, facendo proprie le intuizioni della filosofia postmoderna senza sentirsi in obbligo di prendere posizione in merito alle sue pretese epistemologiche». L. Hunt, *La storia culturale*, cit., p. 25.

elaborata in *Archeologia del Sapere* (1969)²⁸, nuove prospettive per guardare in modo radicalmente mutato alla scienza medica, campo della conoscenza i cui avanzamenti sembravano non porre problemi d'ordine filosofico-politico, interpretati secondo la tradizionale chiave di lettura della progressiva liberazione dell'uomo dall'ignoranza.

L'attenzione prestata dal Foucault per gli aspetti non neutri del sapere ha contribuito a indirizzare gli studi storiografici sulle "scienze coloniali" e ha offerto agli storici nuovi spunti per leggere l'esercizio della sanità in colonia. La discontinuità introdotta dal pensiero foucaultiano non si misura però solo sotto il profilo dei contenuti.

Come si è sottolineato, la nozione di "discorso" ha prepotentemente invaso gli studi di storia culturale. Ciò che caratterizza il progetto "archeologico", intrapreso da Foucault, è la descrizione degli "enunciati" come *monumenti* del discorso stesso: i discorsi sono cioè descritti nel loro spessore e concretezza²⁹. Tale nozione arriverà nel campo degli studi sull'imperialismo attraverso la mediazione di Edward Said che a sua volta rielabora, collocando in un quadro geopolitico, l'assunto centrale della archeologia dei saperi.

Guardando a Nietzsche, la filosofia foucaultiana capovolge infatti il tradizionale modello di descrizione del procedere della conoscenza umana. Invece che postulare una creatività intrinseca all'uomo, capace - attraverso una graduale rimozione di ostacoli e impedimenti - di giungere al disvelamento del reale, il pensiero di Foucault assegna a ogni discorso una pretesa di verità. Il misconoscimento del carattere conflittuale della conoscenza è, per il filosofo, un effetto della trasformazione dei saperi avvenuta con l'Illuminismo: a partire dalla fine del settecento, l'idea che sapere e verità potessero appartenere all'ordine della "guerra", che fosse possibile ritrovarli dalla parte della violenza diviene inammissibile. L'illuminismo assume così le forme non di una vittoria della conoscenza sull'ignoranza ma di una battaglia di un sapere contro l'altro. Se ogni società ha il suo proprio ordine della verità, accetta cioè determinati discorsi, che "diventano" veri, ciò significa che sapere e potere sono intimamente congiunti³⁰.

Altrettanto centrale è divenuta, nell'ambito della storiografia sulla medicina coloniale, la nozione di "potere disciplinare". L'idea che la categoria di "repressione" non sia sufficiente per descrivere la natura del potere coloniale ha spinto alcuni studiosi della medicina tropicale ad avvicinarsi alle proposte interpretative di Michel Foucault³¹: anche quando si è registrata una netta presa di distanza dai suoi approcci, le sue riflessioni sul potere hanno continuato a rappresentare un modello con cui confrontarsi.

Senza dubbio l'idea che non ci siano «rapporti di produzione e accanto, al di sopra, meccanismi di potere che sopraggiungono in seconda battuta per modificare quei rapporti» ma che «i meccanismi di potere [siano] intrinseci a questi rapporti, ne [siano], in modo circolare,

²⁸ M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961; Id., *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Gallimard, Paris 1966; Id., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris 1963; Id., *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris 1969.

²⁹ M. Foucault, *L'archeologia del sapere. Una metodologia per la storia della cultura*, BUR Saggi, Milano 2013, p. 67.

³⁰ M. Foucault, *Bisogna difendere la società. Corso al Collège de France (1975-1976)*, Feltrinelli, Milano 2009

³¹ Per una critica alla nozione di "repressione", Ivi. p. 23 e p. 44.

l'effetto e la causa»³² ha esercitato grande fascino nel campo della storiografia su imperialismo e medicina, venendo poi a coincidere con un definitivo superamento delle letture economiche dell'espansione europea³³.

Nelle opere che risalgono agli anni settanta si registrava infatti uno spostamento dell'interesse del filosofo francese dalle regole di formazione del sapere e delle scienze umane al potere. Questi lavori, tra cui rientrano i corsi tenuti tra 1971 e 1980 al Collège de France³⁴, propongono un mutamento di prospettiva nella concezione del potere che ha come bersaglio manifesto la tradizione filosofico giuridica della sovranità³⁵. Centro della critica foucaultiana è l'idea che il potere sia un insieme di comandi provenienti da un soggetto giuridico unico e ben definito, e che il modello del contratto sociale elaborato dai filosofi del XVII e XVIII secolo possa costituire una griglia adatta per penetrare le logiche del potere.

Le concezioni di Foucault sono allo stesso tempo maturate in opposizione, meno manifesta ma altrettanto forte, alla dottrina marxista: le relazioni di potere non sono, secondo il filosofo, in posizione di esteriorità rispetto ai rapporti economici, non si situano a livello sovrastrutturale con la funzione di conservare e riprodurre i rapporti di produzione ma, come emerge nelle riflessioni sui meccanismi disciplinari, portano con sé un principio di correzione e di trasformazione. Il potere dunque più che misurarsi in termini di repressione, e secondo i meccanismi della legge e della sanzione, deve essere letto come agente *produttivo*: i soggetti sono “fabbricati” dal potere, e non vi preesistono³⁶.

Ed è proprio l'idea che il potere disciplinare sia “positivo”, “correttivo”, “creativo”, e di conseguenza che i soggetti coloniali non esistano al di fuori del gesto che li struttura, ad aver ricevuto, nel campo degli studi sull'imperialismo, l'accoglienza più controversa. In questa prospettiva «the idea of there being effective resistance to power is [...] ruled out»³⁷, scrive Megan Vaughan, mettendo inoltre in evidenza come gli stati coloniali basassero il loro potere sull'esercizio manifesto della forza e della coercizione piuttosto che sui processi di correzione e disciplinamento: la centralità dunque dei meccanismi disciplinari sarebbe, in questa prospettiva, una caratteristica dei più sofisticati stati moderni europei.

Una proposta interpretativa, quella di Vaughan, non condivisa da tutti gli studiosi. Criticando la cronologia e l'orizzonte geografico in cui si sviluppa la riflessione foucaultiana sulla “biopolitica”, Antonella Romano ha individuato nel colonialismo moderno una delle matrici della scoperta della “popolazione” da parte del potere: di fronte al numero e alla varietà delle

³² M. Foucault, *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 14.

³³ Per il superamento delle letture economiche dell'imperialismo europeo: D. K. Fieldhouse, *L'età dell'imperialismo. 1830-1914*, Laterza, Roma-Bari 1975.

³⁴ Tra i corsi che Michel Foucault tiene durante gli anni settanta questi sono i titoli tradotti in italiano: M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2010; Id., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2009; Id., *Bisogna difendere la società. Corso al Collège de France (1975-1976)*, Feltrinelli, Milano 2009; Id., *Sicurezza, territorio, popolazione*, cit.; Id., *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano 2012.

³⁵ Tradizione che accomuna tanto le dottrine politiche elaborate in difesa dell'assolutismo quanto le teorie liberali impegnate nel definire i limiti dell'esercizio del potere da parte del sovrano. Il bersaglio polemico di Foucault è in questo caso da individuare nella tradizione della filosofia politica così come si è costruita a partire da Thomas Hobbes.

³⁶ M. Foucault, *Gli anormali*, cit.

³⁷ Ivi, p. 9.

popolazioni sottomesse, le nazioni europee saranno infatti costrette a elaborare tecniche e strategie per mantenere i domini e sviluppare la propria potenza basandosi non unicamente sulla forza e sulla coercizione. Nuova importanza è dunque assegnata alla conoscenza, all'amministrazione e al governo delle popolazioni³⁸.

Che il concetto di "biopolitica" abbia però sotterraneamente influenzato le direzioni della ricerca storica, non solo degli studi sull'imperialismo europeo, e favorito l'individuazione di temi privilegiati di indagine per l'analisi delle forme del potere in epoca moderna e contemporanea risulta evidente, come ha sottolineato Enzo Traverso, nonostante le critiche avanzate dagli studi storiografici al pensiero foucaultiano:

Raramente s'incontrano il nome di Foucault o le nozioni di biopolitica e biopotere nell'ormai vastissima storiografia dedicata all'eugenetica, alle politiche demografiche del fascismo o alle pratiche di eutanasia messe in atto dal nazismo durante la seconda guerra mondiale, ma non vi è dubbio che gli scritti del filosofo francese hanno seminato il terreno dal quale questi studi sono nati. Considerazioni analoghe andrebbero fatte a proposito della storiografia sulla formazione degli stati nazionali moderni. Grazie a Foucault, la creazione delle strutture tecniche e amministrative dello stato non è più interpretata esclusivamente alla luce dell'idea weberiana di razionalità, né l'avvento dei documenti d'identificazione semplicemente attraverso il prisma liberaldemocratico dell'estensione dei diritti, ma entrambi sono piuttosto analizzati come dispositivi di controllo sociale e di gestione dei movimenti delle popolazioni³⁹.

A partire dalle riflessioni sviluppate in *Sorvegliare e Punire, La volontà di sapere* come nei corsi al Collège de France, il pensiero di Foucault si era infatti orientato sul concetto di "normalizzazione"⁴⁰, sui processi cioè di formazione della "normalità" all'interno di contesti più o meno ampi: l'individuo, inteso come corpo, o la popolazione, pensata come insieme di viventi⁴¹. Tale operazione non è svolta, per Foucault, dalla legge: le tecniche di normalizzazione si sviluppano secondo il filosofo a partire, al di sotto, ai margini, al di fuori del sistema imperniato sulla legalità. Siamo dunque all'interno di una riflessione teorica che non considera il potere come realtà derivante da determinati e legittimanti principi. Il potere, scrive Foucault, «non esiste che in atto»⁴²; da qui l'uso di un vocabolario specifico per designare il suo funzionamento: "dispositivi", "tecniche", "procedure", "meccanica del potere".

Se la disciplina è la tecnica che consente di gestire un numero ristretto di individui in uno spazio delimitato (prigione, ospedale, caserma, scuola), il dispositivo di sicurezza è ciò che permette di governare grandi quantità di uomini – numeri davanti ai quali si trovano gli stati moderni - facendo presa non sui loro corpi individuali ma sui processi che li caratterizzano come collettività legata a un ambiente. Nuovo terreno di azione del potere è dunque la

³⁸ A. Romano, *Tra disciplina e biopotere. Appunti su Foucault e la storia delle scienze della prima età moderna*, in *Biopolitica e biopotere* a cura di E. Betta, in «Contemporanea», XII, 3 (2009), p. 518.

³⁹ E. Traverso, *Biopotere e violenza. Sugli usi storiografici di Foucault e Agamben*, in *Biopolitica e biopotere*, cit., p. 524.

⁴⁰ Le riflessioni di Foucault sono sviluppate a partire dai concetti di norma e normalizzazione così come sono stati elaborati da Georges Canguilhem. Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998; Id., *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna 1976; P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault: la forza delle norme*, ETS, Pisa 2011.

⁴¹ M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, cit., pp. 206-227.

⁴² *Ibidem*

popolazione, intesa non come somma di soggetti di diritto, ma come complesso di esseri viventi da gestire proprio in base a ciò che essi hanno e mostrano di naturale e “materiale”: la nascita, la morte, la malattia, l’invalidità e la vecchiaia, la produttività, ecc. Questa “naturalità” è da intendersi come l’insieme delle variabili da cui dipende la popolazione in modo immediato, variabili che non possono essere mutate per decreto da parte del potere ma modificate solo attraverso la messa appunto di meccanismi complessi di regolazione⁴³. Nonostante le forti critiche mosse dalla storiografia alle concezioni teoriche del filosofo francese, il concetto di “biopolitica” ha in realtà contribuito a orientare, direttamente o indirettamente, la scelta dei temi della riflessione storiografica sull’espansione ottonevicesca, rendendo l’analisi delle forme di esercizio del potere coloniale un aspetto di primo piano nell’ambito delle indagini sull’imperialismo. Lo studio della medicina coloniale non fa in questo caso eccezione.

1.4 L’eredità di Edward Said: i *prodotti* del centro e i *prodotti* della periferia

Se la pubblicazione dell’opera *Orientalism* risale alla fine degli anni settanta, solo negli ultimi decenni le riflessioni di Edward Said sono state accolte dagli studi italiani sull’espansione d’oltremare. A causa del generale ritardo della storiografia italiana sui temi del colonialismo ottonevicesco, Edward Said era principalmente conosciuto tra gli storici della penisola, per la sua produzione di carattere politico mentre scarso interesse suscitavano le opere dedicate alla cultura europea negli anni dell’imperialismo⁴⁴. L’impostazione culturale dei suoi lavori non incontrava le esigenze della storiografia italiana ancora impegnata a ricostruire e far conoscere il dato materiale, di violenza e sopraffazione, del colonialismo italiano: come è noto, la vicenda politica e militare dell’espansione italiana è stata a lungo misconosciuta dal discorso pubblico, complice il silenzio di una storiografia a lungo tempo nostalgica della pur breve stagione coloniale italiana⁴⁵.

La pubblicazione nel 1978 di *Orientalism* e nel 1993 di *Culture and Imperialism* ha invece profondamente influenzato la storiografia internazionale relativa all’espansione europea, se si pensa inoltre che il contributo di Said è stato determinante nel promuovere e diffondere a livello mondiale le opere del collettivo anglo-indiano riunito attorno a Ranajit Guha⁴⁶.

⁴³ Mutando il contesto di esercizio del potere si modificano anche le modalità del suo agire. I meccanismi di sicurezza – questo il nome che Foucault assegna al dispositivo di popolazione - funzionano anche e soprattutto senza attivare il tradizionale rapporto di obbedienza che lega i sudditi al sovrano e senza costruire – come fanno le discipline - un modello ottimale a cui rendere conformi gli individui: si preoccupano piuttosto di mantenere un dato fenomeno entro limiti economicamente e socialmente accettabili e di stabilizzarlo intorno ad una media che si riterrà ottimale, di *governare* dunque secondo il modello nascente nel XVII e XVIII sec. dell’economia politica. Cfr. M. Foucault, *Sicurezza, territorio, popolazione*, cit.

⁴⁴ Ci si riferisce al volume E. Said, *La questione palestinese*, Il Saggiatore, Milano 2011.

⁴⁵ N. Labanca. *Italiche colonie senza Said*, in «Contemporanea», VIII, 4 (2005), pp. 711-742.

⁴⁶ L’intermediazione di Edward Said nella diffusione dei Subaltern Studies in America, dove hanno conosciuto il maggior successo, è stata determinante. È Said infatti a scrivere l’introduzione all’antologia, in cui erano raccolti alcuni saggi fino a quel momento prodotti dagli studiosi anglo-indiani, che verrà pubblicata negli Stati Uniti nel 1988 (tradotta in italiano nel 2002: R. Guha, G. Spivak, G. Chakravorty, *Subaltern studies. Modernità e post-*

Il pensiero di Said sulle relazioni fra cultura e imperialismo si sviluppa in due diversi momenti, corrispondenti alle due opere citate. La nozione foucaultiana di “discorso” viene ripresa da Said in *Orientalism* per mostrare come lo studio dei rapporti che l’occidente ha intrattenuto con l’oriente (categoria per l’autore tanto vasta da comprendere l’intero mondo colonizzato) non possa limitarsi a un’analisi delle istituzioni che hanno preso materialmente parte alle imprese coloniali (società coloniali, istituti geografici, ecc.), né dare per scontato l’oggetto “oriente”⁴⁷. Secondo la prospettiva di Said, oriente e occidente non sono dati naturali, ma «prodotti delle energie materiali e intellettuali dell’uomo»⁴⁸.

Se “l’oriente” è una creazione, si tratta senza dubbio di una creazione dell’occidente: l’orientalismo non è dunque altro che il “discorso” attraverso il quale l’oriente è entrato a far parte della cultura occidentale, «la disciplina sistematica e costante con cui la cultura europea ha saputo trattare – e persino creare, in una certa misura - l’oriente in campo politico, sociologico, militare, ideologico, scientifico, immaginativo dopo il tramonto dell’illuminismo»⁴⁹.

Assunto fondamentale del suo lavoro è la stretta relazione che lega cultura e imperialismo: la stessa produzione culturale non costituisce per Said una mera traduzione passiva di esigenze politiche ma uno strumento attivo di “costruzione” dell’imperialismo. Lontano dal costituire una giustificazione a posteriori all’espansione europea, l’orientalismo, come sistema stabile di conoscenze sull’altra “metà” del mondo, ha costituito, secondo Said, un incentivo alla conquista e creato le condizioni perché il non europeo fosse pensabile ed esperibile da una posizione di superiorità. L’orientalismo ha funzionato dunque come serbatoio di informazioni (verificate perché già messe in atto con successo) ed espressioni lessicali perché l’oriente rimanesse un fenomeno analizzabile e prevedibile da parte delle nazioni occidentali.

Questa prospettiva che indaga le “produzioni culturali” dell’occidente e lascia da parte quelle prodotte dall’oriente (e non sull’oriente) subisce negli anni ottanta, in seguito all’incontro tra Said e gli studiosi del collettivo Subaltern Studies, un radicale mutamento. Pur proseguendo l’indagine intrapresa in *Orientalismo* sul corpus narrativo elaborato dall’occidente, l’antologia *Cultura e Imperialismo*, pubblicata nel 1993, non ruota più attorno al mondo occidentale e alle modalità attraverso cui quest’ultimo è riuscito a costituire la propria identità “in negativo”.

In *Cultura e imperialismo* – scrive Paolo Capuzzo - questa costruzione [oriente in funzione dell’auto rappresentazione dell’occidente] viene resa più complessa dal riconoscimento della *agency* della periferia, vale a dire il ruolo attivo dei soggetti subalterni colonizzati nella produzione della propria immagine e nell’interpretazione e nel riuso dei linguaggi e dei testi normativi scritti dal centro colonizzatore. Si è trattato di un passaggio decisivo che ha rimesso in gioco dei soggetti storici che le modalità di costruzione del sapere storico prevalenti in occidente avevano bandito⁵⁰.

colonialismo, cit.), cfr. M. Scarfone, *La storiografia subalterna*, cit., p. 46.

⁴⁷ Chiara, in questo caso, l’impostazione foucaultiana: «rifiutare un oggetto già bello e fatto, che si tratti della malattia mentale, della delinquenza o della sessualità», rifiutare cioè «di misurare le istituzioni, le pratiche e i saperi con il criterio dell’oggetto già dato. È necessario invece cogliere il movimento attraverso cui si costituiscono, nello spazio di queste tecnologie mobili, un campo di verità e degli oggetti di sapere». M. Foucault, *Sicurezza, popolazione, territorio*, cit., pp. 93-94.

⁴⁸ E. Said, *Orientalismo. L’immagine europea dell’Oriente*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 15.

⁴⁹ Ivi, p. 13.

⁵⁰ P. Capuzzo, *Nuove dimensioni del rapporto centro-periferia: appunti per un dossier*, in «Storicamente», 2

1.5 Gli studi italiani

A differenza del rinnovamento che, a partire dagli anni settanta, ha interessato gli studi su sanità e malattia in età moderna - influenzati dalle prospettive della storiografia delle *Annales*⁵¹ e dei nuovi approcci della storia culturale⁵² - le vicende sanitarie dell'Italia post-unitaria sono lungamente rimaste dominio di ricerche settoriali, chiuse ad apporti provenienti da altre discipline.

La storia della sanità ha infatti occupato - e tuttora il quadro non è radicalmente mutato - una posizione marginale nel campo degli studi storiografici sull'età contemporanea. Una parziale inversione di tendenza si registrerà, nell'ambito della letteratura storica, alla fine degli anni settanta, con la pubblicazione, nel 1978, del volume monografico della rivista «Classe», *Il genocidio pacifico. Malattie di massa e capitale* dedicato all'analisi delle condizioni di salute delle classi operaie, poste in relazione con i caratteri dell'industrializzazione italiana⁵³; un testo a cui seguiranno le prime ricerche di Franco Della Peruta sulla diffusione di malaria e pellagra tra i lavoratori agricoli della Valle Padana, *Braccianti e contadini nella Valle Padana, 1880-1905*⁵⁴.

A partire dagli studi citati si svilupperanno, in Italia, diversi orientamenti d'indagine sulle politiche di sanità: l'interesse per le malattie del lavoro e per le condizioni di salute delle classi operaie da una parte⁵⁵ e, dall'altra, l'attenzione per le politiche di cura ed assistenza nell'Italia liberale e durante il fascismo⁵⁶.

In entrambi i casi, l'attenzione per la storia della salute non costituisce però una filiazione degli studi di storia economica, meno influenzata che all'estero dalle prospettive della storia sociale: determinante per lo sviluppo di tale corrente di ricerca è stata invece l'attenzione tutta politico-militante per le condizioni materiali delle classi subalterne da parte della storiografia d'impostazione marxista.

Con la pubblicazione, nel 1984, del volume *Malattia e Medicina* all'interno della collana degli *Annali di Storia* Einaudi, l'asse di indagine si sposterà ulteriormente verso gli aspetti più istituzionali e politici della storia della salute. «Di fatto - scrive Tommaso Detti - [Franco

(2006).

⁵¹ Per una storia delle malattie e della medicina prodotta nell'ambito della corrente storiografia degli *Annales* si vedano i lavori di Jean Charles Sournia: *Per una storia delle malattie*, a cura di J. Le Goff, J. C. Sournia, Dedalo, Bari 1986; J. C. Sournia, *Storia della medicina*, Dedalo, Bari 1994.

⁵² Cfr. G. Calvi, *Storie di un anno di peste. Comportamenti sociali e immaginario nella Firenze barocca*, Bompiani, Milano 1984; si veda inoltre il volume monografico G. Calvi e A. Caracciolo (a cura di) *Calamità, paure e risposte* di «Quaderni storici», 55 (1984).

⁵³ S. Merli (a cura di), *Il genocidio pacifico. Malattie di massa e capitale*, in «Classe», 15 (1978).

⁵⁴ F. Della Peruta, *Braccianti e contadini nella Valle Padana, 1880-1905*, Editori Riuniti, Roma 1975.

⁵⁵ A. Cherubini, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Il pensiero scientifico, Roma 1980; M. L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982; F. Carnevale, G. Moriano, *Storia della salute dei lavoratori*, Cortina, Verona 1986.

⁵⁶ Per il periodo fascista si vedano i lavori di Domenico Preti: D. Preti, *La modernizzazione corporativa. 1922-1940*, Angeli, Milano 1984. D. Preti, *Contributo allo studio dell'organizzazione sanitaria italiana in periodo fascista. L'ospedale come istituzione pubblica di assistenza e beneficenza*, in «Ricerche storiche», 3 (1978); Id., *Economia e istituzioni dello Stato fascista*, Editori Riuniti, Roma 1980; Id., *La questione ospedaliera nell'Italia fascista, 1922-1940: un aspetto della "modernizzazione corporativa"*, Einaudi, Torino 1982; Id., *La lotta antitubercolare nell'Italia fascista*, Einaudi, Torino 1984.

Della Peruta] proponeva [...] una storia sociale definita essenzialmente dall'individuazione di alcuni temi che sino ad allora erano rimasti per lo più confinati in una specie di terra di nessuno, fra la storia economica e quella politica: l'alimentazione, le abitazioni, l'esposizione infantile, il pauperismo, l'istruzione e le condizioni igienico sanitarie delle classi popolari»⁵⁷. Il volume raccoglie saggi che - come esplicitato nell'introduzione al volume:

affrontano il tema della malattia nelle sue implicazioni con la società, operando lungo una serie stratificata di piani: il ruolo dello Stato e delle amministrazioni locali (con i loro interventi e mancati interventi); l'evoluzione dei rapporti di produzione, là dove questi ebbero un ruolo nell'insorgere e nel diffondersi di una specifica malattia (è il caso del pellagra) [...], l'andamento delle realtà demografiche, la stratificazione sociale, con la conseguente incidenza selettiva delle malattie, il rapporto città e campagna [...], le vicende dell'alimentazione⁵⁸.

L'opera curata da Della Peruta rappresenta in realtà un consolidamento delle tendenze in atto più che l'apertura di nuovi indirizzi d'indagine nel campo della storia della salute. Questo spiega il disinteresse che dalla metà degli anni ottanta investirà progressivamente questo campo interrotto solo dalle pubblicazioni elaborate in vista del centenario delle leggi crispine e dalla vitalità degli studi sulle istituzioni manicomiali e sulle pratiche psichiatriche.

In questo panorama si contano alcune eccezioni. Alla parabola discendente si sottraggono ad esempio gli studi sulla malaria, oggetto privilegiato di ricerca per la storiografia italiana, per il peso che questa malattia ha avuto nella storia nazionale⁵⁹. Allo stesso tempo, i lavori pubblicati da Giovanni Berlinguer⁶⁰ ed Eugenia Tognotti⁶¹, si distinguono nel quadro sopra delineato per l'impostazione volta a collegare il piano strettamente medico-scientifico ad una lettura sociale e politica della storia della sanità, e quelli di da Bernardino Fantini per la stretta relazione che intrattengono con la riflessione internazionale di storia e filosofia della medicina⁶².

Senza dubbio però l'attenzione per l'organizzazione sanitaria d'oltremare è passata, come è avvenuto fuori dall'Italia, attraverso l'interesse sviluppatosi attorno alla psichiatria, all'eugenetica, e grazie alla storiografia coloniale influenzata dalle prospettive degli studi culturali, e non come mutamento negli interessi di indagine della tradizionale storia della sanità.

Sono testimonianza di questa tendenza le ricerche già citate di Benevelli, Scarfone e Pellitteri,

⁵⁷ T. Detti, *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, Franco Angeli, Milano 1994, pp. 32-34

⁵⁸ *Storia d'Italia, VII. Annali. Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Einaudi, Torino 1984, p. IX.

⁵⁹ Archivio centrale dello Stato, *Fonti per la storia della malaria in Italia, Ministero per i beni e le attività culturali*, Direzione generale per gli archivi, Roma 2003; G. Corbellini, *La lotta alla malaria in Italia: conflitti scientifici e politica istituzionale*, in «Medicina nei secoli», 18 (2006), pp. 75-95; F. Snowden, *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana 1900-1962*, Einaudi, Torino 2008; E. Tognotti, *Per una storia della malaria in Italia. Il caso della Sardegna*, Franco Angeli, Milano 2008.

⁶⁰ G. Berlinguer, *La salute nelle fabbriche*, De Donato, Bari 1977; Id., *Storia politica della salute*, Franco Angeli, 1991; Id., *Storia della salute: da privilegio a diritto*, Giunti, Firenze-Milano 2011.

⁶¹ E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma 2000; Id., *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, Franco Angeli, Milano 2002; Id., *L'altra faccia di Venere. La sifilide dalla prima età moderna all'avvento dell'Aids*, Franco Angeli, Milano 2006.

⁶² B. Fantini, *Le rivoluzioni nelle scienze della vita*, L. S. Olschki, Firenze 1995; B. Fantini, L. Lambrichs, *Histoire de la pensée médicale contemporaine*, Le Seuil, Paris 2014.

a cui si aggiungono i saggi di Fabio Fichera⁶³, e l'interesse per l'igiene coloniale come strategia di costruzione della "bianchezza" che si ritrova nel volume di Gaia Giuliani e Cristina Lombardi Diop (2013)⁶⁴. Apporti sulla sanità coloniale provengono anche dalle ricerche di antropologia medica e di africanistica orientate verso l'analisi degli esiti di lunga durata della dominazione europea, dei lasciti della medicina occidentale, e del ruolo che la medicina tradizionale indigena ha svolto nella costruzione delle identità nazionali postcoloniali⁶⁵

Esistono inoltre sul tema della sanità coloniale due pubblicazioni del Ministero degli Affari Esteri curate dal Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa: *Contributo dell'Italia alla conoscenza della nosografia dell'Africa* e *L'organizzazione sanitaria nell'Africa Italiana*, edite tra 1963 e 1965⁶⁶. Sulla qualità della collana *Italiani in Africa*, a cui volumi appartengono, pesa però fortemente la vicenda biografica degli autori, tutti ampiamente coinvolti nella stagione coloniale in qualità di funzionari, medici o magistrati esercitanti in colonia, storici ufficiali delle imprese italiane - tra cui compaiono i nomi di Raffaele Ciasca, Carlo Giglio, Giuseppe Vedovato e Carlo Zaghi⁶⁷.

Le ragioni del disinteresse della storiografia per gli aspetti medici dell'espansione coloniale italiana si può infatti rintracciare anche nei caratteri della produzione storica italiana sull'espansione d'oltremare otto-novecentesca.

A causa della tarda "decolonizzazione"⁶⁸ del discorso pubblico, l'avventura coloniale ha costituito un tema di interesse per la storiografia solo in tempi recenti. A partire dai lavori di Giorgio Rochat e Angelo Del Boca pubblicati negli anni settanta⁶⁹, dopo un lungo periodo in

⁶³ F. Fichera, *Le politiche sanitarie nelle colonie: riflessioni antropologiche sull'influenza dell'autorità medica nel colonialismo italiano*, in M. Bolognari, *Lo scrigno africano. La memoria fotografica della guerra d'Etiopia custodita dalle famiglie italiane*, Rubettino, Soveria Mannelli 2012.

⁶⁴ C. Lombardi-Diop, G. Giuliani, *Bianco e nero. Storia dell'identità razziale degli italiani*, Le Monnier, 2013

⁶⁵ B. Nicolini, I. Taddia (a cura di), *Il Corno d'Africa. Tra medicina, politica e storia*, Novalogos, Aprilia 2011; U. Chelati, Dirar, *Curing bodies to rescue souls: Health in Capuchin's missionary strategy in Eritrea, 1894-1935*, D. Hardiman, *Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa*, Clio medica, Amsterdam-New York 2006; M. Giovanni Dore ha messo in luce nel contributo *Catechisti ed evangelisti come intermediari culturali nella colonia Eritrea*, come l'organizzazione sanitaria di base fosse in Eritrea in mano alla missione evangelica svedese, cfr. G. Dore, *Catechisti ed evangelisti come intermediari culturali nella colonia Eritrea*, in G. Dore, C. Giorgi, A. M. Morone, M. Zaccaria (a cura di), *Governare l'Oltremare. Istituzioni, funzionari e società nel colonialismo italiano*, Carocci, Roma 2013.

⁶⁶ M. Girolami, G. Scotti, *Contributo dell'Italia alla conoscenza della nosografia dell'Africa*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1963; G. Bucco, A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1965.

⁶⁷ Ben distante dal costituire una prima opera di revisione critica dell'esperienza italiana d'oltremare, la collana simboleggia piuttosto un atteggiamento prevalente in Italia tra anni cinquanta e sessanta. Mentre si rendeva sempre più evidente la necessità di smobilitare gli apparati amministrativi protagonisti delle vicende coloniali, primo fra tutti il Ministero dell'Africa italiana, nel gennaio 1952 veniva istituito il Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa⁶⁷. Riservando a una ristretta cerchia di uomini "fidati" l'indagine sul corpus documentario dell'amministrazione coloniale, si dava vita a un'ampia opera di scrittura celebrativa dell'Italia coloniale, ricostruita nei suoi differenti aspetti: l'amministrazione della giustizia, le opere per lo sviluppo dell'agricoltura, l'organizzazione dell'esercito in colonia, l'area degli studi coloniali, ecc. All'inizio degli anni ottanta, poco prima che il comitato fosse soppresso, usciva l'ultimo dei quaranta volumi della monumentale tanto quanto apologetica opera iniziata nel 1952. Sulle vicende del comitato si veda anche N. Labanca, *Oltremare. Storia dell'espansione coloniale italiana*, Il Mulino, Bologna 2002, pp. 442-443.

⁶⁸ N. Labanca, *L'impero del fascismo. Lo stato degli studi*, in *L'impero fascista. Italia ed Etiopia (1935-1941)*, a cura di R. Bottoni, Mulino 2008.

⁶⁹ G. Rochat, *Militari e politici nella preparazione della campagna d'Etiopia. Studio e documenti 1932-1936*,

cui a interessarsi di questi temi erano solo studiosi compromessi con la passata stagione “africana”, gli storici hanno rivolto un’attenzione tutta politica e militare alle vicende coloniali italiane. Demolire il mito del “bravo italiano” significava infatti fare luce sui fatti storici della conquista, ricostruire ciò che era stato rimosso dalla coscienza italiana attraverso una prospettiva libera da atteggiamenti autoassolutori.

Grazie a una nuova generazione di storici, più attenti alle vicende coloniali italiane, indagate come parte integrante della storia italiana e non come un episodio “minoritario”, quest’area di studi ha conosciuto una nuova vitalità a partire dagli anni novanta⁷⁰. In questo panorama è d’obbligo segnalare i lavori di Giampaolo Calchi Novati⁷¹ e i recenti studi dell’africanistica italiana⁷², nonché le ricerche di Nicola Labanca che, a partire dai primi studi su esercito italiano e conquiste d’oltremare, ha contribuito in modo determinante a trasformare il campo degli studi sul colonialismo italiano in un settore di primo piano della ricerca storiografica sull’età contemporanea⁷³.

Nonostante l’accelerazione che gli studi coloniali hanno conosciuto negli ultimi anni e l’impronta culturalista che li ha contraddistinti⁷⁴, il rapporto tra medicina e colonialismo non ha però trovato spazio nel panorama storiografico.

Angeli, Milano 1971; Id., *Il colonialismo italiano. Documenti*, Loescher, Torino 1973. Angelo del Boca inizia nel 1976 la pubblicazione per Laterza dei volumi *Gli italiani in Africa orientale*, seguiti poi dai due lavori *Gli italiani in Libia* (1986-1988).

⁷⁰ Per una panoramica sullo stato degli studi coloniali italiani si veda: N. Labanca, *La guerra d’Etiopia. 1935-1941*, Il Mulino, Bologna 2015; G. Bascherini e G. Ruocco (a cura di), *Lontano vicino. Metropoli e colonie nella costruzione dello Stato nazionale italiano*, Jovene, Napoli 2016.

⁷¹ La letteratura è, in questo caso, molto ampia. Si riportano qui di seguito solo le pubblicazioni seguite ai convegni africanistici di Napoli, Macerata e Pavia: U. Chelati Dirar, S. Palma, A. Triulzi, A. Volterra (a cura di), *Colonia e postcolonia come spazi diasporici. Attraversamenti di memorie, identità e confini nel Corno d’Africa*, Carocci, Roma 2011; I. Rosoni, U. Chelati Dirar, *Votare con i piedi. La mobilità degli individui nell’Africa coloniale italiana*, Centro edizioni Università di Macerata, Macerata 2012; G. Dore, C. Giorgi, A. M. Morone, M. Zaccaria (a cura di), *Governare l’Oltremare*. cit.

⁷² Dell’ampia produzione dello storico si segnalano: G. Calchi Novati, *Fra Mediterraneo e Mar Rosso. Momenti di politica italiana in Africa attraverso il colonialismo*, Istituto Italo-Africano, Roma 1992; Id., *Il Corno d’Africa nella storia e nella politica, Etiopia, Somalia e Eritrea fra nazionalismi, sottosviluppo e guerra*, Società editrice internazionale, Torino 1994; Id., *Africa d’Italia. Una storia coloniale e postcoloniale*, Carocci, Roma 2011.

⁷³ Si ricordano, oltre ai lavori già citati, N. Labanca, *In marcia verso Adua*, Einaudi, Torino 1993; Id., *La politica e l’amministrazione coloniale dal 1922 al 1934*, in E. Collotti, *Fascismo e politica di potenza. Politica estera 1922-1939*, La nuova Italia, Firenze 2000, pp. 81-136; Id., *Posti al sole. Diari e memorie di vita e di lavoro dall’Africa italiana*, Museo storico della Guerra, Rovereto 2001; Id., *Un nodo. Immagini e documenti sulla repressione coloniale italiana in Libia*, Lacaíta, Manduria 2002.

⁷⁴ Per una riflessione critica sull’uso e abuso della nozione di immaginario da parte degli studi coloniali cfr. N. Labanca, *Imperi immaginati. Recenti cultural studies sul colonialismo italiano*, in «Studi Piacentini». XXVIII, 2 (2000), pp. 145-168.

Capitolo II

Storia del colonialismo, storia della medicina o questione epistemologica?

2.1 Sciences hors de l'occidente: la storiografia francese

Negli ultimi decenni l'indagine sulle scienze nei contesti di dominazione europea è divenuta materia di studio frequente tra gli storici del colonialismo¹ ma anche tra gli studiosi di storia della scienza: un fenomeno indice del mutamento intervenuto nella storia dei saperi, sempre più aperta agli apporti della sociologia, dell'antropologia e attenta alla dimensione pratica di esercizio della scienza.

Già nel 1978, a Melbourne, il seminario *Scientific Colonialism. A cross cultural comparison*, prendeva in esame, come il convegno *Science and Empire* tenutosi a Nuova Delhi qualche anno dopo, le connessioni esistenti tra colonialismo e sviluppo delle scienze negli ex domini britannici. Perché l'orizzonte della ricerca si allarghi a tutti i paesi che hanno conosciuto forme più o meno durature di dominazione europea bisogna però attendere il convegno organizzato nel 1990 dalla rete REHSEIS (Recherches Épistémologiques et Historiques sur les Sciences Exactes et les Institutions Scientifiques) e dal CNRS (Centre national de la recherche scientifique).

Il titolo scelto per l'incontro di Parigi, *Science and empires. A comparative history of scientific exchanges: european expansion and scientific development in asian, african, american and oceanian countries*, individua, come esplicitato dai curatori, un campo autonomo rispetto alla tradizionale storia delle scienze: non si tratta di indagare le scienze nell'impero, seguendo un approccio geografico, o le scienze dell'impero, evidenziando quanto queste ultime fossero strumenti dell'espansione europea, ma di individuare i fattori geopolitici che tra il XIX e XX sec. hanno determinato l'emergere o l'inabissarsi di pensieri e concezioni scientifiche. Diversi sono i centri di interesse attorno ai quali ruotano i contributi del volume:

¹ Per un quadro degli studi di lingua inglese sulla scienza nell'impero britannico si veda: M. Harrison, *Science and the British Empire*, in «Isis», XCVI, 1 (2005), pp. 56-63. Lo studio delle scienze al di fuori del loro centro di produzione occidentale non è certo, però, una novità della storiografia post-coloniale. Ne sono un esempio l'interesse di Joseph Needham (1900-1995) per la scienza cinese e i lavori, ancora antecedenti, alla ricerca dell'origini greche, egiziane, asiatiche della scienza moderna. Pur accordando allo sviluppo tecnico-teorico delle società extraeuropee un piano di rilevanza, nessuna di queste opere si discostava dalla visione dell'Europa come culla del pensiero moderno (e dunque anche scientifico); un'immagine che ha dominato, e continua a dominare, la riflessione dell'occidente sul proprio ruolo nello sviluppo della conoscenza. Cfr. K. Raj, *Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2007. Sulla figura dello storico e orientalista britannico si veda C. Pogliano, *Joseph Needham*, in «Belfagor», 6 (1982), pp. 647-660.

la dimensione istituzionale che organizza e supporta gli studi scientifici in ambito coloniale (la rete dunque di istituzioni che vengono fondate tra otto e novecento nei territori di conquista), le relazioni tra centro e periferia nella definizione degli indirizzi di ricerca prevalenti e i fattori politico-sociali che determinano e convalidano lo status delle discipline scientifiche.

Nonostante l'eterogeneità degli ambiti di ricerca, tutti i contributi si sviluppano a partire dalla messa in discussione del tradizionale modello di sviluppo progressivo della scienza. Ciò che viene criticato è proprio lo «schéma “diffusionniste” d'expansion dans un “vide scientifique”», proposto da George Basalla nel 1967 nella prima opera dedicata all'espansione della scienza occidentale, *The spread of the western science*, «identifiant des étapes que tout pays devait nécessairement parcourir avant de rattraper les Etats Units, pris comme modèle de référence pour la science»². Così continua Patrik Petitjean, tra i promotori del convegno:

nous somme passés de l'étude de la “diffusion” à travers des frontières culturelles à celle de la “réception”, puis à celle des “condition de production” de la science moderne, et finalement à l'étude des “problèmes d'intégration” entre la science moderne et les traditions scientifiques classiques. Il s'agit d'une part d'essayer de comprendre comment, pourquoi, éventuellement selon quelles stratégies conscientes, les métropoles européennes ont développé des activités scientifiques dans leurs empires, mais aussi comment cela s'est articulé avec la construction des empires [...]. Il s'agit d'autre part de ce que j'ai appelé des travaux “d'histoire nationale” des sciences. Une vision ancienne de l'histoire de sciences dépréciait souvent les apports des pays non européens; en réaction, les historiens de nombreux pays on cherché à mieux évaluer leur propres traditions scientifiques, et à affirmer leur identité³.

Nel panorama complessivo dei contributi, l'attenzione riservata alla medicina coloniale è limitata al solo intervento di Anne Marie Moulin indirizzato all'analisi della rete di istituzioni pasteuriane operanti nell'oltremare francese⁴.

Spazio adeguato troverà invece, la storia della medicina, quattro anni più tardi al convegno *Les Sciences Hors d'Occident au XXème Siècle* organizzato nuovamente a Parigi, presso la sede dell'Unesco. Con l'intento di analizzare il processo di “mondializzazione” della scienza, nel quadro del contesto che ha permesso tale trasformazione (l'imperialismo europeo), il convegno dedica una delle sue giornate all'analisi della scienza medica “fuori dal contesto occidentale”, raccogliendo contributi di antropologi, sociologi, storici francesi e di lingua inglese sulla forma «particulière prise au début du XX siècle par la médecine occidentale,

² P. Petitjean, *Science et empires: un thème prometteur, des enjeux cruciaux*, in P. Petitjean, C. Jami, A. M. Moulin (a cura di), *Science and Empires*, cit., p. 4

³ *Ibidem*

⁴ A. M. Moulin, *Patriarchal science. The network of the overseas Pasteur Institutes*, in *Science and Empires. Historical studies about scientific development and european expansion*, a cura di P. Petitjean, C. Jami, A.M. Moulin, Springer, New-York-London 1992, pp. 307-22. Anne Marie Moulin ha sviluppato questi studi in Id., *Le dernier langage de la médecine: histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, PUF, Paris 1991; A. M. Moulin (dir.), *L'aventure de la vaccination*, Fayard, Paris 1996; *The Pasteur Institutes between the two world wars. The transformation of the international sanitary order*, in P. Weindling, *International health organisations and movements, 1918–1939*, Cambridge University Press, Cambridge Mass., 1995, pp. 244-265. Durante il seminario del 1977-1978 tenuto da Michel Foucault al College de France, viene letta una relazione di Anne Marie Moulin sulle campagne per l'inoculazione del vaiolo nel XVIII sec. Cfr. M. Foucault, *Sicurezza, popolazione e territorio*, cit., p. 269.

tournée vers les autres mondes désignés globalement comme Tropiques»⁵. Il senso del convegno promosso dall'ORSTOM (Office pour la recherche scientifique et technique d'outremer - ora con nuova denominazione) nel 1994 è simboleggiato dalla denominazione della giornata: *Les sciences hors d'occident au XX siècle*, che significa non semplice attenzione per lo sviluppo delle scienze fuori dal loro contesto “originario” di produzione, attenzione che presupporrebbe nuovamente l'occidente come matrice di ogni percorso di accrescimento dei saperi, quanto volontà di revisione del modello della scienza occidentale, e dell'idea che fa del progresso un'applicazione, un trasferimento, una diffusione di tale modello. Questa volontà di revisione ha orientato l'attenzione dei contributi verso le scienze colte nella dimensione di pieno esercizio, come ben esemplifica il sottotitolo della conferenza «beyond the metropolis», e posto la necessità di soffermarsi sulla diversità piuttosto che sull'unità della scienza, che si vorrebbe unica ed universale.

A partire dai due convegni, gran parte degli studi si sono indirizzati sull'analisi delle scienze esatte; un numero minore di lavori hanno guardato alla connessione tra scienze della vita ed espansione nei territori extraeuropei come oggetto privilegiato d'indagine. Le ragioni di questa polarizzazione sono evidenti: la storia dei saperi, influenzata dai mutamenti incorsi nella fisica di inizio novecento, ha largamente privilegiato lo studio delle scienze esatte, anche nel contesto rinnovato del mondo post-coloniale. È infatti l'esame degli oggetti inanimati il campo in cui si gioca la partita del progresso umano, per la prossimità con cui matematica, fisica, chimica giungono alla descrizione “veridica” della natura - possibilità preclusa all'arte medica, i cui frequenti “insuccessi” sono evidenti all'interno e all'esterno della comunità scientifica. Analizzare queste discipline significa dunque confrontarsi più immediatamente con la questione dello statuto della “verità” e con le relazioni di potere che intervengono nella sua definizione. Questo anche se biologia, igiene, parassitologia, protozoologia hanno costituito strumenti di primaria importanza per il governo dei territori d'oltremare, garantendo agli europei la possibilità stessa di stabilirsi e mantenere un dominio nelle regioni tropicali. Discipline «agganciate» al carro dell'impero in modo più manifesto che in altri casi, stimolate e indirizzate dalle esigenze dell'imperialismo⁶.

Ciò che sembra dunque emergere attraverso un'analisi delle due storiografie - quella francese e quella di lingua inglese - è una diversità nei modi e nei percorsi di approccio alla medicina coloniale come materia di studio. Gli interrogativi sulla nozione di “tropicalité”, e sul rapporto che la scienza medica ha intrattenuto con essa, provengono, in ambito francese, da punti d'osservazione diversi da quelli adottati dalla storiografia anglosassone.

In primo luogo, l'interesse per la scienza pasteuriana, e per la sua egemonia di lungo periodo nella cultura francese, con cui la storiografia ha dovuto misurarsi, ripensando in maniera critica, a distanza di un secolo, la sua celebrata dimensione “rivoluzionaria” e “globale”, il suo ottimismo nei confronti della medicina “moderna” e delle sue capacità di eradicazione del

⁵ A. M. Moulin (dir.), *Médecines et santé. Medical practices and health*, ORSTOM, Paris 1996, p. 9. Gli interventi presentati al convegno sono stati pubblicati nell'opera in sette volumi diretta da R. Waast, *Les Sciences Hors d'Occident au XXème Siècle*, cit. Vol. 2. P. Petitjean. (dir.), *Les sciences coloniales. Figures et institutions*; Vol. 3, Y. Chatelin, C. Bonneuil (dir.), *Nature et environnement*; Vol. 4, A.M. Moulin. (dir.), *Médecines et santé. Medical practices and health*, 1996.

⁶ P. Palladino, M. Worboys, *Science and Imperialism*, in «Isis», LXXXIV, 1 (1993), pp. 91-102.

male dall'orizzonte terrestre⁷. La medicina tropicale costituisce inoltre, per la storiografia di lingua francese, un punto di osservazione sui rapporti tra scienza occidentale e medicina araba, sulla tradizione condivisa della medicina ippocratica, sui processi di modernizzazione adottati, nel corso dell'ottocento, dai paesi nordafricani e mediorientali in campo sanitario⁸.

La forte attenzione che si è sviluppata attorno ai processi di sviluppo delle scienze nei contesti non occidentale⁹, ha contribuito, come si è visto, a orientare la ricerca attorno al problema dello strutturarsi e del ri-definirsi, contestualmente all'imperialismo, di discipline scientifiche e umanistiche, di pari passo con la messa in discussione dello schema diffusionista: lavori che ne sono emersi sono connotati da uno sguardo globale sui saperi scientifici al di fuori dai loro centri di produzione piuttosto che da un interesse verso l'analisi della medicina coloniale come disciplina a sé stante¹⁰.

Un'ulteriore angolatura per l'osservazione del rapporto fra medicina e colonialismo proviene infine dai lavori di Claire Fredj, indirizzati allo studio della medicina militare francese nelle "congiunture" di guerra. La storica indirizza il suo sguardo non tanto al servizio sanitario delle campagne coloniali, quanto più in generale sull'attività dei medici "periferici", nel doppio senso di distanza dai centri di produzione del sapere - le accademie - e di lontananza dalla madrepatria, e sul loro contributo allo sviluppo della disciplina sanitaria europea¹¹.

2.2. La storia della medicina coloniale: un problema di posizionamento

Alla luce delle analisi sviluppate dalla storiografia francese, i seguenti paragrafi complicheranno il quadro delle riflessioni esistenti, partendo da un interrogativo che

⁷ C. Solomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Payot, Paris 1986; B. Latour, *The Pasteurization of France*, Cambridge University Press, Cambridge Mass. 1988.

⁸ A. M. Moulin, *Histoire de la médecine arabe. Dialogue du passé et du présent*, Centre socio-culturel de la rue de Tanger, Tanger 1996; A. M. Moulin, Y. I. Ülman, *Perilous modernity*, Isis Press, Istanbul 2010; S. Chiffolleau, *Médecines et médecins en Égypte: construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Éd. l'Harmattan, Paris-Montréal-Lyons 1997.

⁹ P. Petitjean (dir.), *Les sciences coloniales. Figures et institutions*, in R. Waast, *Les Sciences Hors d'Occident*, cit., pp. 9-11. Come si è già messo in evidenza, si tratta di una "ripresa", in forme radicalmente diverse, e non di un avvio dell'interesse per i saperi scientifici non occidentali. K. Raj, *Relocating Modern Science*, cit.

¹⁰ Per questa impostazione si veda: D. Pestre (sous la dir.), *Histoire des sciences et des savoirs*, 3 voll., Editions du Seuil, Paris 2015. Fa eccezione, in questo panorama: D. Peiretti-Courtis, *Quand le sexe incarne la race. Le corps noir dans l'imaginaire médical français (1800-1950)*, in «Les Cahiers de Framespa», XXII, (2016); a questo contributo si aggiungono alcuni lavori della storiografia canadese: L. Monnais, N. Tousignant, *The Values of Versatility: Pharmacists, Plants, and Place in the French (Post)Colonial World*, in «Society and History», CVII, (2016), pp. 432-462; L. Monnais, *Médicaments coloniaux. L'expérience vietnamienne, 1905-40, Les Indes Savantes*, Paris 2014; Id., *The Colonial Life of Pharmaceuticals: Medicines and Modernity in Vietnam*, Cambridge University Press, Cambridge Mass. 2019.

¹¹ C. Fredj, *Médecins en campagne, médecine des lointains: le service de santé des armées en campagne dans les expéditions lointaines du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique)*, Thèse de doctorat, École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales, a.a. 2005-2006; Id., C. Fredj, *Du local au global: Les médecins militaires français, l'Algérie et les «maladies des pays chauds» (1830-1880)*, in «Gesnerus», LXXII, 2 (2015), pp. 250-268; Id., *Retrouver le patient colonisé*, «Histoire, médecine et santé», 7 (2015), pp. 37-50; J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen, *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, in «Le Mouvement Social», 4 (2016).

restituisce al tema dei rapporti fra medicina e imperialismo una dimensione interdisciplinare. Quale definizione assegnare agli studi di storia della medicina tropicale, ambito della ricerca storica sull'imperialismo europeo, settore di competenza della storia della medicina o capitolo della storia delle scienze otto-novecentesche?

Questo interrogativo introduce il problema del posizionamento, nel quadro dell'organizzazione del sapere, degli studi di storia della scienza, campo fortemente conteso tra diverse e spesso antitetiche competenze: quelle dell'epistemologia, della ricerca storica-sociologica, e della scienza stessa (della disciplina ovvero coinvolta in un'analisi del proprio percorso di sviluppo). Non si intende con ciò mettere in evidenza un problema di classificazione, quanto allargare il quadro teorico di riferimento a disposizione della ricerca, nella convinzione che l'interrogativo centrale di ogni indagine che si misuri con i meccanismi di produzione del sapere scientifico - *come* "fare" storia della scienza - non possa e non debba venir risolto in un contesto di chiusura disciplinare.

2.3 Epistemologia storica e sociologia della scienza

Di *che cosa* la storia delle scienze pretende di fare storia? Attraverso quest'interrogativo Georges Canguilhem, storico e filosofo della medicina, si poneva il problema dell'*oggetto* di tale disciplina, sottolineando come «répondre que l'histoire des sciences fait l'histoire de ces formes de la culture que sont les sciences» sia semplice solo in apparenza¹².

Indagine sui procedimenti teorici degli innovatori o piuttosto studio dei condizionamenti sociali, politici e tecnici che hanno consentito lo sviluppo dei loro paradigmi? Cronaca degli «incrementi progressivi» e definitivi del sapere¹³, ricostruzione del percorso compiuto da una disciplina per giungere ai suoi ultimi e più recenti risultati, o analisi della storicità intrinseca del sapere?

L'epistemologia "discontinuista" sviluppatasi in Francia, tra anni trenta e quaranta, attorno il pensiero di Gaston Bachelard, Jean Cavailles, Alexandre Koyré, ha per prima posto la storia della scienza come problema filosofico più che scientifico, avviando una progressiva messa in questione delle tradizionali forme di scrittura della disciplina. Non la scienza come prodotto finito, né il racconto cronachistico degli avanzamenti del pensiero devono interessare - secondo la prospettiva inaugurata da Bachelard - lo studioso, quanto piuttosto il movimento globale della conoscenza, i suoi meccanismi concreti di formazione, diversificazione e continua riformulazione¹⁴. In definitiva, è la storicità del sapere il centro d'analisi di questa disciplina a cavallo tra epistemologia e storia. Ponendo l'accento sul concetto di «ostacolo epistemologico»¹⁵, la filosofia di Bachelard ha revisionato i meccanismi di costruzione del

¹² G. Canguilhem, *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Vrin, Paris 1981, p. 33.

¹³ T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009, p. 20.

¹⁴ G. Canguilhem, D. Lecourt, *L'épistémologie historique de Gaston Bachelard*, Vrin, Paris 1969 (trad. it. *L'epistemologia di Gaston Bachelard*, Jaca Book, Milano 1997).

¹⁵ *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, del 1938, è l'opera dedicata alla formulazione del concetto di ostacolo epistemologico, a indicare l'andamento non lineare della ragione, in tensione fra tentativo di astrazione e resistenza all'esperienza quotidiana. Cfr. G. Bachelard, *La*

sapere, considerando l'*errore* come parte integrante del processo di formazione della conoscenza. Ogni scoperta si forma *contro* qualcosa, è un movimento di revisione, critico nei confronti di quanto elaborato dalla tradizione. Il conflitto con il passato costituisce la guida spirituale di ogni uomo di scienza. La stessa razionalità è per Bachelard un prodotto culturale, intriso di "psichismi": non l'uomo lucido, in attività, costituisce il soggetto delle sue riflessioni, bensì «l'uomo delle 24 ore» con il suo bagaglio di lasciti notturni¹⁶.

Con l'edizione nel 1962 dell'opera *The structure of scientific revolutions*, Thomas Kuhn ha nuovamente posto il problema dei compiti della storia delle scienze, chiamando in causa i metodi della storia e della sociologia, per operare «una trasformazione decisiva dell'immagine della scienza dalla quale siamo dominati»¹⁷. Attraverso l'apporto della sociologia di Durkheim - come nota Bourdieu la comunità scientifica immaginata da Kuhn è una collettività dominata da una norma¹⁸ - il pensatore americano sovrappone l'approccio internalista ed externalista annullando la polarizzazione su cui si era andata costituendo il campo della filosofia delle scienze. L'attenzione dello studioso è per i fattori sociali che guidano la formazione di teorie e prassi scientifiche (la lettura dello sviluppo delle scienze in termini di *consenso* ne è una testimonianza); entro il paradigma, che organizza e orienta l'orizzonte d'azione degli scienziati, secondo Kuhn sono le logiche del pensiero scientifico, elaborate in autonomia rispetto alle dinamiche sociali e culturali esterne alla comunità scientifica, a funzionare; compito della «scienza normale», quella che si sviluppa entro un paradigma, è offrire soluzione ai problemi «rompicapo», problemi che non comportano un'innovazione culturale bensì una specificazione ulteriore del paradigma e un'estensione della sua validità. La scienza è, per Kuhn, un'attività conservatrice rotta da momenti "rivoluzionari" di superamento del paradigma, ma la stessa novità si produce non come evento unico ed irripetibile ma costituisce l'esito di un processo ciclico, in cui l'anomalia è presto riassorbita, dopo un momento di crisi, in una nuova concezione divenuta dominante in virtù dell'accettazione della comunità scientifica. L'andamento della scienza è comprensibile per Kuhn solo facendo riferimento alle caratteristiche strutturali del corpo sociale responsabile del suo sviluppo: «Una comunità scientifica consiste, secondo queste concezioni, di coloro che praticano una specialità scientifica. In misura che non ha riscontri in altri campi, costoro hanno ricevuto educazione ed addestramento simili; nel corso della loro formazione hanno assimilato la medesima letteratura tecnica e ne hanno tratte in gran parte le medesime lezioni [...]. Sono comunità di questo tipo le unità che questo libro ha presentato come produttrici e convalidatrici della conoscenza scientifica. I paradigmi sono qualcosa che viene condiviso da membri di tali gruppi. Se non si fa riferimento alla natura di questi elementi condivisi, molti aspetti della scienza [...] non potrebbero venire capiti»¹⁹.

formazione del nuovo spirito scientifico. Contributo a una psicoanalisi della conoscenza oggettiva, Raffaello Cortina, Milano 1995.

¹⁶ G. Bachelard, *L'impegno razionalista*, Jaca Book, Milano 2003, pp. 63-100.

¹⁷ T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, cit., p. 19.

¹⁸ P. Bourdieu, *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France 2000-2001*, Feltrinelli, Milano 2013, pp. 27-31.

¹⁹ T. Kuhn, *Poscritto 1696*, in Id., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, cit., pp. 215-218.

2.4 Sociologia della scienza, antropologia della scienza, storia dei saperi

Accanto all'approccio discontinuista sopra delineato, che aveva mutuato dalla scuola delle *Annales* una visione del tempo frazionato in epoche incommensurabili tra loro²⁰ - epoche a cui lo storico si avvicina con lenti ogni volta diverse -, si sviluppa, a partire dalla seconda metà degli anni settanta, un orientamento di studi più attento alla pratica "quotidiana" della scienza e meno disposto ad affidare a una sintassi fatta di paradigmi, rivoluzioni, rotture epistemologiche la lettura delle dinamiche di sviluppo della conoscenza. È dalla scuola di Edimburgo - rappresenta da Barry Barnes e David Bloor²¹ - e da quella di Bath - con Henry Collins -, che tale indirizzo di studi prende forma, muovendo una critica nei confronti della visione della scienza proposta dall'epistemologia francese e, successivamente, dalle prospettive della sociologia americana (Parsons, Merton²²). Attraverso lo studio delle controversie, Bloor, Barnes e Collins mettono in discussione il postulato che aveva retto le interpretazioni classiche di storia della scienza - la gerarchia tra enunciati veri e falsi, i primi unico possibile oggetto di studio dell'epistemologia -, sottolineando come gli esiti delle ricerche siano il prodotto delle interazioni tra i singoli scienziati e della loro forza sociale, più che l'esito del processo di disvelamento della verità. Sono dunque i fatti sociali a produrre la *credenza* in una teoria o scoperta, che diviene egemone in forza della attività concreta, pratica, degli individui coinvolti nella produzione del sapere.

Con la pubblicazione, tra 1979 e 1984, di *Laboratory Life* e di *Les microbes: guerre et paix*, Bruno Latour sposta l'attenzione dello storico su un terreno ancor più materiale: quello del laboratorio, dell'esame cioè della prassi quotidiana dello scienziato. Analizzando, nel volume scritto assieme a Steve Woolgar, le operazioni condotte all'interno di un laboratorio di biologia della California, Latour fa emergere un'immagine della scienza ulteriormente rinnovata, intesa come impresa di fabbricazione, luogo in cui le cose divengono fatti e dove si negozia, attraverso una pratica agonistica, conflittuale, la credibilità di un enunciato²³. Con l'opera dedicata al lavoro di Pasteur, lo sguardo di Latour si allarga ulteriormente a comprendere l'intera società: non è più solo il laboratorio il luogo in cui si rintracciano le dinamiche della scienza ma l'intero corpo sociale con le sue riprese multiple dei concetti scientifici e le sue operazioni di volgarizzazione (Latour parla in questo senso di "infedeltà"²⁴). L'efficacia della scienza, per lo studioso, si misura, contrariamente a quanto pensava Kuhn, al di fuori della comunità scientifica. L'opera di Pasteur è in questo senso paradigmatica: la legittimità del metodo di vaccinazione, da lui stesso messo appunto, deriva dalla sua abilità nel mettere in scena, davanti ad un pubblico di "profani", i risultati della sua

²⁰ A. M. Moulin, *How to write the history of modern surgery in the Arab and Muslim world? Methodological problems and epistemological issues*, in «Majalleh-ye Târikh-e Elm, Tehran», 5 (2006), pp. 7-27.

²¹ D. Bloor, *Knowledge and Social Imagery*, University of Chicago Press, Chicago 1976; Id., *Wittgenstein. A Social Theory of Knowledge*, Columbia University Press, New York 1983.

²² R. K. Merton, *Scienza tecnologia e società nell'Inghilterra del XVII secolo*, Franco Angeli, Milano 1975; Id., *La sociologia della scienza*, Franco Angeli, Milano 1981; T. Parsons, *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Torino 1996.

²³ B. Latour, S. Woolgar, *Laboratory life: the social construction of scientific facts*, Sage, Beverly Hills 1979; Id., *La Scienza in azione. Introduzione alla Sociologia della Scienza*, Edizioni di Comunità, Torino 1998.

²⁴ D. Pestre, *Introduction aux science studies*, La Decouverte, Paris 2006, p. 46.

ricerca, entrando in interazione con la società e, soprattutto, con i suoi bisogni²⁵.

Per la sua attenzione alla prassi quotidiana che accompagna il formarsi della conoscenza, la “filosofia” di Latour costituisce dunque un’antropologia della società occidentale, o meglio, un’antropologia di ciò a cui la società occidentale riserva una posizione di priorità: la scienza. Ciò che sembra a Latour interessante della disciplina antropologica, e soprattutto del suo metodo (non dei suoi concetti, «difficilmente riconvertibili»), è la capacità di cogliere le questioni fondamentali delle società (religione, tecnica, diritto), a cui fa seguito però l’incapacità di osservare per intero il mondo occidentale contemporaneo considerato, secondo Latour, per le sole «questioni residuali arcaiche», rimaste «ai margini della nostra cultura»²⁶. Di qui il progetto di costruire un’antropologia della pratica scientifica, rifacendosi agli studi di Marc Augé, ma anche di Michel Serres e François Dagognet. Un’antropologia che sia “simmetrica”, e cioè che non tratti in modo differenziale la nostra società dalle altre e sia capace, allo stesso tempo, di concettualizzare adeguatamente il rapporto con gli altri.

Le riflessioni di Latour sono parte di un più ampio processo, in atto dagli anni settanta e che coinvolge l’intero ambito delle scienze umane, di spostamento dell’analisi «des grandes régularités et régulations» allo studio delle *situazioni*²⁷, che è anche un passaggio dall’esame della discontinuità a quello della *contingenza*. Per effetto di queste trasformazioni d’ordine teorico, l’esame della scienza si è gradualmente spostato su un terreno sempre più materiale: sociale (scienza intesa come istituzione e non come sistema teorico) e pratico (scienza come *fare*, studio dei prodotti non finiti). Il suo principio di sviluppo non è più né unico né semplice, come si trattasse di una entità dotata di logica propria, ma è da ritrovare in un complesso sociale “situato”: il procedimento scientifico si trova così dissolto in una molteplicità di versioni e funzioni che contraddicono l’immagine essenzialista che il neopositivismo, l’epistemologia francese e la sociologia di Kuhn riservava alla scienza. Una tendenza al superamento delle strutture a favore delle interazioni tra attori consapevoli e produttori di strategie, in opposizione al pensiero di Bourdieu, che con la nozione di campo affidava ancora alla struttura un ruolo nella definizione dell’agire umano, superando la scala microsociologica in cui si muovono le analisi della scienza “situata”²⁸. L’esame del sociologo era infatti orientato verso lo studio delle condizioni strutturali che indirizzano le pratiche di scienza in opposizione alla possibilità che, in un ambiente gerarchizzato e conflittuale quale è il campo culturale, le interazioni coscienti degli scienziati potessero costituire, di per sé, l’origine di una credenza dominante.

Posizioni recenti hanno portato avanti il processo di dissoluzione della scienza come *entità*, mantenendo vivo però l’interesse per gli aspetti globali, sul piano geografico, e universali su quello filosofico, della scienza.

²⁵ B. Latour, *Les microbes. Guerre et paix*, A. M. Métaillé, Paris 1984.

²⁶ B. Latour, F. Ewald, *Disinventare la modernità. Conversazioni con François Ewald*, Elèuthera, Milano 2016, pp. 7-8.

²⁷ D. Pestre, *Introduction aux science studies*, La Découverte, Paris 2006, pp. 3-9.

²⁸ Sulla nozione di campo, P. Bourdieu, *La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison*, in Id., *Science et structure sociale*, in «Science et structure sociale», VII, 1 (1975).

Influenzato dagli orientamenti del *practical turn*²⁹ dello *spatial turn*³⁰, Christian Jacob, nella ricerca dedicata ai *Lieux de savoir* ha operato una nuova scomposizione del termine “scienza”³¹. All’esame di quest’ultima, Jacob sostituisce quello dei “saperi”. Le scienze, per Jacob, non sono che una forma particolare di sapere, un sapere tra gli altri che oggi possiede nella cultura occidentale uno statuto privilegiato. L’operazione attuata da Jacob è chiara: declassare la scienza, posizionandola nel quadro generale della produzione della conoscenza, intesa come insieme di saperi letterari e scientifici, in un superamento della settorialità della cultura, della gerarchizzazione tra pratica e elaborazione intellettuale e in un’ottica che assume la continuità come lente interpretativa privilegiata. Scegliere di parlare di saperi, e non di scienza, significa fuoriuscire da una lettura storiografica consolidata centrata sulle rivoluzioni scientifiche dell’età moderna, ed orientata verso un approccio discontinuista alla storia della scienza³².

Così configurato il sapere accoglie al suo interno le conoscenze umanistiche, politiche, la produzione giuridica, artistica, ma anche i saperi pratici, costruiti nella quotidianità. Jacob parla di «*pratiques savantes*», non come una giustapposizione di atti singoli, abilità diverse ed eclettiche che ogni persona mette in gioco al momento di produrre sapere, ma come un insieme omogeneo, un continuo. Il sapere è qui un universale che presenta ancoraggi e configurazioni particolari.

Con la sua insistenza per i luoghi di produzione, la prospettiva della storia dei saperi consente di collocare i contenuti della scienza all’interno di un paesaggio intellettuale e sociale ampliato osservando le dinamiche di sviluppo della conoscenza in termini di circolazione, trasferimenti e «*fondements partagés*» all’interno dello spazio sociale osservato attraverso dei «*jeux d’échelle*»³³.

In questo quadro teorico, quali specificità presenta il discorso medico nel quadro dei saperi? Il riferimento agli studi di Canguilhem condurrà, nel prossimo paragrafo, all’esame delle prospettive elaborate dalla filosofia della medicina, consentendo di chiarire l’ottica interpretativa adottata per lo studio delle fonti di medicina tropicale prodotte in Italia tra la fine del XIX secolo e la metà del XX secolo.

2.5 Medicina: scienza o tecnica?

Nel saggio del 1951, *Il normale e il patologico*, raccolto nel volume *La conoscenza della vita*, Canguilhem sottolinea come il pensiero e l’attività del medico siano incomprensibili senza i

²⁹ Importanti, per questa transizione dei saperi umanistici, gli studi di Bourdieu (il già citato, *Per una teoria della pratica*).

³⁰ Sullo *spatial turn* si vedano M. Crang, N. Thrift (a cura di), *Thinking Space: Critical Geographies*, Routledge, London-New York 2000; B. Warf, S. Arias, *The spatial turn. Interdisciplinary perspectives*, Routledge, New York-London 2009.

³¹ C. Jacob, *Lieux de savoir*, 2 voll., Albin Michel, Paris 2007-2011.

³² C. Jacob, *Qu’est ce qu’un lieu de savoir*, cit.

³³ Sui rapporti fra microstoria e storia globale e le variazioni di scala dell’osservazione storica si veda A. Romano, S. Sebastiani, *La forza delle incertezze: dialoghi storiografici con Jacques Revel*, Il Mulino, Bologna 2016.

concetti di normalità e patologia. Questi concetti indispensabili risultano in realtà poco chiari, ambigui, potenzialmente equivoci. Invece di considerarli come problemi da capire, la scienza medica si accontenta di segnalarli, indicando l'esistenza di un già dato stato normale e abituale a cui l'oggetto preso in esame (l'organo, il tessuto, la funzione) deve essere ricondotto. L'ambivalenza del concetto di "normalità" risulta evidente osservando l'andamento oscillatorio del termine, il suo doppio significato di valore *medio* (fatto passibile di descrizione statistica), e di *modello* (modulo cioè di misurazione, di principio di valutazione)³⁴.

Se la storiografia sulla medicina tropicale ha fatto largamente ricorso alla coppia oppositiva normale-patologico per indicare il sottotesto che guida i tropicalisti nell'esame delle condizioni fisiologiche, rispettivamente, del colono e del colonizzato³⁵, diviene di primaria importanza confrontarsi con la questione posta dal filosofo attorno allo statuto ambiguo del termine "normale", e riflettere sulle ragioni del persistere di tale ambiguità nel campo della medicina.

Cosa qualifica come sano un organismo? Qual è il suo stato di normalità fisiologica? Esistono valori fisiologici validi per tutti gli organismi? Cosa accade ad un individuo sottoposto a mutate condizioni ambientali? Quali risposte la medicina elabora di fronte alla diversità del vivente?

Alla radice di tale difficoltà di definizione, che si traduce in una difficoltà della scienza medica a sottoporre ad esame i propri presupposti, Canguilhem individua una concezione divenuta egemonica nella medicina a partire dal positivismo, che postula, come principio fondamentale, l'idea della conformità a leggi dei fenomeni vitali. In questa posizione teorica il vivente è rappresentato come un sistema di regole, un meccanismo che può essere compreso solo sul piano della sua *legalità*³⁶. La vita viene dunque compresa, come il mondo fisico,

³⁴ G. Canguilhem, *Il normale e patologico*, in Id., *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna 1976. Il pensiero del filosofo, al centro dell'attuale riflessione filosofica francese come testimonia l'apertura, nel 2002, presso l'Université Paris Diderot Paris VII, del *Centre Georges Canguilhem* diretto da Dominique Lecourt, ha recentemente guadagnato anche l'attenzione degli studi italiani. Si veda ad esempio la traduzione, curata da Michele Cammelli, del testo *Le fascisme et les paysans* del 1935: G. Canguilhem, *Il fascismo e i contadini*, Il Mulino, Bologna 2006; oppure i volumi E. Sfara, *Una filosofia della prassi. Organismi, arte e visione in Georges Canguilhem*, Nuova Trauben, Torino 2016; F. Lupi, S. Pilotto (a cura di), *Infrangere le norme. Vita, scienza e tecnica nel pensiero di Georges Canguilhem*, Mimesis, Milano-Udine 2019; inoltre l'edizione curata da Vinzia Fiorino e Paolo Savoia del testo di lettura critica sul concetto di norma e normalizzazione P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault*. cit. Sullo stesso tema: G. Campesi, *Norma, normatività, normalizzazione. Un itinerario teorico tra Canguilhem e Foucault*, in «Sociologia del Diritto», XXXV, 2 (2008), pp. 5-30; per un confronto con la sociologia di Halbwachs: M. Cammelli, *Canguilhem e il problema delle norme in sociologia. Riflessioni di epistemologia biopolitica*, in «Storicamente», X, 3 (2007).

³⁵ È un esempio di tale tendenza il volume di M. Vaughan, *Curing their ills*, cit.

³⁶ La nozione di legalità della vita trova le sue origini nel processo di uniformazione della scienza medica ai principi della fisica, così come quest'ultima si era venuta sviluppando a partire da Galileo e Cartesio; prima di quest'ultimi, era ancora possibile parlare, con Aristotele, di moti naturali e moti violenti, distinguere cioè tra una fisica "normale" e una fisica "patologica". «Si dirà [infatti] che il progresso della conoscenza fisica è consistito, con Galileo e Cartesio, nel considerare tutti i moti come naturali, ossia conformi alle leggi di natura, e che allo stesso modo il progresso della conoscenza biologica consiste nell'unificare le leggi della vita naturale e della vita patologica. E precisamente questa unificazione che sognava Comte e che Claude Bernard ha creduto di compiere [...]». Abolendo le "qualità", in favore di un ragionamento quantitativo, la biologia positivista costruisce il suo statuto adottando i procedimenti della fisica galileiana. Ma Canguilhem avverte: «La meccanica moderna, fondando la scienza del movimento sul principio dell'inerzia, rendeva di fatto assurda la distinzione tra moti naturali e moti violenti, dal momento che l'inerzia era principalmente l'indifferenza nei confronti delle direzioni

secondo costanti che riducono l'individuale, il particolare ad un universale "normale". In questa accezione, i fenomeni individuali sono concretizzazioni imperfette di invariabili quali le leggi della vita. L'individuo è quindi sinonimo di scarto, scacco, impurità.

Negando il concetto di "normalità", e dunque l'idea che la vita abbia un modello ideale di funzionamento a cui riferirsi, e che possa essere descritta da leggi che riducono l'individuale e l'irregolare a difetto, la filosofia di Canguilhem ha profondamente riformulato le nozioni di salute e malattia. Essere sano non significa, per il filosofo, essere "normale" ma piuttosto "normativo", capace cioè di istituire nuove norme di vita al mutare delle proprie condizioni di esistenza. Attraverso tale concetto di "normatività del vivente", Canguilhem ha posto il problema della corrispondenza a leggi dei fenomeni vitali e dunque, in definitiva, il problema della specificità della medicina rispetto alle scienze esatte, influenzando in modo determinante, anche se spesso sotterraneo, tutta la riflessione teorica che si è sviluppata in seguito attorno al rapporto tra norme vitali e norme sociali.

La medicina è dunque una scienza o una "tecnica", un'arte terapeutica? È il prodotto di una sottomissione della vita al sapere razionalizzato o il prolungamento delle "irregolarità" della vita? Lontano dal rivendicare la semplice validità della dimensione qualitativa contro i metodi quantitativi per la comprensione della realtà, Canguilhem mette in discussione la centralità della "legge" come passaggio obbligato per la lettura dell'organismo umano, riassorbendo l'interno mondo del sapere medico nella vita e nei suoi andamenti³⁷.

Cogliendo un invito dello storico della sanità Roger Cooter di fronte all'assenza di «consensual methodology in medical history and even pheraphs [of a] real debate on the subject»³⁸, la ricerca guarderà alla medicina come sapere piuttosto che come scienza, tenendo conto degli interrogativi che la storiografia ha sollevato, per prestare attenzione alle dinamiche di formazione, diffusione, prestito dei concetti medici (manifesti o presupposti) in un'epoca in cui tale disciplina rivendica il proprio stato di *scienza*, al pari dei saperi fisici, matematici, biologici.

e delle variazioni di moto. Ora, la vita è ben lontana da una tale indifferenza nei confronti delle condizioni che le sono praticate [...]: non esiste un'indifferenza biologica». Cfr. C. Canguilhem, *Saggio su alcuni problemi riguardanti il normale e il patologico*, in Id., *Il normale e il patologico*, cit., pp. 97-99.

³⁷ G. Canguilhem, *Il pensiero e la vita*, in Id., *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna 1976.

³⁸ A. M. Moulin, *How to write the history of modern surgery in the Arab and Muslim world?*, cit., pp. 7-27.

Capitolo III

Razzismo e scienza

3.1 Medicina coloniale: scienza o cultura? Prospettive metodologiche

Nel panorama degli studi che ruotano attorno al nesso scienza-potere, centrale è divenuto negli ultimi anni il tema dell'eugenetica. Di fronte alle numerose ricerche che, nel panorama internazionale, hanno scelto questa tematica come angolatura privilegiata per interpretare il sorgere di nuovi centri di interesse nel pensiero scientifico e l'importanza assunta, tra le due guerre, dal tema della salute familiare e nazionale nell'agenda politica degli Stati europei¹, il termine "eugenetica" ha subito negli ultimi anni un allargamento "iperτροφico", divenendo una categoria sotto la quale collocare tutti i processi di biologizzazione del sociale, anche quelli che nascono da matrici diverse dal progetto di miglioramento del corpo sociale attraverso la regolazione dei meccanismi riproduttivi. Una dilatazione avvenuta anche per effetto della frequenza con cui, nel discorso pubblico, compare il concetto di eugenetica, a simboleggiare gli interventi più invasivi della scienza sulla vita umana².

Il movimento eugenico costituisce oggi, inoltre, uno dei percorsi più battuti per comprendere le interazioni tra il razzismo degli stati totalitari e la cultura scientifica: per capire cioè in che misura le politiche razziali siano state preparate e supportate dalla cultura scientifica.

Nella storiografia italiana sono numerosi gli studi che hanno affrontato la nascita e lo sviluppo del movimento eugenico nel nostro contesto nazionale³. Grazie ai lavori di Claudio Pogliano, Francesco Cassata, Roberto Maiocchi e Claudia Mantovani, si è avviata una comprensione più articolata di ciò che è stata l'eugenetica sotto il fascismo - non semplice scienza di cui la

¹ Per una prospettiva sull'espansione delle politiche sociali che interessa, negli anni tra le due guerre, gli Stati democratici come i regimi autoritari si veda M. Mazower, *Le ombre dell'Europa. Democrazie e totalitarismi del XX secolo*, Garzanti, Milano 2005. Per i diversi modelli di integrazione delle masse nel corpo nazionale degli Stati totalitari e dei sistemi politici democratici si veda, per lo stesso periodo, A. Rapini, *I "cinque giganti" e la genesi del welfare state in Europa tra le due guerre*, in «Storicamente», 8 (2012); L. Paggi, *Dallo stato di popolazione alla nazionalizzazione del consumo*, in Id., *Il popolo dei morti*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 271-302; P. Corner, *Il ruolo della previdenza e dell'assistenzialismo sotto il fascismo*, in G. Procacci, *Assistenzialismo e politiche di controllo sociale nell'Italia liberale e fascista*, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, Modena 2001.

² Cfr. E. Betta, *Eugenetica, eugenetiche*, in «Contemporanea», IX, (2006), pp. 787-793.

³ C. Pogliano, *Scienza e stirpe. Eugenia in Italia (1912-1939)*, in «Passato e presente», 5 (1984), pp. 61-97; G. Israel, P. Nastasi, *Scienza e razza nell'Italia fascista*, Il Mulino, Bologna 1998; R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, La Nuova Italia, Firenze 1999; C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2004; F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006; C. Pogliano, *L'ossessione della razza. Antropologia e genetica nel XX secolo*, Edizioni della Normale, Pisa 2005; F. Cassata, *Verso l'«uomo nuovo»: il fascismo e l'eugenetica «latina»*, in *Storia d'Italia, XXVI. Annali, Scienza e cultura dell'Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Einaudi, Torino 2011.

politica si è servita per portare avanti un programma di difesa del corpo sociale, ma movimento culturale ampio ed eterogeneo, il cui rapporto con il potere non si può misurare unicamente dall'analisi degli episodi di maggiore compromissione.

Gli studi hanno comunque finora privilegiato le figure più vicine ai vertici del potere, capaci di indirizzare le politiche "sociali" del regime - si pensi, ad esempio, all'interesse che ha suscitato nel panorama storiografico Corrado Gini, presidente dell'Istat dal 1926 al 1931 e della Sige (Società italiana di genetica e eugenica) dal 1924 al 1965, stretto collaboratore di Mussolini negli anni della svolta demografica e popolazionista⁴.

Diversa è però la prospettiva d'indagine che si apre con lo studio della medicina tropicale. Non si tratta di esaminare le figure del mondo scientifico più compromesse con il regime, sulle quali esiste ormai una cospicua letteratura⁵, ma di analizzare un settore nella sua interezza, come campione significativo della cultura italiana durante il fascismo, e, più esattamente, far emergere come si strutturò un intero campo del sapere in corrispondenza della nuova politica imperialistica.

Piuttosto poi che analizzare la scienza come campo separato e impermeabile alle influenze esterne, questo lavoro cercherà di far dialogare la scienza con la società, ponendo il problema del razzismo non tanto come elaborazione scientifica ma come prassi diffusa. Oggetti e indirizzi attorno ai quali si svilupperanno le ricerche di patologia tropicale nella prima metà del secolo sono infatti tanto l'effetto degli orientamenti della scienza medica europea nel primo novecento quanto il prodotto dell'esperienza concreta dei medici in colonia, figure "ponte" tra le due realtà territoriali. I prossimi paragrafi tenteranno di chiarire quest'impostazione.

3.2 "Tropicalità": una categoria dell'eccesso

Come tutte le discipline che studiano aspetti e manifestazioni delle civiltà extraeuropee, la medicina tropicale è parte integrante, si può dire, adottando il pensiero di Said, di un sistema consolidato di idee sull'"oriente"⁶; un sistema che costituisce un efficace veicolo di strutturazione dell'identità occidentale⁷. Non stupisce dunque che gli studi di patologia coloniale prodotti tra otto e novecento in Italia si soffermino tutti, nel definire la specificità

⁴ Su Corrado Gini, demografo, presidente dell'Istat cfr. F. Cassata, *Il fascismo razionale. Corrado Gini fra scienza e politica*, Carocci, Roma 2006. C. Ipsen, *Demografia totalitaria. Il problema della popolazione nell'Italia fascista*, Il Mulino, Bologna 1997.

⁵ Su Nicola Pende, fondatore dell'Istituto biotipologico ortogenico di Genova, si veda la bibliografia già citata nelle note precedenti. Su Lidio Cipriani, antropologo, direttore del museo di antropologia ed etnologia di Firenze, uno degli esponenti più aggressivi del razzismo anti-nero, collaboratore di «Gerarchia» e de «La difesa della Razza», cfr. S. Puccini, *Note sul rapporto tra gli studi etno-antropologici italiani e il razzismo fascista. Il «caso» della pura razza italiana*, in «Problemi», 58 (1980); G. Dore, *Antropologia e colonialismo nell'epoca fascista. Il razzismo biologico di Lidio Cipriani*, in «Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia, Università degli studi di Cagliari», n. s., II (1981); F. Cavarocchi, *La propaganda razzista e antisemita di uno 'scienziato' fascista. Il caso di Lidio Cipriani*, in «Italia contemporanea», 219 (2000).

⁶ E. Said, *Orientalismo. Immagine europea dell'Oriente*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 21.

⁷ Ivi, pp. 329-330.

della propria materia, sulla nozione di “tropicale”: una categoria dalla forte valenza simbolica, che serve a delimitare e racchiudere tutto ciò che si percepisce come differente dal mondo occidentale, come eccessivo o difettoso rispetto ad una norma europea. In realtà, molte delle malattie “tropicali” sono diffuse anche in Italia, in particolare nelle regioni meridionali della penisola. Come scrive Helen Power, ripercorrendo le tappe della scoperta del ruolo delle zanzare anofele nella trasmissione della malaria, il meridione ha costituito per lungo tempo un laboratorio per la ricerca di vettori e agenti patogeni delle malattie infettive: «[A fine ottocento] Laveran [si trasferisce] dall’Africa all’Italia dove le regioni meridionali fortemente malariche fornivano materiale clinico per ulteriori studi; l’Italia, come l’America, praticava in effetti la medicina tropicale “in casa propria”»⁸.

Stabilire, attraverso il ricorso alla categoria geografica di “tropicalità”, un criterio certo e netto di distinzione tra le malattie europee e non europee, senza esplicitare che malaria, tracoma, ecc. sono malattie diffuse anche nel sud della penisola, non costituisce dunque una mera operazione di denominazione accademica. È evidente invece come il meccanismo della contrapposizione culturale, tra contesto coloniale e madrepatria, sia funzionale al rafforzamento dei confini dell’identità nazionale⁹, un’esigenza tanto più impellente per un paese che, sul piano sanitario, mostra pericolose parentele con i territori di conquista.

Se poi in alcuni testi il parallelo tra le regioni africane e quelle italiane è reso manifesto, quest’operazione non è sempre indice dell’avvenuta comprensione dell’instabilità costitutiva che caratterizza la disciplina medica rivolta ai tropici. Il parallelo meridione-regioni tropicali e subtropicali, meridione-mediterraneo, risulta possibile, in molti casi, solo perché al sud della penisola è assegnato il posto di “residuo” da correggere nell’Italia unificata.

La definizione di ciò che la “tropicalità” racchiude in termini medici è oggetto di continue discussioni da parte degli specialisti coinvolti nell’espansione coloniale: è una linea che, secondo l’andamento della politica coloniale e degli orientamenti degli autori stessi, viene continuamente spostata a comprendere le sole colonie del Corno d’Africa, tutti i possedimenti italiani, l’impero etiope, le colonie delle altre potenze europee, ecc.

«Nella colonia libica - scrive nel 1926 il colonnello medico Giovanni Grixoni - oltre alle malattie cosmopolite se ne osservano altre annoverate fra quelle proprie dei paesi caldi, per quanto alcune abbiano acquistato diritto di cittadinanza nella costa settentrionale dell’Africa ed in tutte le regioni europee specchiantisi nel Mediterraneo»¹⁰.

Figlia della “rivoluzione” pasteuriana e della sua pretesa di costituire l’avvio della medicina moderna¹¹, la medicina tropicale - scienza “particolare” - facilmente dimenticherà le radici comuni della medicina mediterranea, a favore di una gerarchizzazione delle conoscenze che si tradurrà in gerarchizzazione degli spazi. Il Mediterraneo (libico) verrà così sospinto verso i “tropici” nonostante l’ammissione, sempre presente negli studi medici, di similarità climatica

⁸ Charles Louis Alphonse Laveran (1845-1922), medico militare francese. Le sue ricerche sulla natura parassitaria della malaria costituirono un grande stimolo per i medici italiani impegnati nello studio eziologico della malattia. H. Power, *La seconda rivoluzione scientifica: scienze biologiche e medicina. Medicina tropicale*, in *Storia delle Scienze*, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 2006.

⁹ Per la centralità dei meccanismi di contrapposizione culturale nella costruzione dell’identità nazionale italiana si veda M. Nani, *Ai confini della nazione. Stampa e razzismo nell’Italia di fine ottocento*, Carocci, Roma 2006.

¹⁰ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 2014.

¹¹ R. Waast (dir.), *Les Sciences Hors d’Occident au XXème Siècle*, cit.

tra le propaggini sud dell'Italia e la costa libica; e al clima della colonia italiana saranno assegnati gli stessi caratteri deterministici che la letteratura medica riserva ai territori "tropicali"¹².

Delineando con maggior chiarezza alcuni tratti della produzione medica di fine ottocento e prima metà del secolo, si cercherà di mostrare quale peso quest'operazione di "definizione" spaziale assuma nel quadro dei processi di razzializzazione. Le fonti mediche forniscono infatti un punto di vista privilegiato per osservare quali concezioni razziali fossero operanti nella scienza e nella cultura italiana negli anni dell'avventura coloniale.

A differenza dei coevi studi di antropologia, le pubblicazioni scientifiche dei medici coloniali difficilmente trattano esplicitamente o in modo insistente, prima degli anni trenta, di classificazioni razziali. Più frequentemente i medici operanti nei territori d'oltremare affidano a categorie ampie e meno connotate - quali "indigeni" e "tropicali" - il compito di istituire una linea di confine tra contesto coloniale e madrepatria. Ciò non vuol dire che questi testi, come gli atteggiamenti dei medici in colonia, siano perciò a riparo dal razzismo. Il mancato ricorso a terminologie di matrice antropologico-positivista non costituisce di per sé un elemento sufficiente per determinare l'estraneità di un campo del sapere al "tema della razza": «il razzismo - scrive Nani riprendendo Memmi - non abbisogna di categorie e concetti particolarmente raffinati per entrare a far parte del 'senso comune'»¹³. L'assenza di un vocabolario esplicitamente razzista suggerisce piuttosto di cercare questo tema nei meccanismi di costruzione delle gerarchie e delle divisioni tra coloni e colonizzati, invece che concentrare l'analisi sulla comparsa o meno del termine "razza" nei testi dei medici tropicalisti.

3.3 Lo studio del razzismo in Italia

Punto di partenza per uno studio del razzismo italiano sono le tesi di Renzo De Felice. L'attenzione di cui queste ultime sono oggetto da parte degli studi più recenti è dovuta all'influenza che il pensiero di De Felice ha esercitato in campo storiografico come alla convergenza che si è verificata tra il giudizio dello storico e il discorso pubblico a lungo dominante sull'esperienza coloniale e sulla legislazione antiebraica.

Come si legge nella *Storia degli ebrei italiani sotto il fascismo* (Einaudi 1961), secondo De Felice non è possibile giudicare il razzismo "spirituale" mussoliniano con lo stesso metro con cui era stato valutato, e condannato, il razzismo di stampo biologico del nazismo. Secondo tale prospettiva, non si sarebbe potuto parlare di vere e proprie concezioni razziste operanti nell'ideologia fino alla conquista dell'Etiopia e, anche dopo il 1936, la "svolta" razzista e

¹² Questa operazione appare in modo evidente dalle pagine dell'*Annuario delle colonie italiane* del 1931, che riserva, come ogni anno, una sezione alla descrizione delle condizioni sanitarie della Tripolitania: «Il clima [della Tripolitania] è generalmente salubre» - ma per i «cospicui scarti d'umidità, gli sbalzi di temperatura improvvisi e la frequenza dei venti meridionali» provoca «cefalee e disturbi nervosi in genere». Ciò nonostante «le condizioni sanitarie della Tripolitania costiera [...] [sono] pressoché uguali a quelle del litorale siculo». Istituto coloniale fascista, *Annuario delle colonie italiane*, Roma 1931.

¹³ M. Nani, *Ai confini della nazione*, cit., p. 238.

antisemita, istituzionalizzata dalla normativa coloniale del 1937-1940 e dalle leggi del 1938, andava ricondotta a motivazioni di carattere eminentemente politico (le necessità dell'imperialismo, l'alleanza con la Germania). Il razzismo appariva così una ristretta parentesi nella storia nazionale, un comportamento non radicato nella coscienza italiana: assunti difficili da smentire in un contesto nazionale dominato dalla rimozione del passato coloniale e dei crimini commessi dal fascismo, a riparo inoltre dai flussi migratori che l'Italia avrebbe conosciuto, a differenza delle altre nazioni europee, solo negli anni ottanta.

Come ha sottolineato Annalisa Capristo, questo paradigma è stato progressivamente sottoposto a revisione e, negli ultimi anni, «il peso avuto dal razzismo e dall'antisemitismo nel pensiero di Mussolini e nella politica fascista, nonché il ruolo svolto dagli intellettuali e dagli scienziati nell'elaborazione di un'ideologia razzista "autoctona", e nella politica persecutoria messa in atto dal regime, sono diventate questioni assai dibattute»¹⁴. A partire dalla mostra realizzata a Bologna nel 1994, *La menzogna della razza*, si sono infatti moltiplicati gli studi che hanno preso in esame il razzismo come fenomeno di lunga durata della cultura italiana, pur ribadendo l'estraneità di tali concezioni da quelle elaborate in ambito tedesco.

A differenza del taglio che la storiografia successiva adatterà, l'iniziativa del 1994 costituiva in realtà il punto d'approdo di una vasta ricerca promossa dal Centro Furio Jesi sulle diverse e molteplici forme in cui il razzismo fascista si era incarnato e sui canali che ne avevano determinato la diffusione. L'esposizione raccoglieva materiale sulla propaganda antisemita e sulla circolazione di stereotipi antiebraici nella stampa e nella letteratura nazionale, ma comprendeva anche testimonianze del razzismo coloniale, degli atteggiamenti persecutori messi in atto nei confronti di omosessuali e popolazioni zingare e documentava l'universo concentrazionario costruito dal fascismo nei territori di conquista¹⁵.

A partire da quell'anno, maggiore attenzione è stata riservata però, come si è già sottolineato, al nodo scienza-politica-razzismo¹⁶. Pur nella diversità di tagli, i lavori pubblicati negli ultimi quindici anni hanno fatto emergere come la scienza italiana non sia stata affatto estranea alla preparazione di un terreno culturale favorevole al razzismo e all'antisemitismo, e come alcune direttive del fascismo (la politica demografica, la legislazione razziale) abbiano trovato l'adesione di parte del mondo accademico e del movimento eugenetico. È questa la prospettiva adottata dai due volumi pubblicati, tra 1998 e 1999, da Giorgio Israel e Pietro Nastasi da una parte e da Roberto Maiocchi dall'altra. Pur con esiti differenti, entrambi gli studi si sono interrogati sull'esistenza di una tradizione "italiana" di razzismo scientifico e

¹⁴ A. Capristo, *Il Ventennio fascista. Scienze e razzismo*, in di C. Pogliano, F. Cassata (a cura di), *Storia d'Italia, Annali XXVI. Scienze e cultura dell'Italia unita*, Einaudi, Torino 2011, p. 242.

¹⁵ La forma della mostra era stata scelta con l'intento di assicurare all'iniziativa un impatto che una pubblicazione accademica non avrebbe potuto raggiungere. È stato comunque edito un catalogo dell'esposizione, a cura del Centro Studi Furio Jesi: *La menzogna della razza. Documenti e immagini del razzismo e dell'antisemitismo fascista*, Grafis, Bologna 1994; la mostra è stata replicata qualche anno più tardi: cfr. *L'offesa della Razza. Razzismo e antisemitismo dell'Italia fascista*, a cura di R. Bonavita, G. Gabrielli, R. Ropa, Istituto per Beni Artistici Culturali e Naturali della Regione Emilia Romagna, Patron Editore, Bologna 2005.

¹⁶ Non si seguirà qui il filone del razzismo antiebraico, che ha raccolto ugualmente l'attenzione degli storici italiani a partire dalla fine degli anni ottanta. Su antisemitismo e legislazione razziale si veda: M. Sarfatti, *Gli ebrei nell'Italia Fascista*, Einaudi, Torino 2000. Per le radici della persecuzione degli ebrei nell'antigiudaismo cristiano cfr. M. Ferrari Rubini, *Le radici del male. L'antisemitismo in Germania: da Bismarck a Hitler*, Il Mulino, Bologna 2001.

sulla vicinanza sempre crescente durante il fascismo tra scienza e agenda politica:

il razzismo italiano non può essere visto come un'invenzione strumentale del fascismo, avulsa dalla nostra cultura. Le tesi esposte nel manifesto ebbero sì quel carattere del tutto fittizio, ma i motivi più profondi e efficaci sono già presenti in tradizioni radicate della cultura italiana. Esso fu un razzismo "scientifico", non in senso epistemologico ma sul piano socio-culturale: esso ebbe l'appoggio di svariati scienziati, appoggio non opportunistico ma dettato da consonanze¹⁷.

La ricerca di Claudia Mantovani, edita nel 2004, *Rigenerare la società*, si attesta su posizioni differenti. La studiosa assume un'ottica di lungo periodo mostrando come il razzismo fosse implicito già nella letteratura scientifica di fine ottocento, rifiutando dunque il modello che presuppone uno scivolamento dell'eugenetica verso le forme più aberranti della prassi persecutoria fascista. La persistenza del tema della "razza" nel «senso comune scientifico»¹⁸, anche nella seconda metà del novecento, è stato poi analizzato da Claudio Pogliano nel volume *L'ossessione della razza. Antropologia e genetica nel XX secolo* (Pisa 2005).

Sul razzismo coloniale si è concentrata l'attenzione della storiografia solo negli ultimi anni, di pari passo con la messa in discussione del mito del "bravo italiano", del conquistatore pacifico e compassionevole, migliore degli altri colonizzatori europei¹⁹. La maggior parte degli studi ha privilegiato un'ottica di breve periodo, limitando l'indagine agli anni della legislazione razziale o al periodo fascista.

Il ritardo italiano costituisce un riflesso, in realtà, di un ritardo internazionale. Gli studi sul razzismo europeo hanno difficilmente preso in considerazione, se non in anni più recenti, il peso che l'esperienza coloniale ha avuto nella «genesì del razzismo moderno»²⁰. Le ragioni di questa omissione vanno ricercate nell'impostazione stessa degli studi sul razzismo che hanno privilegiato le forme classiche della discriminazione occidentale - anti giudaismo e antisemitismo - o meglio, come si cercherà di mostrare, un'ottica di *forme*: la convinzione cioè che non vi sia una *logica* unitaria che presiede alle diverse manifestazioni che l'ideologia razzista ha conosciuto nel tempo.

L'idea che il razzismo moderno sia il prodotto di più esperienze storiche fortemente legate e intrecciate fra loro - quali l'anti giudaismo e l'antisemitismo, la discriminazione dei popoli colonizzati, il sessismo, l'opposizione di classe, il controllo della devianza - ha fatto fatica ad affermarsi nell'orizzonte della ricerca storiografica. L'esempio più significativo e influente di quest'impostazione centrata sul filone dell'anti giudaismo e antisemitismo è il volume di George Mosse, *Toward the final solution*²¹. Eppure, come ha scritto Nicola Labanca, si potrebbe facilmente dimostrare come la discriminazione dei sudditi coloniali «abbia interagito e talora persino modellato le forme ideologiche del disprezzo verso gli Altri rivolte contro gli

¹⁷ R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit., p. 322.

¹⁸ M. Nani, *Il lungo addio di un'ossessione scientifica*, «Il Manifesto», 17/08/2005.

¹⁹ Cfr. D. Bidussa, *Il mito del bravo italiano*, Il sagggiatore, Milano 1994; F. Focardi, *Il cattivo tedesco e il bravo italiano. La rimozione delle colpe della seconda guerra mondiale*, Editori Laterza, Roma-Bari 2013.

²⁰ N. Labanca, *Il razzismo coloniale italiano*, in *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia 1870-1945*, a cura di A. Burgio, Il Mulino, Bologna 1999, p. 152.

²¹ Stessa impostazione si ritrova nei volumi di Léon Poliakov e di Ashley Montagu. Cfr. L. Poliakov, *Il mito ariano. Saggio sulle origini del nazismo e dei nazionalismi*, Editori Riuniti, Roma 1999; A. Montagu, *La razza. Analisi di un mito*, Einaudi, Torino 1966.

ebrei»²². Secondo questa prospettiva si sono sviluppati invece gli studi di quella che lo storico del colonialismo italiano ha definito la «scuola del 1492», l'insieme di autori cioè che, guardando in modo più o meno manifesto ai pensatori della decolonizzazione, hanno sottolineato la «rilevanza storica» del razzismo coloniale²³.

Questa interpretazione pone l'accento non più sul ruolo che le elaborazioni sette-ottocentesche del pensiero scientifico-teorico hanno avuto nel far emergere l'ideologia razzista novecentesca ma sul peso che l'esperienza concreta della dominazione coloniale riveste come “serbatoio” di comportamenti e pratiche razziali. Lo spostamento attuato dalla scuola del 1492 è dunque di tipo geografico e cronologico: l'attenzione è diretta verso la sponda atlantica e sulle radici cinque-seicentesche del razzismo moderno. In particolare, secondo Immanuel Wallerstein, la discriminazione razziale è pensata come corollario dello sfruttamento dei territori extraeuropei e dell'ideologia capitalistica, come legittimazione dunque di una gerarchia in primo luogo economica e geopolitica.

Il razzismo non significa solo avere un atteggiamento di disprezzo o paura nei confronti degli appartenenti ad altri gruppi definiti da criteri genetici (come il colore della pelle) o da criteri sociali (appartenenza religiosa, modelli culturali, preferenza linguistica). Il razzismo implica questo disprezzo e questa paura, ma è molto di più. Disprezzo e paura sono elementi secondari rispetto a ciò che rappresenta la pratica del razzismo nell'economia del mondo capitalistica²⁴.

E ancora:

la convinzione che certi gruppi fossero superiori ad altri [...] si è sempre concretizzata dopo che questi gruppi avevano assunto un posto all'interno della forza lavoro, e non prima. Il razzismo è sempre venuto *post hoc*. Quelli che sono stati economicamente e politicamente oppressi sono stati dichiarati anche culturalmente “inferiori”²⁵.

«Dal livello delle ideologie» si è dunque passati al livello «della politica e dell'economia del razzismo»²⁶, un passaggio in cui si può scorgere l'influenza del pensiero di Albert Memmi²⁷ per l'attenzione che lo scrittore tunisino ha riservato, nel suo esame del razzismo, ai comportamenti discriminatori piuttosto che alla coerenza di teorie ideologiche della razza, al momento del dominio coloniale e della convalidazione di gerarchie di «privilegio» esistenti in colonia rispetto all'importanza delle classificazioni razziali del pensiero scientifico.

Anche Hannah Arendt, nel 1951, notava come senza le esigenze dell'imperialismo, difficilmente le teorie della razza sorte nell'ambito dell'aristocrazia francese con Boulainvilliers, Thierry, Guizot e successivamente diffuse con gli scritti di Gobineau e Chamberlin e dell'antropologia otto-novecentesca, avrebbero potuto dar vita a una ideologia, cioè ad una concezione unitaria capace di orientare la pratica offrendo spiegazioni esaustive e

²² Cfr. N. Labanca, *Il razzismo coloniale*, cit., p. 151.

²³ G. M. Fredrickson, *Breve storia del razzismo*, Donzelli, Roma 2005; E. Balibar, I. Wallerstein, *Razza, nazione, classe. Le identità ambigue*, Edizioni associate, Roma 1991.

²⁴ Ivi, pp. 45.

²⁵ I. Wallerstein, *Il capitalismo storico*, Torino, Einaudi 1983, p. 62.

²⁶ N. Labanca, *Il razzismo coloniale*, cit., p. 145.

²⁷ Cfr. A. Memmi, *Il razzismo. Paura degli altri e diritti della differenza*, Costa&Nolan, Genova 1989; Id., *Ritratto del colonizzato e del colonizzatore*, Liguori editore, Napoli 1979.

semplificate della realtà.

Solo alla fine del secolo [con la conquista dell’Africa] le teorie razziali venne prese sul serio, come se fossero realmente il frutto della ricerca scientifica o un importante contributo intellettuale. Fino allora, fino al fatale decennio della conquista dell’Africa, esse avevano fatto parte della folta schiera delle libere opinioni che, nel quadro del liberalismo, si contendevano il consenso pubblico.

[...] É estremamente probabile che le teorie basate sulla razza sarebbero scomparse a tempo debito insieme con le altre opinioni irresponsabili del XIX secolo, se la corsa alla conquista dell’Africa e l’era dell’imperialismo non avessero esposto l’umanità europea a nuove emozionanti imprese. La politica imperialista avrebbe richiesto l’invenzione del razzismo come unica “giustificazione” possibile, come scusa per le sue imprese, anche se nessuna teoria razziale fosse mai venuta alla luce nel mondo civile²⁸.

3.4 Razzismo “scientifico” o razzismo diffuso?

Quale apporto allo studio del razzismo, nelle accezioni con cui è stato declinato dagli studi recenti - razzismo “scientifico” e razzismo coloniale - può giungere da una ricerca su testi di medicina tropicale?

Esaminando tali fonti è possibile, in primo luogo, chiarire quanto la disciplina medica si sia basata su teorizzazioni scientifiche della razza e abbia fatto uso di concezioni elaborate da antropologia fisica, darwinismo sociale, eugenetica, facendo luce in modo complessivo sul rapporto tra scienze sanitarie e linguaggi dominanti (positivismo, antropologia della razza). Alcune figure di primo piano per lo sviluppo della scienza coloniale possano infatti considerarsi parte integrante del movimento eugenista: Umberto Gabbi, docente di clinica medica a Messina, e successivamente di patologia tropicale a Roma, è fondatore nel 1920, insieme a Rinaldo Pellegrini e Edoardo Maragliano, della rivista «Archivio fascista di medicina politica»²⁹; Edoardo Zavattari, direttore dell’Istituto di Zoologia dell’Università di Roma e della «Rivista di biologia coloniale», è assiduo collaboratore di «Razza e Civiltà» e della «Difesa della razza»³⁰. Piegati alle retoriche della propaganda di regime sono poi gli scritti di Giorgio Alberto Chiurco, medico e pubblicista del regime, laureatosi a Siena in medicina e chirurgia e divenuto prefetto nel 1943, autore, nel 1940, del volume *La sanità delle razze nell’Impero italiano*³¹.

È altrettanto possibile individuare in questa produzione scientifica, stereotipi e credenze circolanti nell’intero retroterra culturale italiano, osservare dunque la medicina coloniale non solo come luogo di produzione di teorie biologiche della differenza ma come luogo in cui si sedimentano costruzioni retoriche connesse alle elaborazioni culturali del discorso pubblico e di altri campi del sapere. Questo nella convinzione che il sapere scientifico costituisca sì un ambito di formazione e consolidamento di discorsi razziali ma senza presupporre che tali

²⁸ H. Arendt, *Le origini del totalitarismo*, Einaudi, Torino 2009, pp. 221-257.

²⁹ Per la figura di Umberto Gabbi si rimanda al capitolo V.

³⁰ Su Edoardo Zavattari (1883-1972) cfr. F. Cassata, *Molti, sani*, cit., pp. 247-252.

³¹ Su Giorgio Alberto Chiurco (1895-1975), cfr. S. Duranti, *Un medico al servizio della campagna razziale. Giorgio Alberto Chiurco*, in «Italia contemporanea», 2000, pp. 249-262. Durante la RSI Chiurco scriverà una *Storia della rivoluzione fascista* in quattro volumi.

elaborazioni debbano necessariamente assumere le forme immediatamente evidenti di un atto di biologizzazione della realtà. La gerarchizzazione tra i gruppi umani passa a volte per processi meno manifesti, ma altrettanto profondi, di naturalizzazione del sociale, che si nutrono di prassi e concezioni che apparentemente nulla hanno a che fare con il termine “razza”.

Un esempio può contribuire a chiarire quest'impostazione che ha il merito di porre il problema del razzismo italiano in termini di “razzismo diffuso”³².

Laureatosi in medicina presso l'Università di Padova, e divenuto deputato nel 1909 e senatore del regno nel 1929, Luigi Messedaglia giustifica così il ricorso, al fine di esaminare le condizioni sanitarie della Libia appena conquistata, all'opera edita quasi cento anni prima del medico e viaggiatore Paolo Della Cella:

è notissimo che, contesa gelosamente dai turchi all'accesso degli Europei, la Libia, per ragioni varie, è rimasta immobile, semibarbara, chiusa alle correnti moderne. Nulla di più naturale che la sua patologia, che la sua igiene, siano rimaste in sostanza quelle di un secolo fa. E poi [...] si sa così poco anche oggi sulle condizioni sanitarie della nostra nuova colonia che le scarse sì ma serie notizie di Della Cella acquistano singolare valore³³.

In virtù dell'immobilismo delle popolazioni arabe il medico veneto Luigi Messedaglia instaura un continuo parallelo tra l'opera del 1819, *Viaggio da Tripoli di Barberia alle frontiere occidentali dell'Egitto*³⁴, e autori della tradizione classica quali Sallustio ed Erodoto: «in fondo ben poco è mutato fra certe popolazioni delle campagne, dell'Africa latina, dai tempi di Giugurta in poi. Le stesse abitudini, gli stessi gusti, le stesse condizioni di vita sociale»³⁵. Per ragioni simili il volume di Della Cella verrà pubblicato nel 1912 in appendice a gli «Annali di medicina navale e coloniale», rivista in quegli anni impegnata a documentare l'attività del servizio sanitario militare durante la guerra italo-turca e lo stato sanitario dei territori appena conquistati³⁶.

³² Per tale impostazione si veda N. Labanca, *Oltremare*, cit., pp. 219-221; Id., *Il razzismo coloniale*, cit.; A. Burgio (a cura di), *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia 1870-1945*, Il Mulino, Bologna 1999.

³³ L. Messedaglia, *Per lo studio della patologia e dell'igiene della Libia*, Ministero delle Colonie. Direzione Centrale degli Affari Coloniali. Ufficio studi coloniali, Roma 1913, p. 43. Cfr., L. Bonuzzi, *Luigi Messedaglia, Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 73, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma 2009.

³⁴ Paolo Della Cella (1792- 1854), medico e viaggiatore ligure; nel 1817 prese parte alla spedizione inviata dal pascià di Tripoli contro il figlio in Cirenaica. Il libro, *Viaggio da Tripoli di Barberia alle frontiere occidentali dell'Egitto*, pubblicato due anni dopo, «suscitò grande interesse in Italia e all'estero, sia nella comunità scientifica sia nel mondo politico ed economico. L'abbondante messe di informazioni e di dati su un territorio collocato per posizione geografica in un punto strategico per l'espansione marittima europea nel Mediterraneo e per la penetrazione commerciale nelle regioni interne dell'Africa si rendeva, infatti, tanto più significativa in un momento in cui i vari governi avvertivano l'esigenza di offrire un supporto di esattezza scientifica alle proprie ricerche di nuovi spazi extranazionali». Nel 1822 il libro veniva tradotto in tedesco, poi in inglese, in francese. Cfr. D. Silvestri, *Paolo Della Cella*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 36, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma 1988.

³⁵ Ivi., pp. 35-36.

³⁶ P. Della Cella, *Viaggio da Tripoli di Barberia alle frontiere occidentali dell'Egitto, fatto nel 1817 (scritto in lettere dal Sig. Viviani. professore di Botanica e Storia naturale regia, Genova 1819), Terza ristampa condotta sulla prima edizione del 1819 col concorso della direzione degli Annali di Medicina Navale e Coloniale*, Tipografia dell'Unione delle Arti grafiche, Città di Castello 1912. La pubblicazione, che si trova in appendice al I volume della rivista nel 1912, è annunciata da Filippo Rho nello stesso periodico: F. Rho, *La vita e l'opera del dottor Paolo della Cella. Naturalista viaggiatore, antesignano degli studi sulla Libia. Medico capo della Real Marina Sarda*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 1 (1912).

Come risulterà evidente, sono immagini queste non molto distanti dai temi veicolati negli stessi anni dalla stampa italiana per legittimare le imprese coloniali, stereotipi attraverso i quali le popolazioni africane venivano collocate su posizioni di inferiorità rispetto alla civiltà europea³⁷.

L'importanza e la persistenza di tali rappresentazioni non è da sottovalutare³⁸. Lo stesso successo della propaganda coloniale di età liberale, e successivamente fascista, si può considerare dipendente dalla circolazione nel corpo nazionale di un vasto repertorio di stilemi ricorrenti sull'Africa e sull'Oriente, riattivati e resi funzionali al progetto politico all'avvio delle conquiste coloniali³⁹.

Molti degli stereotipi caratteristici dell'epoca coloniale erano infatti diffusi già nell'Italia di metà ottocento. Il fascino dell'esotico, le rappresentazioni del "moro infido", del "negro selvaggio" costituiscono temi persistenti nella cultura alta e bassa della penisola. Solo con l'avvio della politica coloniale, l'"africano" generico verrà precisandosi e la fascinazione esotica finirà per scivolare in tipizzazioni razziali che ipostatizzano l'inferiorità dei neri. Le precedenti immagini saranno così riconvertite alle nuove esigenze imperialistiche grazie all'azione dei circoli coloniali e delle società geografiche, centri di formulazione della propaganda rivolta ai possedimenti d'oltremare, anche se per la costruzione di una moderna propaganda finalizzata all'espansione sarà necessario attendere l'impresa libica⁴⁰.

Interrogare le fonti di medicina tropicale secondo una prospettiva di "razzismo diffuso" consente dunque di guardare con maggior cautela al problema del razzismo nella scienza, evitando di incorrere in letture eccessivamente "riduzionistiche" del fenomeno razzista, in cui l'esplicita formulazione di teorie biologiche della differenza risulta il solo "nucleo di razzismo" che merita di essere indagato.

Già nel 1951, Hannah Arendt notava con acutezza che la forza persuasiva dell'ideologia razzista risiede, come per tutte le ideologie, nella sua capacità di intervenire a orientare la pratica quotidiana in modo immediato: «ogni ideologia che si rispetti è stata creata e elaborata come arma politica non come teoria scientifica». Di qui l'esigenza di ridimensionare la centralità del razzismo scientifico per lo sviluppo dell'ideologia razzista: «molti storici [sono stati spinti] ad attribuire alla scienza la responsabilità delle assurdità razziste e a scambiare certi "risultati dell'indagine" filologica o biologica per le cause, anziché per le conseguenze, del razzismo». Bisogna tener presente che «anche gli scienziati, al pari di tutti gli altri uomini, vivono nella cornice politica del loro tempo», e non con meno resistenze subiscono il fascino

³⁷ M. Nani, *Ai confini della nazione*, cit., p. 60.

³⁸ Per l'attenzione agli stereotipi quali stratificazioni culturali si veda C. Gallini, *Giochi pericolosi: frammenti di un immaginario alquanto razzista*, Manifestolibri, Roma 2002. Secondo l'antropologa allieva di Ernesto De Martino, gli stereotipi razziali possono funzionare perché riattivano altre immagini, portando con sé un grappolo di significati stratificati.

³⁹ «La propaganda colonialista del fascismo del 1935-1936 ebbe presa – come quella del 1911-1912 e già del 1895-1896 - perché non nasceva dal nulla. La sua forza consisteva anzi nel far leva su antichi stereotipi e vecchi retaggi. Per quanto moderna nella forma (cinematografica, radiofonica, giornalistica, fotografica) il contenuto dell'immagine dell'Africa da essa veicolata aveva aspetti tradizionali, se non proprio atavici». N. Labanca, *Oltremare*, cit., p. 251.

⁴⁰ La popolarità della guerra del 1911-1912 è legata a molteplici fattori, che vanno dal sostegno della riunita classe dirigente alla prossimità geografica della Libia, ma è da mettere in relazione anche con il perfezionamento delle strutture della propaganda: l'Istituto coloniale italiano costituito nel 1906, il Ministero delle Colonie aperto nel 1912.

delle ideologie dominanti⁴¹.

3.5 La razza: un concetto politico

Il primo riduzionismo che ho voluto evitare è quello insito in una formulazione ristretta del razzismo come teoria scientifica che poggia su postulati di tipo biologico e che, come tale, in Italia raggiunge il suo apice negli anni trenta di questo secolo. Sono piuttosto partita [...] avendo in mente una definizione “larga” del fenomeno del razzismo, cercando le pratiche di discriminazione, esclusione e segregazione tra gli effetti non solo delle differenziazioni su base biologica (morfologica e genetica) ma anche in termini di determinismo sociale e ambientale. [...] Il razzismo, piuttosto che come ideologia scientifica storicamente inscrivibile in un determinato periodo, e che poggia esplicitamente su postulati di ordine biologico, viene visto da alcuni come insieme di discorsi e di pratiche, non necessariamente coerenti o consapevoli, che utilizza qualsiasi segno adatto a naturalizzare le differenze⁴².

Queste considerazioni di Barbara Sorgoni, studiosa particolarmente accorta all’uso che antropologia e giurisprudenza hanno fatto del termine “razza” nell’intera durata del colonialismo italiano, permettono di introdurre un’ultima riflessione metodologica. Per poter indagare le fonti mediche sotto il profilo della “razza” è necessario infatti chiarire con più precisione le accezioni con cui, in questo lavoro, sono stati intesi razza e razzismo, e cosa permette di connettere le idee elaborate nel ristretto ambito della medicina tropicale con il più generale fenomeno della circolazione degli stereotipi razziali nell’Italia coloniale.

Come si è già sottolineato, la molteplicità delle esperienze razziste che il mondo contemporaneo ha conosciuto e la persistenza tutt’oggi del concetto di razza come categoria capace di orientare comportamenti e idee degli individui, hanno reso sempre più evidente l’esigenza di connettere tra loro le diverse forme della discriminazione.

È questo l’intento che guida i lavori di Alberto Burgio, studioso che ha ribadito con forza la necessità di individuare la logica comune dei diversi razzismi⁴³. Alla base di quest’approccio vi è l’intento di sganciare lo studio del razzismo dalla sua identificazione con determinate e classiche *forme* - l’antisemitismo - per metterne in evidenza la dinamica, i modi di funzionamento, comuni a tutte le forme del pregiudizio e della persecuzione. La discriminazione, secondo Burgio, non ha origine tanto dalla constatazione di differenze evidenti e “oggettive”, quanto nella fissazione, come nature, di caratteri frutto di dinamiche storiche: il razzista dunque trascrive in chiave naturalistica caratteristiche storicamente determinate, le differenze culturali o le ineguaglianze sociali per esempio, e valorizza, in senso negativo, le diversità esistenti. Non si tratta con ciò di negare l’esistenza di differenze tra i diversi gruppi umani ma di rivelare come queste differenze “evidenti” non siano sempre necessarie alla formazione di un discorso razzista: la logica del razzismo opera anche senza “razze”, oppure, come dice Albert Memmi: «se la differenza manca, il razzista la inventa, se

⁴¹ H. Arendt, *Le origini del totalitarismo*, cit., pp. 221-224.

⁴² B. Sorgoni, *Parole e corpi*, cit., pp. 249-251.

⁴³ A. Burgio, L. Casali (a cura di), *Studi sul razzismo italiano*, Clueb, Bologna 1996; A. Burgio, *L’invenzione delle razze. Studi sul revisionismo storico*, Manifestolibri, Roma 1998; Id., *La guerra delle razze*, Manifestolibri, Roma 2001; Id., *Nonostante Auschwitz. Il ritorno del razzismo in Europa*, DeriveApprodi, Roma 2010; A. Burgio, G. Gabrielli (a cura di), *Il razzismo*, Ediesse, Roma 2012.

la differenza esiste, la interpreta a proprio vantaggio»⁴⁴.

Al pensiero dell'autore francese e alla sua definizione di razzismo come «valorizzazione, generalizzata e definitiva, di differenze reali o immaginarie, a vantaggio dell'accusatore e ai danni della vittima, al fine di giustificare un'aggressione o un privilegio»⁴⁵, devono molto le tesi di Burgio. Come emerge nella voce *Racism* dell'Encyclopaedia Universalis (Parigi 1972), Memmi disarticola il nesso razze - razzismo per far emergere il meccanismo che sta alla base del pensiero razzista, un meccanismo che affianca sì le teorizzazioni scientifiche della razza ma non discende da queste ultime: «l'accusa [che il razzismo muove] rinvia più all'accusatore che all'accusato. Il razzismo lungi dall'essere una scienza, o una teoria scientifica che detta un atteggiamento e un comportamento, cerca al contrario di legittimarsi attraverso una costruzione intellettuale, una razionalizzazione che si trova così alimentata e sottesa alle esigenze psicologiche di questo comportamento»⁴⁶.

Per Burgio, assumere quest'ottica significa superare la concezione diffusa in Italia che identifica il razzismo con le teorie biologiche della differenza, concezione che permetterebbe agli italiani di dichiararsi immuni dalle forme biologiche, e dunque più inquietanti, di razzismo. Mettere in evidenza la logica significa inoltre portare alla luce le finalità sempre di dominio del discorso razzista: il razzismo serve per legittimare gli assetti di potere esistenti e i dispositivi di controllo sociale. Come suggeriscono le tesi di Barbara Sorgoni, il carattere spesso ambiguo e arbitrario del concetto di razza, pronto ad accogliere al suo interno significati sempre differenti, si spiega solo evidenziando la sua connessione con il dato politico: la razza è un concetto politico, che serve a rafforzare gerarchie esistenti e situazioni di concreto dominio.

Proprio in base a questa dimensione politica, la categoria di razza è stata ripresa dal movimento americano della Critical Race Theory⁴⁷. Il gruppo, formatosi a fine anni ottanta come derivazione dei Critical Legal Studies, denuncia i paradossi del diritto americano tutto incentrato sulla retorica dei diritti soggettivi e sul principio della *color blindness*. Un diritto dunque “cieco al colore” che, misconoscendo la rilevanza storica del razzismo negli Stati Uniti e la condizione di concreta esclusione vissuta - nonostante le proclamazioni di principio - dagli afroamericani, ha permesso che le disuguaglianze sociali esistenti si riproducessero. Criticando gli esiti dell'egualitarismo giuridico, secondo una prospettiva propria del postmodernismo giuridico, i lavori della Critical Race Theory propongono una riformulazione del diritto americano in prospettiva razziale: solo prendendo in considerazione la “razza” si può produrre una svolta, secondo i teorici della CRT, nel sistema di diritto degli Stati Uniti.

La razza “conta”, ma in che modo? Non certamente come dato biologico utilizzato per classificare i gruppi e fissarli in un quadro naturale: la razza è invece una categoria che appartiene al discorso politico e giuridico⁴⁸. Un assunto che deriva dal concetto di *race*

⁴⁴ A. Memmi, *Il razzismo. Paura degli altri*, cit., p. 125.

⁴⁵ Ivi, p. 123.

⁴⁶ Ivi, pp. 117-118.

⁴⁷ T. Kendall, G. Zanetti, *Legge razza e diritti. La critical race theory negli Stati Uniti*, Diabasis, Reggio Emilia 2005.

⁴⁸ In Italia, le influenze dei Critical Race Studies si registrano nel campo degli studi giuridici come in quelli storiografici: G. Giuliani, C. Lombardi-Diop, *Bianco e nero. Storia dell'identità razziale degli italiani*, Le Monnier, Firenze 2013; B. Spadaro, *Una colonia italiana: incontri, memorie e rappresentazioni tra Italia e*

consciousness così come era stato elaborato dai movimenti di lotta afroamericani⁴⁹.

Alla luce di queste prospettive, che consentono di mettere l'accento sulla discriminazione come prassi diffusa invece che come teoria ideologica coerente, questo lavoro prenderà in esame la scienza non solo come ambito privilegiato di "produzione" del razzismo, ma come serbatoio e luogo di sedimentazione di concezioni razziali circolanti nella cultura italiana del periodo d'espansione coloniale. Analizzerà inoltre le fonti mediche prestando attenzione ai mutamenti che intervengono nella formulazione dei contenuti scientifici, guardando alle continuità e discontinuità che caratterizzano teorie e pratiche sanitarie rivolte ai "tropici" tra età liberale e fascismo.

Libia, Le Monnier, Firenze 2013; T. Casadei, L. Re, *Legge "razza" e diritti. A partire dalla Critical Race Theory*, in «Juragentium», consultato il 23.10.2018.

⁴⁹ Ivi, p. 459.

II Parte

Nascita e sviluppo della medicina tropicale

Capitolo IV *L'emergere di una disciplina*

4.1 Nascita e sviluppo di una disciplina: ipotesi per una periodizzazione

La medicina tropicale emerge come settore specifico della scienza medica nel corso della seconda metà dell'ottocento, in stretta connessione con le esigenze dell'espansione coloniale e sollecitata dalle profonde innovazioni teoriche e pratiche introdotte dalle scoperte di Pasteur e Koch e dagli avanzamenti della ricerca parassitologica, in particolare nel campo della malariologia. In Francia e in Inghilterra la medicina tropicale è, già a fine secolo, una disciplina strutturata, organizzata in istituti di ricerca e scuole di formazione, una disciplina che trova spazio in riviste specializzate e in congressi accademici.

Anche in Italia i primi studi sulle patologie tropicali compaiono a fine ottocento ma, a conferma della stretta connessione esistente tra questa disciplina e le evoluzioni della politica coloniale nazionale, è negli anni dell'impresa libica che si registra una particolare concentrazione di lavori in questo settore¹. Nel 1914, presso l'Università di Napoli, la prima cattedra in «Clinica delle malattie tropicali»² è affidata ad Aldo Castellani, uno specialista riconosciuto a livello internazionale, formatosi presso la London School of Tropical Medicine sotto la guida dei tropicalisti Patrick Manson e Ronald Ross³. Già ad inizio secolo, però, Filippo Rho, Alessandro Pasquale, Giovanni Poverini e Umberto Gabbi insegnavano come liberi docenti le materie di «Patologia esotica», «Igiene di medicina navale e coloniale» e

¹ Alcuni titoli di fine ottocento - inizio novecento: F. Rho, G. Petella, *Massaua. Clima e malattie. Studi*, Bertero, Roma 1894; F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, Bertero, Roma 1896; C. Muzio, *Le malattie dei paesi caldi, loro profilassi ed igiene*, Ulrico Hoepli Edit., Milano 1904; C. Mense, *Trattato delle malattie dei paesi tropicali*, traduzione di E. Bertarelli e F. Rho, 4 voll., Unione Tipografico-Editrice, Torino 1906-1909. Per la produzione negli anni della campagna di Libia: U. Gabbi, *Malattie tropicali dell'Italia meridionale e delle isole*, 2 voll., G. Principato, Messina 1911; R. Ribolla, *Il medico a bordo e nei paesi tropicali. Manuale teorico pratico di igiene navale e patologia esotica*, U. Hoepli, Milano 1913; A. Bevilacqua, D. Brielli, V. Calò, *Note di patologia etiopica: relazioni sulle condizioni sanitarie delle regioni degli Uollo Galla e di Gondar*, Bertero, Roma 1913; L. Messedaglia, *Per lo studio della patologia e dell'igiene della Libia: le osservazioni di Paolo Della Cella*, Bertero, Roma 1913; G. Sanarelli, *Manuale di igiene generale e coloniale*, Editore Barbera, Firenze 1914; Ministero delle colonie, *Collezione di pubblicazioni scientifiche sull'Eritrea. Vol. I. Studi di medicina tropicale*, Istituto italiano d'arti grafiche, Bergamo 1914; A. Ilvento, P. Tria, F. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, Bertero, Roma 1914.

² Decreto n. 89 del 1/02/1914, *Istituzione presso la R. Università di Napoli di una cattedra di Clinica delle malattie tropicali*.

³ A causa dello scoppio della prima guerra mondiale il corso non sarà mai avviato e Aldo Castellani verrà chiamato a insegnare presso la London School of Tropical Medicine. Archivio storico del Senato della Repubblica (d'ora in poi ASSR), Fascicoli personali dei senatori del Regno, f. *Aldo Castellani*, F. Rho, *Glorie e figure della medicina italiana. Aldo Castellani*, in «Medicina Italiana», 7 (1922), pp. 15-19.

«Clinica delle malattie tropicali» a Padova (1903-1904)⁴, Napoli (1903-1910), Bologna (1903-1904)⁵, poi a Firenze (1905-1909) e a Roma (1909-1913)⁶.

Perché la medicina tropicale o coloniale, come viene alternativamente definita, acquisti pienamente legittimità come disciplina accademica, bisogna attendere però il primo dopoguerra. È infatti durante il ventennio fascista che nuove riviste specializzate si aggiungono ai periodici cardine della disciplina - gli «Annali di medicina navale» e «Malaria e malattie dei paesi caldi»⁷ -, che si moltiplicano le cattedre universitarie destinate all'insegnamento della medicina tropicale, che vengono redatti la maggior parte dei manuali e delle monografie sulle patologie coloniali⁸, fino ad assistere, con la guerra d'Etiopia, ad una vera proliferazione di corsi e pubblicazioni, funzionali alla ridefinizione in senso imperiale del regime⁹. Nel 1924 è aperta a Bologna, da Giuseppe Franchini, la prima scuola di patologia coloniale, trasformata in Istituto nel 1931 con sede presso l'Università di Modena¹⁰. A Roma

⁴ C.M. Belli, *Igiene coloniale*, in O. Casagrandi (a cura di), *Trattato italiano di igiene*, UTET, Torino 1928, p. 1. L'insegnamento verrà poi spostato all'Università di Napoli.

⁵ «All'Università di Bologna sono stati confermati per l'anno scolastico 1903-04 i seguenti professori straordinari: Filippo Rho, patologia esotica; Alessandro Pasquale, igiene navale». *Notiziario* in «Il policlinico», IX, 51 (1903), p. 1631.

⁶ A. Dröscher, *Le facoltà medico-chirurgiche italiane (1860-1915). Repertorio delle cattedre e degli stabilimenti annessi, dei docenti, dei liberi docenti e di tutto il personale scientifico*, CLUEB, Bologna 2002; su Umberto Gabbi cfr. Archivio Storico dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (d'ora in poi ASURS), Annuario della R. Università di Roma 1909-1910, *Personale della Facoltà di Medicina e Chirurgia*.

⁷ «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1920-1943; «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», fondato nel 1928, divenuto poi «Giornale italiano di clinica tropicale», 1937-1939, e successivamente «Rivista medica tropicale e studi di medicina indigena», 1940; «Rivista di parassitologia» pubblicata dal 1937; «Medicina etiopica», 1937-1939, «Rivista di biologia coloniale» 1938-1958; «Annali di patologia tropicale e di parassitologia», 1940-1942, «Medicina tropicale e subtropicale», 1941-1943; «Bollettino della Società Italiana di Medicina e Igiene Tropicale. Sezione Eritrea», 1942-1952.

⁸ Tra i titoli più significativi: G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniale*, Provveditorato Generale Dello Stato, Roma 1926; C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit.; G. Franchini, *Patologia tropicale, Clinica delle malattie tropicali. Protozoologia. Entomologia. Nozioni di tecnica generale*, La Garoflito, Bologna 1929; D. Mazzolani, O. Castigliola, *L'organizzazione sanitaria della Tripolitania: climatologia, patologia, colonizzazione*, F. Cacopardo, Tripoli 1931; P. Croveri, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, Libreria Carlo Pasta, Torino 1932 (riedito nel 1935); G. B. Mariotti Bianchi, *Igiene coloniale*, in D. Ottolenghi, *Trattato d'igiene. Igiene militare, igiene coloniale, legislazione ed ordinamenti sanitari*, Vallardi, Milano 1933-34.

⁹ G. Izar, *Nosografia delle nostre colonie*, Milano 1935; G. Arcoleo, *Cenni di medicina esotica e tropicale: igiene e profilassi dei paesi caldi*, Corbaccio, Milano 1936; A. Ciotola, *Nozioni pratiche di medicina ed igiene coloniale*, F. Maggi, Tripoli 1936; A. Castellani, I. Jacono, *Manuale di clinica tropicale*, Torino 1937; M. Peruzzi, *Malattie tropicali*, Stabilimento industriale tipografico, La Spezia 1938; V. Ruata, *Oftalmologia dei paesi caldi*, Hoepli, Milano 1938; G. Mennona, *Appunti di igiene coloniale*, Casa editrice poligrafica universitaria Carlo Cya, Firenze 1939; G. A. Chiurco, *La sanità delle razze nell'impero italiano*, Istituto fascista dell'Africa Italiana, Roma 1940; C. Guidetti, *Clima e malattie da clima nei paesi caldi*, Edizioni Liguria Medica, Genova 1942. Molte saranno le riedizioni di opere precedenti. Tra 1940 e 1941 sono inoltre fondati due nuovi periodici di medicina tropicale - «Annali di patologia tropicale e di parassitologia», «Medicina tropicale e subtropicale» - il primo promosso, in seguito alla morte di Franchini, da Giovanni Serra, docente presso l'Istituto di patologia coloniale di Modena, il secondo il diretto da Igino Jacono, aiuto di Castellani nella Clinica delle malattie tropicali di Roma.

¹⁰ Sull'Istituto di Patologia Coloniale di Modena cfr. S. Fari, *Un simbolo della Modena Fascista e colonialista. L'istituto di Patologia Coloniale*, in P. Bertella Farnetti, *Sognando l'impero. Modena-Addis Abeba (1935-1941)*, Mimesis, Milano 2007. L'istituto svolge un'attività di formazione diretta a medici, veterinari e infermieri destinati ai territori coloniali e organizza corsi di medicina tropicale per ufficiali e veterinari. Nella seconda metà degli anni trenta verrà aperto, al suo interno, il Centro di Studi di Medicina Indigena diretto da Tommaso Sarnelli.

Aldo Castellani viene nominato nello stesso anno direttore della Clinica di malattie tropicali e sub-tropicali dell'università. Corsi di medicina coloniale sono tenuti anche nelle università di Messina (1932)¹¹, Napoli (1937)¹², Torino (1937)¹³, Padova (1937), Cagliari (1937)¹⁴, Perugia (1939)¹⁵.

A partire dai primi anni trenta, inoltre, i congressi promossi dal Centro di studi coloniali dell'Istituto fiorentino Cesare Alfieri ospitano una sezione di patologia e igiene coloniale, che si va ad aggiungere a quelle dedicate a geografia, diritto, storia e archeologia, demografia e statistica¹⁶. Altre giornate di incontro vengono organizzate dalla Società italiana di medicina e igiene coloniale a Torino (1928), Roma (1929) e Tripoli (1930)¹⁷.

Nonostante la parzialità della ricostruzione qui intrapresa, è possibile delineare con chiarezza l'andamento di questa disciplina: discontinuo, con accelerazioni e fasi di stallo che si alternano a seconda delle contingenze politiche, fino agli anni trenta¹⁸, quando si struttura definitivamente come disciplina accademica, sostenuta e alimentata dal regime. Questa periodizzazione è conforme a quanto ha già notato Nicola Labanca in *Oltremare*. È negli anni trenta che in Italia le conoscenze sull'Africa e sull'Oriente si ampliano e si consolidano, come parte integrante di un più generale processo di sviluppo dei saperi coloniali che caratterizza le potenze europee e in cui discipline come linguistica, filologia, antropologia, giurisprudenza, economia, agronomia, geografia approfondiscono i loro «versanti coloniali»¹⁹.

D'altra parte, i primi anni di governo fascista sono anni di assestamento e cambiamenti di rotta, nonché di incertezza militare per quanto riguarda le colonie, e mal si adattano a operazioni di sistematizzazione e strutturazione a livello accademico di un intero campo di studi²⁰. Cosa che avverrà nel decennio successivo, ma soprattutto con la guerra d'Etiopia, quando l'interesse per i temi della medicina tropicale, alimentato dall'impero, conoscerà una

¹¹ P. Croveri, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, cit., p. 7.

¹² Ministero dell'Educazione Nazionale, *Concorsi a cattedre universitarie. Clinica delle malattie tropicali e subtropicali nella Regia Università di Napoli*, Gazzetta Ufficiale n. 62, 1937.

¹³ *Una clinica per le malattie tropicali. L'iniziativa della cassa di risparmio per la costruzione di un nuovo Istituto*, in «La Stampa», 22/05/1936, p. 2.

¹⁴ R. d. 1936 n. 2445, *Approvazione dello Statuto della Regia Università di Cagliari, Insegnamento complementare in clinica delle malattie tropicali e subtropicali*.

¹⁵ R. d. 20 aprile 1939-XVII, n. 1107, *Approvazione del nuovo statuto della Regia Università di Perugia. Insegnamento complementare in patologia esotica*.

¹⁶ Congresso di studi coloniali, *VI sezione. Patologia e Igiene Coloniale*, in *Atti del primo Congresso di studi coloniali. Firenze, 8-12 aprile 1931*, R. Istituto superiore di scienze sociali e politiche Cesare Alfieri, Firenze 1931; *Atti del secondo Congresso di studi coloniali. Napoli, 1-5 ottobre 1934*, Tipografia Giuntina, Firenze 1935; Congresso di studi coloniali, *VII sezione. Patologia e igiene*, in *Atti del terzo Congresso di studi coloniali. Firenze-Roma, 12-17 aprile 1937*, Firenze 1937.

¹⁷ Le informazioni a disposizione sulla Società di medicina e igiene coloniale sono molto lacunose. Viene fondata a Torino nel 1928 con sede a Roma, allo stesso indirizzo dell'Istituto coloniale fascista. Cfr. «Giornale di medicina militare», 1932, p. 643.

¹⁸ Per essere più corretti, è alla fine del decennio precedente che si notano i primi mutamenti.

¹⁹ N. Labanca, *Oltremare. Storia dell'espansione coloniale italiana*, Il Mulino, Bologna 2002, p. 253.

²⁰ Scrive Labanca a proposito del diritto coloniale: «In questa seconda fase [fine anni venti – inizio anni trenta] il fascismo si affermò e si stabilizzò come regime, nel mentre procedeva alla riconquista dell'interno della Libia e della Somalia e pianificava l'assalto all'Etiopia. Tutta la riflessione giuridica venne influenzata da questa contingenza e da queste politiche, anzi per certi versi ne fu un effetto. Fu il rinnovato ruolo della politica africana per il regime a spiegare l'aumento dei corsi universitari in materie come il diritto coloniale». Id., *La storiografia italiana sulle istituzioni coloniali*, in *Oltremare. Diritto e istituzioni dal colonialismo all'età postcoloniale*, a cura di Aldo Mazzacane, Cuen, Napoli 2006, p. 211.

vera espansione, e i temi legati alla «patologia esotica» diverranno parte integrante del discorso pubblico.

In termini di periodizzazione, è possibile instaurare un parallelo tra lo sviluppo della medicina tropicale e gli studi di diritto coloniale italiano. Anche quest'ultimo nasce come specialità di una scienza accademica, la giurisprudenza, seguendo l'avvio dell'espansione coloniale e acquista più o meno visibilità in base ai mutamenti dell'agenda politica. Un ruolo contrario, sotto il profilo temporale, a quello svolto dalla geografia nel quadro dell'espansione d'oltremare: offrire cioè le conoscenze necessarie per l'avvio delle conquiste, anticipando l'interesse della politica verso i territori africani.

L'analisi delle due discipline, come l'esame dei saperi etnografici, deve poi tener conto del divario esistente fra cultura scientifica ed effettiva prassi coloniale. Nella prima fase dell'espansione, i giuristi furono pressoché assenti dai territori africani intervenendo solo successivamente a confermare o riformare le pratiche che funzionari e amministratori coloniali avevano messo in atto. Un andamento non dissimile dall'antropologia accademica, che elaborerà in alcuni casi "a tavolino" i propri studi sulle popolazioni oggetto del dominio italiano, basandosi sull'etnografia pratica dei funzionari, geografi, esploratori, di chi dunque era residente nelle colonie italiane²¹.

Per la medicina tropicale il quadro si presenta meno lineare: per effetto della mancata istituzione di un corpo sanitario speciale per le colonie, che verrà formato solo nel 1936²², i "pratici" opereranno spesso oltremare non per lunghi periodi - ed è il caso dei medici della marina o dell'esercito giunti in Africa durante le campagne di conquista²³- né si formeranno sempre nel contesto dei possedimenti italiani. Aldo Castellani, il più noto tropicalista italiano, consoliderà ad esempio la sua *expertise* lavorando nei territori dell'impero britannico; Giuseppe Sanarelli, figura di primo piano per lo sviluppo della scienza nazionale, compirà i suoi studi sulla febbre gialla in America del Sud, prima a Montevideo e poi in Brasile, per poi tornare in Italia come professore d'igiene a Bologna e a Roma e farsi promotore, negli anni venti, della fondazione di una scuola speciale di malariologia (creata nel 1927 come Istituto di Malariologia)²⁴. Enrico Persano, che in epoca fascista sarà docente di igiene coloniale all'Istituto agricolo di Firenze (divenuto nel 1938 Istituto agronomico d'oltremare), potrà vantare la posizione raggiunta in virtù degli anni di servizio prestato in Congo²⁵.

Osservazioni analoghe, relative ai luoghi e ai percorsi di formazione, si ritrovano nell'esame della cultura medica degli ufficiali sanitari della marina che sperimentano le loro conoscenze

²¹ B. Sorgoni, *Parole e corpi. Antropologia, discorso giuridico e politiche sessuali interrazziali nella colonia Eritrea (1890-1941)*, Liguori, Napoli 1998.

²² R.D.L. 14 dicembre 1936 n. 2374 convertito in legge il 10 giugno 1937 (n. 1241). Vedi anche G. Bucco, A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1965, pp. 15-16.

²³ Molti dei medici che pubblicano i primi studi sui possedimenti eritrei sono, secondo la definizione proposta da Nicola Labanca, "turisti" in colonia. Cfr. N. Labanca, *In marcia verso Adua*, Einaudi, Torino 1993, pp. 202-203.

²⁴ D. Cozzoli, *Giuseppe Sanarelli*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 90, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma 2017. L'Istituto però sarà ben distante, per fisionomia e funzioni, da quello immaginato da Sanarelli, che intendeva rafforzare gli aspetti della *ricerca* sulla malaria, e non tanto gli indirizzi di azione - la "bonifica integrale" - intrapresi dal regime. Lo studioso si farà inoltre promotore, nel 1926, della fondazione della «Rivista di malariologia».

²⁵ E. Persano, *Igiene dei paesi caldi*, Istituto Geografico De Agostini, Novara 1913, p. 5. Questi sono solo alcuni esempi di una tendenza generalizzata nel campo della medicina coloniale italiana.

sulle malattie esotiche in uno spazio “globale” ben più vasto di quello rappresentato dall’Africa italiana, per poi tornare in patria e consolidare le conoscenze acquisite a contatto con i centri di produzione del sapere scientifico.

In alcuni casi l’apprendistato dei medici tropicalisti sarà poi compiuto non tanto nei paesi di conquista ma in Francia, Gran Bretagna, Germania, dove la disciplina acquisisce legittimità, prima che in Italia, nel quadro delle scienze applicate. Dunque non le colonie ma i centri esteri europei costituiscono, soprattutto per i teorici della disciplina, il passaggio obbligato per il riconoscimento della propria competenza di “tropicalista”.

Non altrettanto si può dire di Paolo Croveri, direttore tra 1915 e 1919 dell’Istituto sierovaccinogeno di Merca, in Somalia, chiamato nel 1920 all’Istituto sieroterapico di Buenos Aires proprio in base alle conoscenze acquisite in colonia come studioso di malattie tropicali e subtropicali, che gli varranno in patria, negli anni trenta, la docenza di patologia esotica all’Università di Messina²⁶.

Se la separazione fra pratici e teorici è dunque, come si vedrà, un confine mobile, più di quanto accade per le altre «scienze coloniali», la produzione degli studi non sempre combacerà con la loro promozione. Di qui il ruolo determinante svolto nella costruzione della disciplina da alcuni “teorici”, che hanno esperienza dello spazio coloniale solo sotto la forma “disciplinata” delle missioni scientifiche o didattiche, ma peso maggiore, almeno nei primi decenni dell’espansione italiana, nella definizione di una dimensione pubblica (oltreché accademica) del nuovo settore di indagine: Umberto Gabbi, fondatore della rivista «Malaria e malattie dei paesi caldi» e promotore di una ricerca sulle affezioni tropicali in Italia, sarà in Tripolitania nel 1910 e nel 1912, inviato dal governo per «studiare la patologia speciale delle genti libiche»²⁷ e poi in Eritrea nel 1930, accompagnato da Edoardo Zavattari, le uniche occasioni di contatto con le patologie tropicali nel loro luogo di “origine”²⁸; Giuseppe Franchini, direttore della prima scuola di medicina tropicale, formatosi alla Liverpool School of Tropical Medicine e a Parigi, presso l’Istituto Pasteur, non risiederà in colonia se non per brevi periodi, il tempo di collezionare specie animali e vegetali per l’allestimento di un museo di zoologia coloniale presso l’Università di Modena²⁹.

Tenendo conto della doppia dimensione di scienza praticata e cultura accademica si cercherà di rintracciare, nei prossimi paragrafi, i diversi poli di sviluppo della disciplina, inserendo l’evoluzione delle conoscenze sui “tropici” italiani all’interno delle più ampie trasformazioni in atto nella medicina europea di fine XIX e inizio XX secolo, alla ricerca delle concezioni e

²⁶ G. Armocida, *Paolo Antonio Teresio Croveri*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 31, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, Roma 1985.

²⁷ *Commissione governativa per lo studio dell’Igiene delle Malattie tropicali nella Libia. Relazione ai Ministri dell’Interno e della Guerra*, in «Malaria e malattie dei paesi caldi», 6 (1912), p. 159.

²⁸ *Relazione a S. E. Emilio de Bono, Ministro delle Colonie, degli studi compiuti nel bassopiano occidentale dell’Eritrea dai professori Umberto Gabbi, Luigi Piras, Edoardo Zavattari, Mario Peruzzi, Giovanni Di Domizio, Alberto Ciotola, e delle indagini complementari fatte in Italia dai professori Alberto Camis e Alfredo Chistoni*, 7 gennaio-18 marzo 1930, Anno VIII dell’era fascista, Prem. Tip. Riunite Donati, Parma 1930. Su Edoardo Zavattari (1883-1972) cfr. F. Cassata, *Molti, sani, e forti*, cit., pp. 247-252.

²⁹ Accademia Nazionale di Scienze, Lettere e Arti di Modena, *L’eredità culturale di Giuseppe Franchini a Modena. 11 dicembre 2008*, in «Atti», XXX, 8 (2008-2009). Franchini compie l’esperienza nei territori d’oltremare negli anni del suo servizio presso l’Istituto Pasteur (1914-1922), quando è inviato in Nord Africa per lo studio delle malattie delle zone desertiche e predesertiche, e in America Latina.

delle rappresentazioni che ne hanno guidato la formazione.

4.2 Processi di istituzionalizzazione: concezioni teoriche e strutture

Nell'agosto del 1899 si apre a Portsmouth, in Inghilterra, il 67° congresso della British Medical Association che, già dall'anno precedente, ospitava una sezione interamente dedicata ai problemi della medicina tropicale. A rappresentare i cultori italiani di patologia coloniale viene inviato Filippo Rho, medico della marina in quegli anni impegnato, come si vedrà, in ricerche relative alle malattie dominanti nei territori conquistati nonché figura di primo piano per lo sviluppo della medicina coloniale entro i confini nazionali. Il convegno costituisce in realtà un'occasione per visitare l'appena inaugurata London School of Tropical Medicine e comparare le strutture di formazione estere con quelle italiane, ancora fortemente carenti: «sarebbe sommamente utile - sostiene Rho - che qualcuno dei nostri giovani ufficiali venisse mandato a frequentare tali scuole, e specialmente l'ultima [la scuola di Londra], per un periodo variabile fra tre e sei mesi»³⁰.

Sono anni in cui si assiste, a livello internazionale, a una rapida istituzionalizzazione della disciplina con la fondazione di cattedre, istituti, dipartimenti ospedalieri e accademici, riviste specializzate³¹. Tra il 1898 e il 1899 vengono create istituzioni come la London School of Tropical Medicine, fondata da Patrick Manson, e la Liverpool School of Tropical Medicine, legata a Ronald Ross; su modello di tali scuole numerosi centri saranno aperti nelle diverse nazioni europee: a inizio secolo è inaugurato ad Amburgo l'Institut für Schiffs und Tropenkrankheiten (oggi Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin), seguito, nel 1902, dall'Institut de Médecine Coloniale di Parigi e dalla Escola de Medicina Tropical annessa all'Ospedale coloniale di Lisbona. Nel 1905 si apre a Marsiglia l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA), conosciuto con il nome di École du Pharo. A distanza di qualche anno anche Bruxelles e Amsterdam sono dotate di scuole analoghe, l'Institut de Médecine Tropicale promosso da Leopoldo II (fino al 1906 la monarchia belga aveva potuto contare sulla collaborazione con l'Istituto di Liverpool) e il Koloniaal Instituut fondato, nel 1910, grazie all'apporto di ingenti investimenti da parte di

³⁰ F. Rho, *La sezione di malattie tropicali e l'ordinamento dei servizi sanitari militari al Congresso dell'associazione medica britannica (Portsmouth, Agosto 1899)*, in Ministero della Marina, *Relazioni degli ufficiali sanitari inviati dal Ministero*, Tipografia Ditta Ludovico Cecchini, Roma 1899. Laureatosi a Torino in Medicina e Chirurgia, entra nel 1880 nella Marina con il grado di tenente medico. Grazie al viaggio a bordo della nave Caracciolo e ai numerosi soggiorni a Massaua, primo possedimento italiano, Filippo Rho sviluppa le prime ricerche di medicina tropicale. A inizio secolo, viene nominato direttore dell'Ospedale Militare di Napoli e incaricato dell'insegnamento di patologia esotica presso l'università della città. È ispettore di sanità militare marittima durante la prima guerra mondiale e direttore degli «Annali di Medicina Navale e Coloniale». Traduce nel 1906 in italiano e integra il manuale di Carl Mense, *Handbuch der Tropen-Krankheiten*, sul quale si modelleranno tutti i successivi scritti italiani. Cfr. Filippo Rho, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 9 (1935).

³¹ Nel 1898 viene pubblicato il primo numero del «Journal of Tropical Medicine» curato da James Cantlie e W. J. Simpson che diverrà in seguito organo della London School of Tropical Medicine, ma già i temi della sanità dei territori imperiali avevano guadagnato l'interesse dei due principali periodici medici inglesi - «British Medical Journal» e «Lancet». Cfr. E. Chernin, *The early British and American journals of tropical medicine and hygiene: An informal survey*, in «Medical History», 36 (1992), pp. 70-83.

compagnie private, come era accaduto per la scuola di Amburgo e quella di Liverpool³².

In realtà, Germania e Francia già conoscevano, a fine ottocento, istituzioni impegnate nella ricerca sull'eziologia delle malattie infettive come il Kaiser Institute di Berlino e la rete di istituti Pasteur diretti alla promozione del vaccino antirabbico, legati rispettivamente ai nomi della "rivoluzione" batteriologica, Robert Koch e Louis Pasteur, che offriranno il paradigma di riferimento per lo sviluppo della scienza medica interessata ai tropici.

Nel corso degli anni settanta del XIX sec., con lo studio sull'eziologia del carbonchio, Koch e Pasteur forniscono la prova sperimentale della correlazione esistente tra malattie e ciclo vitale di microrganismi patogeni detti, secondo l'uso del tempo, germi. Le loro scoperte contribuiscono ad orientare in modo decisivo la scienza medica verso la ricerca delle cause esterne degli stati patologici, descritti e definiti non più in base alla loro sintomatologia ma come malattie dipendenti da specifici microbi patogeni. Le scoperte si susseguono in quegli anni a distanza ravvicinata: nel 1882 Koch individua il microbo responsabile della tubercolosi, nel 1883 viene trovato quello del colera e della difterite, l'anno successivo gli agenti patogeni della peste e del tetano, nel 1887 quelli della meningite, nel 1898 i batteri causanti la dissenteria e nel 1906 la spirocheta pallida a cui si deve la sifilide³³.

L'avvio però della medicina tropicale intesa, secondo l'accezione che diverrà dominante, come studio delle malattie trasmesse da vettori presenti nelle regioni tropicali, si fa risalire agli studi compiuti da Patrick Manson a Taiwan e ad Amoy sulla filariosi e sul ruolo delle zanzare nella propagazione della malattia (1877-1878)³⁴. Il quadro della medicina batteriologica, e la centralità assunta dal laboratorio nella ricerca medica, sarà infatti complicato dalla scoperta che insetti come le zanzare possono ospitare al proprio interno gli organismi responsabili delle patologie umane³⁵. Così, a partire dalle ricerche condotte in Cina dall'ufficiale medico dell'Imperial Chinese Maritime Customs, successivamente sistematizzate nel volume *Tropical disease. A manual of disease of warm climates* (1889), nonché dagli studi sulla malaria compiuti, come si vedrà, dalla scuola romana e dai medici militari Alphonse Laveran e Ronald Ross, il modello del vettore-parassita diviene fondativo e

³² D. J. Neill, *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930*, Stanford University Press, Stanford 2012.

³³ M. Conforti, G. Corbellini, V. Gazzaniga, *Dalla cura alla scienza. Malattia, salute e società nel mondo occidentale*, EncycloMedia, Milano 2011; B. Fantini, *L'ottocento: scienze mediche. Lo studio eziopatologico delle malattie infettive*, in *Storia della scienza*, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 2003; Id., *La microbiologia medica*, in M. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Vol.III. Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma 1998.

³⁴ Patrick Manson, chirurgo scozzese, lavora dal 1866 come medico dell'Imperial Chinese Maritime Customs imposto alla Cina dopo le guerre dell'oppio di metà ottocento. Lo spazio "imperiale" britannico, come si vedrà, costituisce per tutto il corso del XIX sec. un'occasione di carriera per medici della "periferia" britannica. D. M. Haynes, *Imperial medicine. Patrick Manson and the conquest of tropical disease*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2001.

³⁵ Attraverso ricerche di laboratorio compiute a Taiwan e ad Amoy, l'ufficiale medico dell'Imperial Chinese Maritime Customs giunge ad ipotizzare il ruolo centrale svolto dalle zanzare nella propagazione della malattia causata dalla *Filaria* e ne fornisce una prova sperimentale, identificando il nematodo nello stomaco della specie *Culex fatigans*. In quegli anni la *Filaria* era stata già oggetto d'indagine da parte di parassitologi che avevano riconosciuto il legame tra il verme e diverse malattie - l'elefantiasi, lo scroto linfatico, l'urina chilosa - fino a quel momento considerate come specie nosologiche differenziate. Sarà Manson però a mettere in relazione la *Filaria* con la zanzara, suo ospite intermedio, e a descriverne il ciclo vitale. D. M. Haynes, *Framing tropical disease in London: Patrick Manson, Filaria perstans, and the Uganda sleeping sickness epidemic, 1891-1902*, in «Social History of Medicine», 13(3) (2000), pp. 467-493.

identificativo della nuova medicina tropicale. Un modello in cui lo studio zoologico dei parassiti patogeni, protozoi ed elminti, sarà centrale per la medicina interessata alle malattie dei tropici³⁶.

La parassitologia non costituisce però una novità della ricerca medica di fine ottocento. Già la letteratura ippocratica conosceva il ruolo ricoperto da tenie, ascaridi, ossiuridi nello sviluppo delle malattie intestinali - parassiti raggruppati sotto il nome di “elminti”, secondo una terminologia giunta fino ai nostri giorni, la cui anatomia verrà descritta metodicamente nel XVII sec. da Francesco Redi, considerato “padre” della disciplina. Classificati dalla tassonomia settecentesca³⁷, gli organismi parassitari saranno oggetto di uno studio sempre più sistematico nell’ottocento³⁸ in un’accelerazione del processo di inventariazione del vivente che si concentra sulla classificazione delle specie parassitarie ma soprattutto sulla ricerca di nuovi organismi patogeni³⁹.

Con l’emergere della medicina tropicale come settore istituzionalizzato di studi, la disciplina parassitologica subirà una ulteriore torsione, assieme ad una rinnovata centralità nell’ambito della ricerca sulle malattie infettive. La scienza di cui Patrick Manson si farà promotore orienterà l’attenzione dei parassitologi verso i meccanismi di trasmissione delle forme morbose, trasformando le direzioni di ricerca della disciplina, ora concentrata non sulla coppia agente patogeno-ospite ma sul binomio parassita-vettore, che aggiunge nuovi fattori all’indagine sul sorgere e propagarsi delle affezioni. Il «vettore» è infatti prima di tutto un concetto - e non un semplice termine descrittivo - in cui si sommano due nozioni fino a quel momento separate nella medicina: quella di veicolo e quella di ospite. Il vettore non “trasporta” l’agente patogeno, ma lo trasforma, permettendo che compia una parte del suo ciclo vitale; è inoltre un organismo vivente e non un semplice veicolo di trasmissione⁴⁰. Per la messa appunto di tale modello, le ricerche sull’eziologia della malaria saranno fondamentali: filariosi, malaria, successivamente febbre gialla e malattia del sonno, offriranno il primo

³⁶ G. Corbellini, *Les essais de vaccination contre les maladies parasitaires de l’homme*, in A.M. Moulin, *L’Aventure de la vaccination* cit. Le ricerche di Manson saranno costruite in dialogo con il naturalista Spencer Cobbold, figura di maggior spicco dell’elmintologia britannica negli ultimi decenni dell’ottocento. M. Worboys, *The emergence of tropical medicine: A study in the establishment of a scientific specialty*, in G. Lemaine, R. MacLeod (ed.), *Perspectives on the Emergence of New Scientific Disciplines*, De Gruyter Mouton, Paris 1976.

³⁷ F. Dagognet, *Il catalogo della vita. Saggio sulle classificazioni*, Theoria, Roma 1986.

³⁸ G. Penso, *La conquista del mondo invisibile. Parassiti e microbi nella storia della civiltà*, Feltrinelli, Milano 1973.

³⁹ Nel 1851 Bilharz identifica il verme della malattia che da lui prenderà nome, fortemente diffusa in Egitto; qualche anno prima Dubini descrive l’*Anchilostoma* che le ricerche di Bozzolo e Perroncito collegheranno alla anemia che colpisce i fornai e i minatori. Grazie al lavoro di alcuni zoologi danesi a metà del secolo alcuni concetti cruciali per lo sviluppo della parassitologia sono poi formulati: la teoria dell’alternanza delle generazioni e la nozione di ciclo vitale; cfr. M. Worboys, *The emergence of tropical medicine: A study in the establishment of a scientific specialty*, cit., pp. 75-98; G. Penso, *La conquista del mondo invisibile*, cit.

⁴⁰ C. Canguilhem, *Préface*, in F. Delaporte, *Histoire de la fièvre jaune. Naissance de la médecine tropicale*, Payot, Paris 1989. Il termine «vettore» viene dal latino *vector* (conducente, portatore), derivazione del verbo *vehēre* (condurre), ed è utilizzato come sinonimo di portatore, conducente. Nel XVIII inizia ad essere utilizzato nel linguaggio scientifico, in particolare in astronomia. A metà ottocento è introdotto da Hamilton in matematica per indicare una grandezza non scalare. Cfr. G. Guidone, *Hamilton e quaternioni: una rivoluzione in algebra*, in «Science magazine», 15 (2016). Non è stato possibile, in questa ricerca, ripercorre la traiettoria attraverso cui tale sostantivo giunge alla medicina. In ogni caso, l’ospite intermediario è definito «vettore» perché non solo trasporta ma da indirizzo alla “circolazione” della malattia, guida, orientandolo nello spazio biologico il passaggio dell’agente patogeno da un ospite all’altro.

terreno costitutivo della disciplina medica orientata verso «i tropici».

Il quadro non sarebbe infatti completo senza far riferimento agli sviluppi che la malariologia conosceva in quegli stessi anni. Nel novembre del 1880, il medico militare francese Alphonse Laveran di stanza in Algeria, osservava nel sangue dei pazienti malarici la presenza di un parassita che prenderà il nome di «plasmodio». Grazie all'apporto dei medici della scuola di malariologia romana - Ettore Marchiafava, Agostino Celli e Camillo Golgi - il plasmodio verrà riconosciuto come causa specifica della malattia (nelle sue specie distinte *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*) e la periodicità della febbre messa in relazione con il ciclo di sviluppo vitale del parassita⁴¹. A fine secolo poi, gli studi di Ronald Ross sulle zanzare, confermati da Celli e Marchiafava, e le ricerche di Grassi, Bignami e Bastianelli, chiariranno l'epidemiologia e l'eziologia della malaria, spostando l'attenzione sulle modalità di propagazione dell'affezione, sullo studio cioè delle modalità di "ingresso" del plasmodio nel corpo umano⁴². Saranno infatti le ricerche di Grassi a far luce sull'intero meccanismo di trasmissione della malattia, mettendo in relazione analisi sperimentale e conoscenza biologica delle specie di antropodi presenti nei territori italiani.

A differenza degli altri Stati europei, per i quali tale affezione costituiva un problema di governo dei territori coloniali, in Italia la malattia era diffusa a livello endemico sul suolo nazionale. Zone fortemente colpite dalla malaria, com'è noto, erano le campagne paludose della Pianura Pontina e dell'Agro Romano: braccianti colpiti da febbri malariche affluivano costantemente, a cavallo tra otto e novecento, nelle strutture dell'ospedale romano del Santo Spirito, fornendo ai medici un'ampia casistica per la ricerca. Non a caso è proprio a Roma, su iniziativa di studiosi della capitale, che si costituisce, nel 1898, la Società per gli Studi sulla Malaria: l'organismo gode del sostegno di privati - aziende ferroviarie, società minerarie, proprietari terrieri preoccupati dei danni provocati dalla malaria alla propria forza lavoro - e di fondi pubblici, stanziati dalla Direzione generale dell'Agricoltura, dal Ministero dell'Interno e dal Comune di Roma⁴³. La società dà alle stampe, dall'anno della sua fondazione, il periodico «Atti» in cui sono raccolti i principali studi italiani e stranieri sulla malaria e si fa promotrice di un intervento di lotta contro la malattia che vede coordinati medici, comuni, prefetture e Stato, impegnati nel compito di prevenzione, cura ed educazione delle masse rurali colpite dall'affezione, divenendo presto un'istituzione di primo piano nel panorama della scienza internazionale.

In Inghilterra, le scoperte sull'eziologia della malaria sono ben presto integrate nei programmi d'insegnamento delle scuole di formazione in medicina tropicale. Manson d'altronde aveva

⁴¹ Fino alla fine del XIX, la malaria è considerata l'effetto di miasmi. Nel 1879 Klebs e Crudeli, credono di identificare l'agente responsabile della malattia in un microbo, il *Bacillus malariae*. Cfr. P. Snowden, *La conquista della malaria*, cit.; G. Corbellini, *La lotta alla malaria in Italia: conflitti scientifici e politica istituzionale*, in «Medicina nei secoli», 18 (2006), pp. 75-95.

⁴² Nel 1897 Ross dimostrava infatti sperimentalmente la presenza del parassita in zanzare messe a contatto con soggetti malarici. La scoperta che antropodi come le zanzare svolgono un ruolo centrale nella diffusione della malattia è confermata da Celli e da Koch, ma sono le ricerche di Grassi a identificare nella specie *Anopheles* i soli vettori responsabili della trasmissione del plasmodio all'uomo. Fino al 1898, anno delle sperimentazioni condotte da Grassi, Bignami e Bastianelli, non era stato possibile chiarire le ragioni della distribuzione geografica della malaria: provato il legame con la zanzara come ospite intermediario del parassita, non era ancora possibile spiegare perchè alcune regioni infestate da zanzare non fossero zone malariche.

⁴³ P. Snowden, *La conquista della malaria.*, cit., pp. 40-52.

intravisto nella ricerca di Ross, di cui era stato un forte promotore, un potente veicolo di legittimazione della nuova disciplina, per l'importanza che l'eradicazione della malaria (ben più della filariosi) rivestiva nella tutela della salute dei bianchi in colonia e per le possibilità di sfruttamento dei territori di conquista⁴⁴. Appena rientrato in Inghilterra, dopo il servizio prestato in India, Ross è chiamato a insegnare presso l'istituto di patologia tropicale di Liverpool con il compito, affidato anche alla London School of Tropical Medicine di Patrick Manson, di formare gli ufficiali medici destinati alle terre dell'impero britannico. Queste scoperte - scrive Ronald Ross, convinto come Manson del ruolo cruciale che la medicina tropicale ricopriva nel quadro dell'imperialismo - non potevano rimanere confinate entro il perimetro accademico: «a great propagandism must be carried out. The public must be informed of the new discoveries which had just been made, and the State must be requested to take action»⁴⁵. Il medico inglese era cosciente dell'ostacolo rappresentato dalle malattie, principale ragione della «barbarie africana», per il compimento della missione di civilizzazione:

We can scarcely look on the map of the world, showing as it does enormous and rich tracts of tropical country remaining unpeopled and barbarous, without enquiring the reason for such an anomaly. Particularly the case of Tropical Africa, we are struck by the fact that this great continent still remains uncivilized in spite of its proximity to Europe [...]. I am convinced that the *principal cause* of this backwardness is really the so called *unhealthiness* of the African "climate". [...] The ever present endemic diseases of this vast area paralyze administration by direct mortality and also by compelling a constant return to Europe in search of health: paralyze commerce for the same reasons; vastly increase the cost and dangers of military expeditions⁴⁶.

Di qui la necessità di ottenere il coinvolgimento delle autorità centrali, per assicurare alla medicina tropicale un posto di primo piano nell'agenda politica dell'amministrazione coloniale, nonché il supporto «of the public at large», del capitale privato:

I can imagine nothing which has done more to encourage this part of the advance than the great support of the merchants throughout this country who are connected with our tropical possessions, and who have supported the schools of London and Liverpool. Our own school, ably led by Sir Alfred Jones, has not been second in this enterprise, and has collected funds for a very large amount of pure scientific work, and also for direct sanitary labour⁴⁷.

La scuola di Liverpool è aperta infatti grazie ai capitali di Alfred Jones, capo della Elder Dempster Shipping Line e vicino agli interessi imperialistici di Leopoldo II⁴⁸. Tra il 1899 e lo scoppio della prima guerra mondiale l'istituzione promuoverà più di trenta spedizioni scientifiche in Africa, in America Latina, nei Caraibi, per lo studio di tre malattie che formano

⁴⁴ M. Worboys, *The emergence of tropical medicine*, cit.

⁴⁵ R. Ross, *The Progress of Tropical Medicine*, in «Journal of the Royal African Society», IV, 15 (1905), pp. 271-289.

⁴⁶ Ivi, pp. 272-273.

⁴⁷ Ivi, p. 285.

⁴⁸ D. J. Neill, *Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930*, Stanford University Press, Stanford 2012, pp. 20-21.

una triade chiave per la nuova disciplina: malaria, febbre gialla e *sleeping sickness*⁴⁹. L'istituto fondato da Patrick Manson si appoggia invece al supporto finanziario del Colonial office, diretto da Joseph Chamberlain, autore in quegli anni di un radicale cambio di indirizzo nelle politiche d'oltremare britanniche⁵⁰. Tra il 1895 e il 1911 Manson ricoprirà il ruolo di *adviser* del Colonial office, contribuendo in modo determinante ad orientare le risorse economiche governative in funzione dello sviluppo della disciplina e della sua istituzionalizzazione⁵¹.

In Francia i primi insegnamenti dedicati alla patologia esotica saranno offerti dalle scuole di sanità militare marittima situate nei centri portuali del paese, in un'inversione delle dinamiche centro periferia caratteristiche della scienza tropicale britannica, che vede nell'istituto della capitale - la London School of Tropical Medicine - uno dei nuclei fondanti della disciplina⁵². Così scrive Filippo Rho nel 1903, a proposito degli istituti francesi:

In Francia nelle antiche scuole della marina a Tolone, Brest e Rochefort, si impartivano fra gli altri gl'insegmaneti di patologia esotica ed igiene navale e coloniale. Ora vi è una scuola unica di sanità militare marittima, aggregata alla facoltà medica di Bordeaux. [...] Per iniziativa [del medico di I classe Le Dantec], in seno alla facoltà di Medicina di Bordeaux è sorta nel 1901 una scuola con corsi trimestrali, che rilascia diplomi di medico coloniale⁵³.

All'istituto di Bordeaux si aggiungono le scuole di Marsiglia (1899) e di Parigi (1902), quest'ultima inaugurata dal parassitologo Raphaël Blanchard. Già nel 1889, Algeri era stata dotata di una cattedra di «malattie dei paesi caldi» per la formazione dei medici coloniali⁵⁴, che dal 1890 costituiranno un corpo specifico, con appositi percorsi di studio universitari elaborati in collaborazione con l'Istituto Pasteur di Parigi⁵⁵.

Come già in precedenza sottolineato, in Italia, la piena istituzionalizzazione della disciplina avverrà invece solo nel corso degli anni venti e bisognerà attendere il decennio successivo per assistere a un aumento, in termini quantitativi, di cattedre, riviste e istituti di medicina

⁴⁹ H. Power, *Tropical medicine in the twentieth century. A history of Liverpool school of tropical medicine, 1898-1990*, Columbia university press, New York 1999.

⁵⁰ L'organismo disporrà di un sussidio annuo di 1.000 sterline, in aggiunta alla donazione di 3.550 sterline versata per promuoverne l'apertura. Cfr. D. J. Neill, *Networks in Tropical Medicine*, cit. Prima dell'inaugurazione della scuola, che precede di un anno quella di Liverpool, non esisteva un apposito programma di formazione per i medici del servizio coloniale.

⁵¹ D. M. Haynes, *Imperial medicine*, cit. Tornato dalla Cina nel 1889-90, Manson si era dedicato allo studio e alla cura dei pazienti ricoverati presso la Seamen Hospital Society ai Docks di Londra, attraverso cui aveva potuto continuare ad accedere, restando in madrepatria, a una vasta gamma di affezioni «tropicali». Come scrive Rho nel 1903, a proposito dell'ospedale: «il materiale clinico è fornito da gente d'ogni razza e colore» (F. Rho, *L'espansione italiana e gli studi di medicina tropicale. Prefazione al corso di Patologia esotica (Scuola di sanità marittima coloniale)*, in «Annali di medicina navale», I, 4 (1903), p. 402). Nel 1894 Manson inaugurava il primo corso di patologia tropicale diretto ai missionari della società e formulava l'ipotesi (già sposata da altri studiosi) che gli insetti siano possibili ospiti intermediari della malaria. Entrato in contatto con Ross, ufficiale dell'India Medical Service, ne pubblicizza le ricerche, creando le condizioni perché la malaria divenga oggetto d'interesse per un largo pubblico, scientifico e non solo.

⁵² Sullo sviluppo della medicina coloniale in Francia si veda: M. Osborne, *The Emergence of Tropical Medicine in France*, University of Chicago press, Chicago 2014.

⁵³ F. Rho, *L'espansione italiana e gli studi di medicina tropicale*, cit., p. 463.

⁵⁴ Ivi, p. 464. L'Algeria è d'altronde il primo campo di applicazione della medicina coloniale francese.

⁵⁵ A. M. Moulin, *Patriarchal science. The network of the overseas Pasteur Institutes*, in P. Petitjean, C. Jami, A.M. Moulin (dir.), *Science and Empires*, cit., pp. 307-322.

tropicale, così come era accaduto negli altri Stati europei a inizio secolo. Così, nel 1913 Luigi Messedaglia, professore di clinica medica all'Università di Padova⁵⁶, ribadiva la necessità di istituire una scuola di medicina coloniale, suggerendo come sede Tripoli appena conquistata⁵⁷; ancora nel 1924, il senatore e medico Umberto Gabbi denunciava in parlamento come, «mentre tutte le grandi e piccole nazioni coloniali hanno delle scuole speciali di malattie tropicali, nulla si sia ancora fatto in Italia e [come] manchi assolutamente una scuola per preparare buoni medici coloniali»⁵⁸; nel 1927, il malariologo Ettore Marchiafava, riteneva nuovamente opportuno insistere, di fronte ai senatori, sulla necessità di promuovere l'insegnamento universitario di patologia coloniale⁵⁹.

Nonostante le pressioni della classe medica, l'Italia verrà dotata di una scuola di medicina tropicale solo a metà degli anni venti, con l'apertura a Bologna dell'Istituto di Patologia Coloniale, fortemente voluto dal ministro delle Colonie Luigi Federzoni⁶⁰. In realtà, però, l'unica istituzione italiana comparabile, per prestigio e sostegno politico, alle esperienze straniere sarà inaugurata nel 1931 presso il Policlinico Umberto I di Roma e affidata alla direzione di Aldo Castellani. Le ragioni di questo ritardo vanno ricercate nei caratteri specifici dell'esperienza coloniale italiana e del suo avvio «fuori tempo», in anni in cui le potenze europee erano ormai impegnate nella valorizzazione e nel consolidamento dei possedimenti d'oltremare acquisiti nei decenni precedenti⁶¹.

Come scrive Nicola Labanca, «il colonialismo italiano nacque [...] per decisione diplomatica e governativa, e tale carattere avrebbe sempre conservato pur nel variare delle sue fasi storiche, delle sue articolazioni geografiche e dei regimi politici»⁶²; un espansionismo dunque in cui il peso dell'opinione pubblica, degli interessi economici, dei circoli colonialistici fu nettamente minore rispetto alla centralità assunta dalle posizioni governative. Per l'avvio e il consolidamento del colonialismo italiano, l'importanza dei mezzi di penetrazione «pacifica» (emigrazione, interessi economici) fu quindi secondaria: la conquista venne ottenuta, o almeno garantita, sempre *manu militari*. Di qui il ruolo centrale assunto dal settore militare, determinante più di ogni altra istituzione sia nel corso dell'espansione che nella fase di stabilizzazione dei territori conquistati. Non stupisce dunque che, come si vedrà, i primi studiosi di medicina coloniale vadano ricercati proprio nel corpo degli ufficiali sanitari dell'esercito e della marina.

Se poi nei decenni successivi - anni venti e trenta - le conoscenze e le ricerche sui problemi sanitari delle colonie italiane non costituiscono più un ambito di appannaggio esclusivo dei

⁵⁶ L. Bonuzzi, *Luigi Messedaglia*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 73, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 2009.

⁵⁷ Messedaglia discorda con il progetto, a lungo caldeggiato, di istituire una scuola di patologia esotica a Napoli: «a me sembra che l'istituto debba sorgere là dove [Tripoli], come ho detto, possa essere largamente fornito di quel materiale, che è necessario per le cliniche, per i laboratori, e per le cattedre, per esempio, di patologia, di entomologia, ecc. [...] Non sarebbe poi nuovo il caso di un istituto di patologia tropicale, che ha la sua sede non nella madre patria, ma in questo o in quel punto delle Colonie». Camera dei Deputati, *Atti parlamentari, Legislatura XXIII, 1° sessione, Discussioni, Tornata del 14 maggio 1913*, pp. 25351-25354.

⁵⁸ *Alla Camera*, in «La Stampa», 30/11/1924.

⁵⁹ «La Stampa», 05/04/1927.

⁶⁰ S. Fari, *Un simbolo della Modena Fascista e colonialista*, cit.

⁶¹ Cfr. N. Labanca, *Oltremare*, cit., pp. 60-62.

⁶² Ivi, p. 48.

corpi militari, ciò è dovuto in parte alla rilevanza che il regime fascista assegna al tema coloniale. La centralità che la politica coloniale assume nell'agenda del regime costituisce infatti uno dei punti di maggiore discontinuità tra governo liberale e regime fascista: «se Crispi o anche Giolitti andavano in Africa *per* dimostrare di essere una grande potenza, l'Italia africana di Mussolini vi andò *perché* riteneva di essere una grande potenza, anzi un impero»⁶³. Proprio negli anni tra le due guerre, prende avvio un processo di centralizzazione e omogeneizzazione della propaganda coloniale e i temi della conquista e civilizzazione delle terre africane si fanno quantitativamente più insistenti nel discorso pubblico, per divenire ossessivi negli anni dell'impero. Questa dimensione pubblica risulterà fondamentale, come si vedrà, per lo strutturarsi accademico della medicina tropicale e permetterà alle nozioni elaborate nell'ambito medico di circolare in spazi e contesti non strettamente scientifici.

4.3 Un nuovo “interventismo” medico: la microbiologia di fine XIX secolo.

Prima di procedere con l'analisi dello sviluppo della medicina tropicale, in Italia come nelle altre nazioni europee, è necessario soffermarsi con più attenzione sui caratteri della batteriologia inaugurata dagli studi di Pasteur e Koch, e sulle discontinuità, o pretese di discontinuità, avanzate da quest'ultima nella scienza di fine ottocento. Solo in questo modo sarà possibile comprendere la natura specifica della medicina tropicale, capire il posizionamento di tale campo di studi nel quadro delle teorie scientifiche dominanti; valutarne infine le novità e le dinamiche di ascesa nell'Europa tra XIX e XX sec.

Fin dai tempi di Ippocrate - scrive l'igienista Giuseppe Sanarelli - le impurità dell'aria si ritennero capaci di produrre epidemie e malattie; da allora in poi la questione dell'alterazione dell'atmosfera diede luogo a vivissime dispute, ogni qualvolta si volessero ricercare le cause delle malattie epidemiche. Tuttavia fino al secolo scorso, mai si pensò all'esistenza di esseri viventi nell'aria e le cause che determinavano il contagio erano piuttosto ricercate nelle esalazioni e nei miasmi⁶⁴.

Attraverso l'uso degli strumenti di laboratorio, che permettono di localizzare lo sguardo medico sull'«infinitamente piccolo» e di studiare la fisiologia dei microrganismi in un terreno di coltura, al di fuori dell'organismo umano o animale, Koch e Pasteur forniranno dimostrazione dell'esistenza dei batteri e del loro potere patogeno, sovrapponendo la nozione di infezione e contagio e trasformando quest'ultimo in una relazione biologica tra un microrganismo (specifico) e il suo ospite⁶⁵. Con gli studi di Pasteur sulla fermentazione,

⁶³ Ivi, p. 152.

⁶⁴ G. Sanarelli, *Manuale d'igiene generale e coloniale*, Barbera Editore, Firenze, 1914, p. 76.

⁶⁵ L'idea che la responsabilità delle affezioni andasse ricercata in una “impurità trasmissibile”, in un corpo esterno che contagia gli individui trasmettendosi da uomo a uomo, non era però certo nuova nella medicina occidentale. La malattia intesa come qualcosa che si “aggiunge” all'uomo, che entra nell'organismo e ne deve uscire perché l'individuo affetto possa tornare in uno stato di salute, è una concezione diffusa e duratura del male, che ha accomunato medicina scientifica e medicina popolare, sapere accademico e rappresentazioni magiche dei morbi. Già nel cinquecento il medico astronomo Girolamo Fracastoro elaborava la prima trattazione sul tema del contagio interpersonale, attribuendo a corpuscoli invisibili, più simili a particelle che ad organismi viventi, i *seminaria*, la ragione del propagarsi delle malattie. La pratica terapeutica, fondata in epoca moderna

causata non dalla morte e putrefazione di elementi naturali, secondo le idee dominanti della generazione spontanea, ma da specifici germi «viventi» - studi che il chimico francese applicherà dal 1876 alle malattie infettive degli animali e poi dell'uomo -, e con le ricerche di Koch sul ciclo agente-ospite e sui criteri di dipendenza tra agente patogeno e affezione⁶⁶, la medicina occidentale risulterà profondamente trasformata. La malattia non è più, nel quadro teorico della microbiologia, uno squilibrio, una disarmonia che caratterizza il corpo nella sua totalità, in cui le cause esterne, ambientali, si aggiungono alle cause interne, in una moltiplicazione dei livelli e fattori patologici. All'idea dinamica delle affezioni caratteristica della medicina ippocratica, la batteriologia sostituisce una concezione *ontologizzante* e *localizzata* della malattia, identificata ora con una entità, un essere, il microrganismo, che “entra” ed “esce” dal corpo umano (ora diminuito o aumentato di un “essere” ma non in disequilibrio), che può essere coltivato, isolato, classificato grazie alle tecniche di laboratorio e che costituisce la causa unica dell'affezione (causa necessaria e sufficiente)⁶⁷. La batteriologia di fine ottocento - o «microbiologia» come Pasteur la definisce nel 1881 in opposizione alla scuola tedesca di Koch - assieme alla patologia cellulare di Virchow, introdurrà infatti in medicina un discorso sulla specificità delle cause che spezza gli orientamenti aristotelici presenti nelle concezioni ippocratico-galeniche ancora dominanti nell'arte sanitaria ottocentesca. La malattia si riduce così ad un microrganismo, l'osservazione diventa eziologica e ristretta ad un fattore, su cui si concentreranno tutti gli sforzi della scienza medica⁶⁸. Se l'igiene, come scrive Koch nel 1902, può essere rappresentata come un «atteggiamento difensivo» di chi evita i rapporti con il nemico, protetto da un luogo fortificato⁶⁹, la batteriologia di fine ottocento è una strategia d'attacco, una medicina “offensiva” che dà la «caccia ai microbi», secondo una formula identificativa della nuova tecnica sanitaria, divenuta *scienza*, che avrà larga fortuna nelle rappresentazioni culturali di fine XIX e del XX sec.

L'individuazione delle cause specifiche delle malattie trasmissibili consente alla medicina un nuovo interventismo, che si traduce in una rappresentazione trionfalistica della capacità d'azione delle “moderne” tecniche batteriologiche: la specificità delle cause si accompagna infatti ad una proclamazione di efficacia del trattamento terapeutico-preventivo. Nel 1881

ancora su principi galenici, non veniva però ridefinita dalle teorizzazioni di Fracastoro, che rappresentavano un'eccezione nel quadro della dominante medicina umorale, anche se nuove ipotesi nel Seicento andavano ad aggiungersi all'idea del contagio dovuto a entità estranee, a «invasori» stranieri del corpo umano. Organismi viventi, questa volta, per il gesuita Athanasius Kircher, detti *animacula*, secondo la definizione del mercante olandese Antoni van Leeuwenhoek, che si generavano spontaneamente durante un processo di putrefazione. Cfr. A. Parodi, *Storie della medicina*, Edizioni di Comunità, Torino 2002; G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.

⁶⁶ I postulati di Henle-Klebs-Koch stabiliscono i criteri per valutare sperimentalmente la corrispondenza fra un germe e una malattia e costituiscono un metodo di studio dei batteri attraverso la loro coltura sperimentale e l'isolamento. A.M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine: histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, PUF, Paris 1991, p. 30.

⁶⁷ Per una riflessione incentrata sulle trasformazioni del concetto di causa nella medicina batteriologica si veda: B. Fantini, *L'ottocento: scienze mediche. Lo studio eziopatologico delle malattie infettive*, cit.

⁶⁸ Come scrive Anne Marie Moulin, riportando il pensiero critico di Pasteur sul ruolo generale dell'igiene: «quelle che siano le condizioni di vita, la miseria fisiologica dell'individuo, mai per la sua propria natura, mai potranno creare le malattie» (citazione tradotta). A.M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine*, cit., p. 41.

⁶⁹ La citazione del pensiero di Koch è riportata in A. Parodi, *Storie della medicina*, cit., p. 162

Pasteur elaborerà, in seguito agli studi compiuti sul colera dei polli e sul carbonchio animale che precisano il concetto di resistenza (o immunità) alla malattia, il principio “generale” della vaccinazione - l’attenuazione artificiale della virulenza dei germi che verranno inoculati nell’organismo - dando avvio ad un programma di produzione di vaccini che attraversa il mondo animale, fino a giungere all’uomo⁷⁰. Il termine «vaccinazione» è neologismo coniato dal chimico francese per richiamare l’esperienza jenneriana e legittimare la pratica inaugurata, pratica che però è ben lontana ormai dai metodi di lotta contro il vaiolo adottati tra XVIII e XIX sec.: non si tratta di immunizzare gli individui attraverso il ricorso ad una malattia dei bovini, non pericolosa per l’uomo, ma di modificare artificialmente il potere patogeno dei germi; le vaccinazioni pasteuriane non appartengono più alle misure di polizia sanitaria del XVIII e XIX sec., ma costituiscono una strategia razionale, meno invasiva e più “economica” di prevenzione dai morbi infettivi, che ben si coniuga con le esigenze di controllo degli imperi coloniali⁷¹.

In seguito al successo del metodo di attenuazione del virus rabbico elaborato da Pasteur nel 1885 si assiste infatti ad una rapida diffusione, nei territori coloniali francesi, come in madrepatria e nelle altre nazioni europee, di centri di ricerca sulle malattie infettive volti a perfezionare e promuovere il metodo della vaccinazione. Nel 1891 viene fondato a Saigon il primo Istituto Pasteur al di fuori dell’Europa, seguito dal centro di Tunisi (1893) guidato da Charles Nicolle, premio Nobel nel 1928 per le sue ricerche sul tifo petecchiale. Già a fine del XIX sec. le città di Algeri, Nha Trang in Vietnam, Antananarivo in Madagascar venivano dotate di istituti per lo studio delle malattie infettive quali rabbia, vaiolo, febbre gialla, malattia del sonno, malaria; ad anni successivi risale poi la fondazione di centri a Tangeri (1910), a Casablanca (1929) e a Dakar in Senegal (1923).

Le ragioni del travolgente successo della scienza pasteuriana sono complesse: ricercarle nella sola forza delle scoperte scientifiche di fine ottocento rischia di essere riduttivo. La scienza pasteuriana è un’ideologia, prima che una «verità scientifica», una «fede» laica basata un programma fluido ed elastico che contrappone metodi e dottrine a teorie e sistemi, che si salda all’espansione coloniale e ai contesti di applicazione «tropicale» senza sovrapporsi e confondersi interamente con le dinamiche dell’imperialismo. Come ha notato Anne Marie Moulin, la microbiologia, che trova nella rete di istituti Pasteur la sua manifestazione “concreta”, costituisce un interessante esempio di scienza legata all’imperialismo in cui la costituzione del sapere non si situa unicamente in una dimensione di dipendenza strumentale dalle esigenze della politica, ma elabora essa stessa una sua linea e una sua direzione d’azione (nonché una sua propria rappresentazione: quella di scienza moderna, di inizio e momento di origine della medicina scientifica)⁷².

Quale legame la medicina tropicale intrattiene con i concetti e gli orientamenti “espansionisti”, della batteriologia? Quali le persistenze e quali le discontinuità? Sono questi i

⁷⁰ A. M. Moulin, *L’aventure de la vaccination*, Fayard, Paris 1996; Id., *Les origine de l’immunologie et les instituts Pasteur*, s.d. Disponibile on-line su *Biusanté* (la fonte risultava consultabile fino alla data 28/07/2019).

⁷¹ A. M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine*, cit.

⁷² A. M. Moulin, *Patriarchal science. The network of the overseas Pasteur Institutes*, cit., pp. 307-322; A.M. Moulin, *Les instituts Pasteur du Maghreb: mémoires divisées, histoire transversale* in «Dynamis», XXXVI, 2 (2016), pp. 341-362.

nodi che il prossimo paragrafo prenderà in esame, attraverso l'analisi dei caratteri del paradigma proposto da Manson a fine secolo.

4.4 *Naturalizzare* la malattia, *omogeneizzare* gli spazi di conquista

Il manuale che Patrick Manson pubblica nel 1898 - *Tropical diseases. A Manual of the Diseases of Warm Climates* - si apre con la posizione di un problema e con una dichiarazione di imprecisione "scientifica": «The title which I have elected to give to this work, tropical diseases, is more convenient than accurate»⁷³. Le malattie strettamente «tropicali», dunque confinate entro lo spazio geografico compreso tra i due paralleli, sottolinea il medico inglese, sono infatti numericamente esigue: «half a dozen pages might have sufficed for their description»⁷⁴. Ma non è questo il senso attribuito da Manson all'espressione «tropical diseases». Il manuale prende infatti in esame - dichiara l'autore - tutte le malattie prevalenti nei tropici, le forme morbose cioè che si manifestano nei climi caldi e che, come egli stesso evidenzia, da sole ricoprono quasi l'intero quadro della patologia umana: «If, on the other hand, the expression "tropical diseases" be held to include all diseases occurring in the tropics, then the work would enquire to cover almost the entire range of medicine». La sua è dunque la scienza di una parte geografica del globo, di una zona terrestre in cui le condizioni "meteorologiche" sono definite tropicali: «I employ the term tropical in a meteorological rather than in a geographical sense meaning by it sustained high atmospheric temperature»⁷⁵. Ma quale senso riveste questa ripartizione "spaziale" in un'epoca in cui la batteriologia ha spazzato via ogni riferimento alle cause miasmatiche, ambientali della malattia, riducendo tutto ad una questione di germi? In che modo la scienza mansoniana si pone in relazione con le conquiste non solo tecniche, ma teoriche, della medicina all'epoca di Pasteur e Koch? Manson, nell'introdurre i contenuti del volume, precisa:

It must not be inferred from this, however, that high atmospheric temperature is the sole and direct cause of the bulk of tropical diseases. The physiological machinery of the human body is so adjusted that great variations of atmospheric temperature can be supported by man with impunity. Indeed, although temperature acts as an important pathogenic factor, it is very rarely that it does so directly. Extreme cold may cause frost-bite; exposure to the sun, sun erythema, sun headache, and symptomatic fever; a hot atmosphere, heat exhaustion; prolonged residence in hot moist climates, vague, ill defined conditions of debility [...]. But none of these states can with justice be regarded as disease⁷⁶.

Non si tratta di affidare al clima la priorità tra gli agenti patogeni, come postulato dalla medicina ippocratica: il clima - scrive Manson - può esercitare sull'organismo umano solo influenze indirette; influenze, e non patologie, da cui la «macchina fisiologica» umana,

⁷³ P. Manson, *Tropical diseases. A Manual of the Diseases of Warm Climates*, Cassel and Company, London - New York 1900, p. XV.

⁷⁴ *Ibidem*

⁷⁵ *Ibidem*

⁷⁶ *Ivi*, p. XVI.

flessibile ed adattabile, è per di più in grado di svincolarsi. La scienza moderna ha infatti ormai dimostrato, sottolinea nell'introduzione il medico scozzese, come le affezioni siano tutte, o quasi, riferibili a un germe: «Modern science has clearly shown that nearly all diseases, directly or indirectly, are caused by germs. [...] In the tropics as in temperate climates, in the European and in the native alike, nearly all disease is of specific origin»⁷⁷.

Il linguaggio utilizzato da Manson è quello della batteriologia, che associa ciascuna affezione a una sua causa specifica. La medicina che si interessa ai tropici è infatti figlia delle trasformazioni introdotte nella pratica medica dalla microbiologia di Pasteur e dagli studi di Koch, di una medicina dunque che ha nel laboratorio il centro delle sue pratiche, che individua in esseri microscopici la causa unica della malattia e che si proclama “moderna”. La scoperta di come una famiglia di organismi patogeni, i protozoi, sia responsabile di affezioni diffuse come la malaria, la leishmaniosi, la malattia del sonno - nel giro di pochi anni nuovi organismi entreranno a far parte di questa classe tassonomica, dalla *Leishmania* al *Trypanosoma*⁷⁸ - non determinerà, almeno inizialmente, un mutamento di paradigma. Nonostante la loro “grande taglia”, i protozoi saranno assimilati ai microbi (gli elminti a germi di “enormi” proporzioni) e distinti da questi ultimi per l'impossibilità di produrre un contagio diretto della malattia⁷⁹.

Se dunque con la medicina batteriologica il clima viene relegato a fattore secondario, eliminato come causa “scientifica” delle affezioni, quale statuto assume la medicina tropicale, una disciplina “particolaristica”, ancorata ad un territorio definito, nel quadro della scienza batteriologica di fine secolo? Il suo paradigma contraddittorio, «scientificamente obsoleto»⁸⁰, lontano dal costituire un semplice originario vizio di forma, rappresenta in realtà un segnale del profondo intreccio che lega scienza “moderna” e contesto storico di sviluppo - l'espansione coloniale otto-novecentesca -, un indicatore della specificità che tale disciplina offre nel quadro degli studi medici di fine XIX e inizio XX sec.

Durante la sessione inaugurale dei lavori della Epidemiological Society of London, nel 1900, Patrick Manson, nominato in quell'anno presidente della società, è chiamato ad illustrare gli sviluppi della nuova scienza. Il medico britannico apre il suo discorso con una constatazione:

⁷⁷ *Ibidem*

⁷⁸ Sono i due organismi responsabili rispettivamente della leishmaniosi e della sleeping sickness. La leishmaniosi, nelle sue diverse forme (cutanea, viscerale, mucocutanea) è una antropozoonosi causata da protozoi del genere *Leishmania*. Protozoo scoperto nel 1903 dal medico militare Leishman e, contemporaneamente, da Charles Donovan.

⁷⁹ M. Worboys, *Germ, malatia, and the invention of mansonian tropical medicine; from “diseases in the tropics” to “tropical disease”*, in D. Arnold, *Warm climates and western medicine. The emergence of tropical medicine, 1500-1900*, Rodopi, Amsterdam 1995; A. M. Moulin, *De la médecine tropicale à la santé au pluriel*, in Id., *Médecines et santé. Medical practices and health*, Paris 1996, in Waast R. (dir.), *Les Sciences Hors d'Occident au XXème Siècle*, OSTROM, Paris 1995.

⁸⁰ Per una riflessione sull'illeggittimità epistemologica della medicina tropicale cfr. H. Naraindas, *Poisons, Putrescence and the Weather. A Genealogy of the Advent of Tropical Medicine* in A.M. Moulin (dir), *Médecines et santé*, cit.

In any body of scientific man, [...] and still more in such a Society as this, it is not meet that the purview be too circumscribed - too provincial. The mental horizon of the true scientific spirit is determined neither by size, distance nor social condition⁸¹.

Le distanze, le gerarchie del senso comune non contano nello spirito scientifico di inizio secolo. Le “qualità”, che si tratti di fattori sociali o di prospettiva teorica, non possono disturbare il lavoro del medico: nessun ostacolo deve frapporsi alla visione pura, matematica, egualmente ripartita, che la medicina ha ormai fatto propria, dalla fisiologia sperimentale di Claude Bernard⁸².

To the scientific mind - continua Manson - the infinitely minute bacterium is just as important as the gigantic elephant, a thing thousands of miles away as important as one close at hand, a bird or a beast as man, a naked savage as a European potentate. And so should it be as regards disease. [...] Theoretically this has been recognised since medicine first pretended to be scientific; practically, its recognition is of recent date⁸³.

Tutti gli elementi della società (fatta *natura*) hanno dunque pari livello nello sguardo medico e devono essere considerati con lo stesso peso. Secondo una visione “moderna” dei compiti dello studioso - in cui la medicina è divenuta *scienza* e l’orizzonte di sperimentazione il mondo -, l’osservazione si posa su tutti gli oggetti viventi (uomini, animali, organismi semplici o complessi, europei o indigeni che siano) attribuendogli un medesimo grado di interesse, indipendentemente dalla provenienza geografica, dallo statuto sociale e “scientifico” di cui godono.

In questa visione - in cui discorso coloniale e missione universalistica della batteriologia di fine secolo si saldano insieme - l’uomo è divenuto parte integrante del mondo *animale*, ed è nell’interazione tra uomo e ambiente zoologico che vanno ricercate le cause delle affezioni. Una trasformazione già iniziata con la nascita della storia naturale settecentesca, che ora giunge al pensiero epidemiologico indirizzato, con la batteriologia, alla ricerca della causa unica delle infezioni: anche sul piano della malattia, e soprattutto della circolazione delle malattie, l’umanità è ormai inserita all’intero nel mondo della natura.

In quite recent years tropical pathology, and I would join to it comparative pathology, have begun to exercise a powerful influence on general pathology; they have supplied the latter with new facts, and with what is sometime important as facts, new ideas. They have shown that in their disease man and beast have much in common. They have demonstrated that in the hitherto almost unsuspected fact the insects, and other organism far lower in the scale, are important and, in some instances, essential agents in the diffusion of disease⁸⁴.

Nelle lezioni che Manson terrà negli Stati Uniti (San Francisco) a inizio novecento, sono la fauna, la flora, non la struttura ed il funzionamento del corpo umano, né le sue reazioni alla patologia, ad interessare il tropicalista. La malattia, in tale concezione, non si sovrappone al corpo, non è semplicemente localizzata in un germe, ma in un “complesso” che si situa dentro

⁸¹ P. Manson, *Some problems in tropical epidemiology (Read November 16th 1900)*, Bedford Press, London 1901, p. 3.

⁸² Per una riflessione sul ruolo di Claude Bernard nella costituzione della medicina come scienza positiva si veda G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit.

⁸³ P. Manson, *Some problems in tropical epidemiology*, cit., pp. 3-4.

⁸⁴ Ivi, p. 4.

e fuori l'organismo umano - *declassato* a semplice elemento della natura - in un gioco di interazioni fra parassita, ospiti intermediari e ospiti definitivi. Come scriverà in anni successivi Hervé Harant, considerato uno dei più noti autori del concetto di «ecologia medica», compito del parassitologo è sbrogliare il nodo costituito dai complessi patogeni - nozione formulata nell'ambito della geografia medica di Maximilien Sorre - alla ricerca dei vari attori che hanno contribuito alla formazione della malattia, collocando ciascun di essi all'interno del proprio ambiente biologico⁸⁵.

Patrick Manson si colloca però lontano da queste visioni di ecologia medica: il mondo tropicale, un mondo che si sovrappone integralmente allo spazio colonizzato, è un “oggetto di dominio” più che di conoscenza e lo sviluppo degli studi sulle patologie «esotiche» un prodotto legato alle dinamiche dell'imperialismo. La sua attenzione per gli aspetti biologici degli agenti responsabili delle malattie (organismi viventi e non solo oggetti di un'osservazione *in vitro*), dotati ciascuno di un proprio *ambiente*, di un proprio spazio di vita - una concezione mutuata dalla parassitologia -, lo condurrà a concentrare l'analisi sul problema della distribuzione geografica delle malattie, tema costantemente presente nelle sue pubblicazioni - e dunque sul ruolo che il clima continua a rivestire nel sorgere e diffondersi delle affezioni.

«Germs are organised and living beings - scrive nel manuale del 1898 - and, like all living things, demand certain physical conditions for their well being. One of these conditions is a certain temperature; another a is certain media, and another is certain opportunities»⁸⁶. In alcuni ambienti, sottolinea il medico, il germe cresce rigogliosamente, in altri no, soccombe, come accade a una palma o un uccello tropicale trasportato in un clima temperato. Guardando alle modalità di trasmissione degli agenti patogeni, Manson segnala una differenza: mentre i microbi non conoscono barriere climatiche avendo l'uomo come ospite, che fornisce loro un ambiente “protetto” da quello esterno, climatico, i parassiti patogeni invece sono soggetti alle condizioni esercitate dalla temperatura, richiedendo spesso l'intervento di organismi animali intermediari.

La distribuzione delle malattie parassitarie dipende perciò dalla distribuzione dei rispettivi ospiti intermedi, quando la trasmissione li richiede. Ugualmente accade - evidenzia il medico scozzese - quando l'affezione è una antro-po-zoonosi, o quando l'agente patogeno completa il suo ciclo vitale in ambienti esterni, oltre all'uomo e agli animali che lo ospitano, come nel caso dell'anchilostomiasi⁸⁷. Il clima è dunque concepito da Manson come possibilità

⁸⁵ H. Harant, *Cinquante ans de parasitologie de la langue française. Conférence inaugurale du Colloque de Parasitologie de Montpellier en 1967*, in «Annales de Parasitologie Humaine et Comparée», 43 (1968), pp. 105-115; Id. *Les épidémies*, PUF, Paris 1953; P. O. Méthot, “*Birth, Life, and Death of Infectious Diseases*”: Charles Nicolle (1966-1936) and the Invention of Medical Ecology in France, in «History and Philosophy of the Life Sciences», 41, 2 (2019); D. Simon, *Quand un concept écologique fait date. L'invention du “complexe pathogène” en géographie*, in «Revue d'histoire des sciences humaines», 28 (2016), pp. 253-272.

⁸⁶ P. Manson, *Tropical diseases*, cit., p. XVI.

⁸⁷ [...] «Certain diseases are common to man and lower animals. If these latter happen to be tropical species the opportunities for man to contact the common disease are most frequent, or are only found, in the tropics [...]. Certain parasites are so organised that before re-entering man they must pass a part of their lives as free organisms in the outer world, where they require a relatively high temperature for their development. Such parasites, therefore, and the disease they give rise to, must necessarily be tropical or sub-tropical. The *Annkylostomum duodenale* and *anckylostomiasi* is an instance in point». Ivi, p. XVIII.

d'ambiente, possibilità di *vita* degli agenti responsabili delle malattie. La priorità assegnata alla temperatura atmosferica come fattore determinante per il sorgere delle forme morbose è passata ora alle interazioni fra mondo zoologico:

In these and similar ways the peculiar distribution of tropical diseases is regulated. The more we learn about these diseases the less important in its bearing on their geographical distribution, and as a direct pathogenic agency, becomes the role of temperature *per sé*, and the more the influence of the tropical fauna⁸⁸.

L'importanza attribuita alla fauna nel quadro delle teorie patologiche apre inoltre la possibilità al medico britannico di ipotizzare, con echi di darwinismo, come la spiegazione della distribuzione delle malattie vada ricercata nei fattori di concorrenza fra gli esseri viventi: non solo dunque nelle condizioni di *possibilità* dei germi all'interno di un determinato ambiente, ma anche nei fattori favorevoli e *sfavorevoli* per il loro sviluppo⁸⁹.

Tutto ciò comporta un aggiornamento dei compiti del medico che deve essere, prima di tutto, uno zoologo, un biologo, un elmintologo, in definitiva un naturalista: «It is evident [...] that the student of medicine must be a naturalist before he can hope to become a scientific epidemiologist, or pathologist, or a capable practitioner»⁹⁰. In questa antecedenza delle scienze naturali, la scienza mansoniana si configura come una batteriologia calata nello spazio, uno spazio *zoologico*, biologico, più che *umano*. Il rapporto tra ambiente e malattia, tipico della tradizione ippocratica, che assegnava ai fattori atmosferici grande rilevanza per lo studio delle affezioni, è riscritto attraverso una prospettiva che vede nell'ambiente non tanto il prodotto di elementi meteorologico-geografici, ma l'effetto delle relazioni tra organismi viventi⁹¹. Come sottolineerà negli anni trenta, Theobald Smith, autore insieme a Frederick L. Kilbourne della scoperta, nel 1889, del protozoo responsabile della febbre del Texas:

Sanitarians looked to the variations in atmospheric moisture and temperature, the rise and fall of the water in subsoil, great fluctuations in temperatures, as favoring causes of epidemics. Today we are inclined to narrow them down to the human and animal world, their intercourse, migrations, the continual fluctuations in habits and modes of life, but especially in the increasing susceptibility of populations during the disease-free periods⁹².

⁸⁸ Ivi, p. XIX.

⁸⁹ Sul rapporto tra pensiero darwiniano e concezioni mediche si veda P. O. Méthot, *Darwin, evolution and medicine: Historical and contemporary perspectives*, in T. Heams, P. Huneman, G. Lecointre, M. Silberstein (dir.), *Handbook of Evolutionary Thinking in the Sciences*, Springer, Heidelberg-New York-London 2015, pp. 587-617.

⁹⁰ P. Manson, *Tropical diseases*, cit., p. XX. Shang-Jen Li ha messo in evidenza l'importanza che la formazione nelle scienze naturali ha avuto nella formulazione delle teorie del medico scozzese, non problematizzando però la nozione di «storia naturale»: S. J. Li, *Natural History Of Parasitic Disease: Patrick Manson's Philosophical Method*, in «Isis», 93, 2 (2002), pp. 206-228. Bernardino Fantini, nell'introduzione al volume di Battista Grassi, sottolinea la centralità sempre più forte assunta dalla zoologia nella medicina, tanto da dar vita, in Francia, ad una cattedra di zoologia medica. Cfr. B. Fantini, *Introduzione*, in B. Grassi, *Studi di uno zoologo sulla malaria*, Giunti, Firenze 1998.

⁹¹ Sull'emergere della nozione di ambiente in senso biologico, attraverso le mediazioni di Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Darwin, si veda il contributo di Georges Canguilhem, attento all'apporto della geografia di Ritter e Humboldt, G. Canguilhem, *L'essere vivente e il suo ambiente*, Id. *La conoscenza della vita*, Il Mulino 1976.

⁹² Citazione tratta da W. Anderson, *Natural histories of infectious disease*, cit., p. 45. L'opera di Smith da cui è tratto il passo è T. Smith, *Parasitism and Disease*, Princeton 1934, p. 162.

La medicina tropicale finirà dunque per ancorare nuovamente la malattia al territorio, contraddicendo i principi di universalismo proclamati dalla scienza di Pasteur e di Koch (l'identificazione cioè di una legge valida per tutti mali, indipendentemente dal tempo e dallo spazio, al di fuori di dimensioni "qualitative"). Le parentele con la tradizione prebatterologica interessata alle patologie prevalenti nei «climi caldi», non saranno in questo senso poche. La costituzione di saperi medici sui territori dell'espansione coloniale europea non è infatti una questione della sola epoca contemporanea⁹³.

Già dalla seconda metà del XVIII sec. nel mondo anglosassone la letteratura sui «tropical diseases» costituiva una varietà specifica degli studi medici⁹⁴, a cui si aggiungevano numerose topografie mediche prodotte sulle regioni e sulle città dell'India Britannica da inizio ottocento⁹⁵. Negli stessi decenni in Francia e in Germania si stava inoltre delineando un settore di studi sulle malattie dei «pays chauds», fortemente intrecciato con il più complesso quadro della geografia medica, disciplina radicata nella tradizione ippocratica e che nel corso del XIX sec., in connessione con le trasformazioni dei saperi geografici, con l'avvio delle spedizioni coloniali, e sotto la spinta delle preoccupazioni crescenti per gli effetti dell'industrializzazione⁹⁶, conoscerà una vera e propria espansione⁹⁷.

Una continuità segnalata anche dalla voce «Patologia tropicale» dell'Enciclopedia Treccani, scritta nel 1937 da Aldo Castellani e Filippo Rho, due delle maggiori figure della medicina coloniale italiana, i quali proiettano all'indietro, risalendo all'epoca moderna, le origini (prescientifiche) della disciplina, fornendo uno spazio storico di legittimazione alla corrente di studi coloniali nata nei decenni precedenti. L'interesse per le malattie delle regioni torride, sottolineano infatti i due igienisti, si era già sviluppato con la conquista delle americhe e l'avvio del commercio "globale":

⁹³ Per un'impostazione attenta alle continuità e discontinuità si veda D. Arnold, *Warm climates and western medicine*, cit. Per una trattazione di lunga durata della medicina rivolta ai tropici: P. Chakrabarti, *Medicine and empire, 1600-1960*, Palgrave, London 2014. M. Harrison, *Medicine in an age of commerce and empire. Britain and its tropical colonies, 1660-1830*, Oxford University Press, Oxford 2010.

⁹⁴ H. Naraindas, *Poisons, Putrescence and the Weather*, cit. Michael Worboys segnala come il primo volume in inglese dedicato alle malattie nei "tropici" risalga alla fine del cinquecento e si concentri sulle regioni del centro america (George Wateson, *The Cures of the diseases in remote regions preventing the mortality incident in Forraine attempts of the English Nation*, 1598). Ma il lavoro "inaugurale" della corrente di studi è quello di James Lind, medico scozzese, il primo a riconoscere sperimentalmente l'importanza della dieta nella cura dello scorbuto, autore nel 1768 dell'opera *Essay on diseases incident of european in hot climates*, ristampata numerose volte, fino al 1808. Per la formazione dei chirurghi operanti in territori extraeuropei, la East India Company, che inizia il suo servizio medico nel 1764, aprirà i primi corsi sulle affezioni dei climi caldi tra 1809 e 1819. M. Worboys, *The emergence of tropical medicine*, cit.

⁹⁵ M. Harrison, "Differences of Degree": *Representations of India in British Medical Topography, 1820 -1870*, in «Medical History in Historical Perspective», XL, S20 (2000), pp. 51-69.

⁹⁶ H. Naraindas, *Poisons, Putrescence and the Weather*, cit.; per una riflessione sul contributo dei medici militari, in primo luogo sulle patologie dell'Algeria, tappa obbligata del loro percorso formativo si veda C. Fredj, *Du local au global*, cit.

⁹⁷ Su geografia e topografia medica si veda M. D. Grmek, *Géographie médicale et histoire des civilisations*, in «Annales. Economies, sociétés, civilisations», XVIII, 6 (1963), pp. 1071-1097; H. Picheral, *Géographie médicale, géographie des maladies, géographie de la santé*, in «Espace géographique», XI, 3 (1982), pp. 161-175; H. Moussy, *Le regard des médecins topographes sur l'Algérie coloniale* in «Revue européenne des migrations internationales» XXXI, 3-4 (2015), pp. 231-51; M. A. Osborne, *The geographical imperative in nineteenth-century French medicine*, in «Medical History - Supplement n. 20», 20 (2000), pp. 31-50.

Dopo che nell'ultima decade del sec. XV i Portoghesi, girando il Capo di Buona Speranza, fecero conoscere la via che conduceva alle Indie orientali e Cristoforo Colombo ebbe scoperto l'America, genti europee cominciarono su sempre più larga scala a commerciare con paesi tropicali e a stabilirsi in quelle regioni. Sbocciò allora una curiosa letteratura che era un misto di notizie geografiche, zoologiche, botaniche, etnografiche e mediche. [...] Tali sono le opere di G. H. Oviedo, G. da Orta, P. Alpini, J. de Bondt (Bontius), W. Piso, A. Cleyer, H. Sloane, E. Kaempfer.

Dopo i prodromi “pittoreschi”, si aggiungono nuovi lavori:

Vennero poi le opere di pura patologia esotica: un trattato completo per i suoi tempi è già quello di J. Lind (1768) che ebbe numerose edizioni; seguono quelli di J. Clark, del cremonese N. Fontana, di J. Hunter, di R. Thomas, per tacere di altri minori. Sono libri sintetici di osservazioni e studi puramente clinici; e tali rimangono ancora, benché con vedute sempre più vaste, i trattati posteriori di P. Campet, J. Johnson, C. Chisholm, M. Hasper, J.-P.-F. Thévenot, F. Pruner-Bey, A. F. Dutroulau, L.-J.-B. Béranger-Féraud, J. Fayrer, A. M. Corre, che vanno fin verso il 1890⁹⁸.

Che si tratti di opere di «patologia geografica» o di topografia medica (distinte fra loro per la scala regionale o globale della riflessione) rivolte allo studio dei paesi caldi e «tropicali», come del territorio metropolitano, sono le caratteristiche dell'ambiente - clima, natura del suolo, acque, ecc. - a costituire l'oggetto d'interesse, il “luogo” in cui rintracciare le cause (multiple) della malattia. I territori presi in esame - europei ed extraeuropei - vengono così ripartiti, divisi in zone circoscritte in base alla loro climatologia, confrontati e comparati secondo i tassi di morbilità e mortalità della popolazione residente (di cui si esaminano le abitudini dietetiche, sociali, ecc.). È la malattia colta nella sua dimensione “territoriale”, lo studio dell'uomo calato nello spazio, che implica l'utilizzo di mappe “patologiche” a fianco a quelle geologiche e geografiche.

Questa impostazione rimarrà fortemente presente all'interno della medicina tropicale seppur, come si legge nella voce dell'enciclopedia Treccani, gli avanzamenti della microbiologia e della parassitologia finiranno per riconfigurare profondamente il sapere sulle regioni coloniali⁹⁹.

Con l'elaborazione del modello vettore-parassita, che si afferma e consolida solo dopo la scoperta delle modalità di trasmissione della malaria, si effettua dunque un passaggio concettuale: dalle malattie *nei* tropici, parte di una più generale scomposizione del mondo in ambienti patogeni (più o meno salubri), si giunge alle malattie *dei* tropici¹⁰⁰, regolate da uno specifico paradigma che si esercita sullo spazio dei domini coloniali, colti come un insieme

⁹⁸ A. Castellani, F. Rho, *Patologia Tropicale*, in *Enciclopedia Italiana*, vol. XXXIII, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 1937.

⁹⁹ «Frattanto le scoperte dei parassiti malarici (C.-L.-A. Laveran) e di altri protozoi patogeni, quelle di P. Manson circa la periodicità della *Microfilaria nocturna* (parassita del sangue) e il suo ciclo evolutivo nel *Culex fatigans*, zanzara propagatrice (J. Linnean Soc., 1879, XIV, p. 30), quelle di Finlay y de Barres sulla trasmissione della febbre gialla a mezzo della *Stegomyia fasciata* (1881), aprono nuovi orizzonti agli investigatori. Siffatte conquiste, insieme con quelle dell'anatomia patologica, della batteriologia e della parassitologia, ecc., cominciano a farsi sentire nel pregevole trattato di L.-F.A. Kelsch e Kiener (1889), in una prima opera collettiva di specialisti (A. Davidson) e più ancora nei manuali, apparsi quasi contemporaneamente, di H. B. Scheube, F. Rho, P. Manson (1896-97-98), ai quali tengono dietro quelli dei francesi Brault, F. Le-Dantec». A. Castellani, F. Rho, *Patologia Tropicale*, cit.

¹⁰⁰ M. Worboys, *The emergence of tropical medicine*, cit.

scientificamente *omogeneo*. Si tratta inoltre di un ambiente mutato, “zoologico” più che geografico, nonché di una disciplina che rivendica un nuovo statuto e una nuova forza, meno descrittiva e più operativa, sostenuta dalla scienza batteriologica e dalla centralità che la dimensione coloniale ha ottenuto nelle dinamiche europee tra fine ottocento e inizio novecento. Il suo è un paradigma instabile, oltreché contraddittorio - come ha notato Anne Marie Moulin - orientato verso una visione ambientale della malattia, ma egemonizzato dagli indirizzi d’azione della microbiologia, con cui condivide la convinzione trionfalistica di poter risolvere, grazie alla potenza della sola tecnica medica occidentale i mali dell’umanità¹⁰¹.

Nonostante i precursori di un approccio ecologico alla malattia si possano rintracciare già nell’ambito della parassitologia di prima metà del XX sec.¹⁰², la medicina tropicale non sarà dunque in grado di produrre una visione pienamente ambientale della malattia: gli aspetti ecologici delle affezioni diverranno centrali, nello studio medico, non prima degli anni ottanta del novecento¹⁰³. Il clima riappare dunque, nella medicina tropicale, come strumento funzionale alla rappresentazione della scienza europea nell’era degli imperialismi, come fattore politico che permette di evidenziare il potere trasformativo dell’occidente nei confronti dei territori assoggettati.

4.5 Il caso italiano: medicina navale ed emigrazione

Durante la presentazione del corso di patologia esotica inaugurato nel 1903 alla Scuola di sanità marittima di Napoli, Filippo Rho, ufficiale medico della marina, ripercorre gli avanzamenti della scienza medica italiana nel campo della patologia tropicale: «Sarebbe interessante fare una rivista del contributo scientifico portato dalle singole nazioni a[gli] studi [di medicina coloniale]»¹⁰⁴. Gli apporti maggiori, sottolinea l’ufficiale medico, provengono dalle nazioni che «nel passato hanno posseduto e nel presente posseggono i più grandi imperi coloniali». Ma, continua il medico militare, «per la scienza italiana è ragione di legittimo orgoglio il constatare che il contributo nostro è pure ragguardevole. [...]». Tra le prime glorie nazionali, segnala Rho, c’è la Scuola romana di malariologia:

Uno dei principali flagelli dei tropici è la malaria, la quale vi domina perennemente tutto l’anno, specialmente nelle forme più gravi, identiche a quelle estivo-autunnali delle nostre provincie meridionali. Senza uscire di casa gli italiani avevano dunque l’opportunità di studiare a fondo questa infezione e famosi son rimasti tutti gli studi clinici e terapeutici delle nostre scuole [...]. Questi lavori hanno reso famosa la scuola di Roma a cui accorrono scienziati stranieri per studiarvi la struttura e l’evoluzione del parassita malarico e le forme cliniche che suscitano

¹⁰¹ A. M. Moulin, *De la médecine tropicale à la santé au pluriel*, cit.

¹⁰² W. Anderson, *Natural histories of infectious disease: ecological vision in twentieth-century biomedical science*, in «Osiris» 19 (2004), pp. 39-61.

¹⁰³ P. O. Méthot, B. Fantini, *Medicine and Ecology: Historical and Critical Perspectives on the Concept of ‘Emerging Disease’*, in A. La Vergata, G. Artigas-Menant, J. J. Boersema (dir.), *Nature, environnement et qualité de la vie*, in «Archives Internationales d’Histoire des Sciences», 64 (2014), pp. 213-230.

¹⁰⁴ F. Rho, *L’espansione italiana e gli studi di medicina tropicale. Prefazione al corso di Patologia esotica (Scuola di sanità marittima coloniale)*, cit., pp. 397.

nell'uomo¹⁰⁵.

Agli studi dei malariologi italiani¹⁰⁶, Rho aggiunge però ulteriori ricerche rivolte ai «tropici» (e non solo), in un elenco diretto a legittimare come “tradizione” il campo di studi emergente; il medico della marina si riferisce ai lavori di metà ottocento sull'anchilostomiasi - malattia diffusa nei climi caldi come in quelli temperati - «gran parte frutto di lavoro italiano a cominciare dalla scoperta del parassita fatta dal Dubini»¹⁰⁷ - alle opere di elmintologia e patologia esotica di Prospero Sonsino¹⁰⁸, alle conoscenze accumulate dagli studiosi nazionali sulla febbre di Malta o febbre Mediterranea, declinata anche come «febbre di Napoli», che ben presto rientrerà nel quadro dei morbi tropicali. A questi studi seguono i lavori condotti in Uruguay e in Brasile da Giuseppe Sanarelli sulla febbre gialla, una delle affezioni tropicali per eccellenza, che l'igienista ritiene causata dal *bacillus icteroides*¹⁰⁹; le ricerche di Achille Breda sulla framboesia, esaminata «sui coloni reduci dal Brasile»¹¹⁰, i contributi sul micetoma o piede di Madura, diffuso in America Latina e in Africa. Infine le spedizioni scientifiche nei territori coloniali: quelle di Alessandro Lustig, docente di patologia generale all'Università di Firenze, in India per uno studio sulla vaccinazione e la pratica sieroterapica contro la peste¹¹¹ e la campagna scientifica condotta in Egitto a fine secolo da Walter Kruse, direttore della sezione di batteriologia della stazione zoologica di Napoli, assieme al medico della marina

¹⁰⁵ Ivi, pp. 338-399

¹⁰⁶ In realtà, l'atteggiamento dei più noti malariologi rispetto all'espansione d'oltremare non era uniforme; alcuni si troveranno su posizioni nettamente critiche: Grassi e Celli, a inizio novecento, denunciando le condizioni di miseria sociale delle masse rurali colpite dalla malaria si ponevano in polemica con le velleità di dominio dell'Italia liberale, che distraevano le energie politiche dalla riforma dei territori malarici della stessa penisola (il dissenso però muterà, nel caso di Celli, in anni successivi). In uno scritto di denuncia delle condizioni di vita dei contadini dell'Agro Romano Celli scrive: «I nostri “nazionalisti” avean troppo da pensare a civilizzar l'Abissinia di Africa per aver tempo di udire queste invettive sull'Abissinia di Roma» A. Celli, *Come vive il campagnolo nell'agro romano: note ed appunti illustrati con fotografie*, Società editrice nazionale, Roma 1900, p. 15; B. Grassi, *Studi di uno zoologo sulla malaria*, cit.

¹⁰⁷ In Europa l'anchilostomiasi è considerata la malattia per eccellenza dei minatori.

¹⁰⁸ P. Sonsino, *Sul colera in Cairo d'Egitto nell'anno 1883*, Tip. Vannucchi, Pisa 1884; Id., *Del clima e delle malattie di Massaua. Lettera al dott. G. Faralli*, Tip. Cooperativa, Firenze 1886; Id., *Entozoi di camaleonte e di anfibi, raccolti nel Sud della Tunisia*, Tip. T. Nistri e Co., Pisa 1894.

¹⁰⁹ Giuseppe Sanarelli (1864-1940), allievo di Camillo Golgi, si forma all'Istituto Pasteur di Parigi; insegna igiene a Siena (1895), a Montevideo in Uruguay (1895-1898), a Bologna (1898), a Roma (1915) ed è rettore dell'Università di Roma nell'anno 1922-1923; dirige la rivista «Annali d'Igiene» dal 1915; è sottosegretario al Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio nel III governo Giolitti (dal giugno 1906 al dicembre 1909) e nel 1920 viene nominato senatore. D. Cozzoli, *Giuseppe Sanarelli*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 90, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma 2017.

¹¹⁰ Queste le opere del medico: A. Breda, *Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der brasilianischen Framboesie oder Boubas*, in «Archiv. für Dermatologie und Syphilis», 1895, Id., *Manuale pratico di malattie veneree e sifilitiche*, A. Draghi, Padova 1887; Id., *Manual práctico de enfermedades venéreas y sifilíticas. Versión española de la última edición del Dr. M. Carreras Sanchis*, G. Pedraza, Madrid 1889

¹¹¹ A. Lustig, *Risultati delle ricerche fatte in India sulla vaccinazione preventiva contro la peste bubbonica e sulla sieroterapia*, in «Atti della R. Accademia dei Lincei», VI, 5 (1897), pp. 232-239; G. Galeotti, *Il Laboratorio Municipale di Bombay per la preparazione del siero contro la peste bubbonica. Relazione*, Tip. Lit. Biagini, Pistoia 1899; A. Lustig, *Alcuni appunti sull'uso del siero contro la peste bubbonica*, in «Rivista d'igiene e sanità pubblica», 10 (1899), pp. 105-112; Id., *Un documento ufficiale e recente sui risultati ottenuti a Bombay*, ibid., pp. 495-498; Id., *Poche parole intorno al nostro metodo di vaccinazione contro la peste bubbonica*, ibid., 11 (1900), pp. 120-122; Id., *Note e statistiche nel trattamento profilattico e curativo della peste bubbonica in India*, in «Lo Sperimentale», LIV (1900), pp. 511-520.

Alessandro Pasquale¹¹².

Questo quadro delinea già alcuni tratti tipici della medicina tropicale italiana, una disciplina in cui lo studio delle malattie “nazionali” si confonde spesso con quello delle patologie “coloniali”, e le ricerche di geografia medica si sovrappongono a quelle sulla salute degli emigrati italiani nel continente americano e in Nord Africa; un settore di studi che si forma dall’apporto della parassitologia, dalle ricerche della nuova scienza batteriologica, ma anche attraverso gli studi “periferici” dei medici militari, dell’esercito o della marina.

I nostri corpi sanitari militari - continua Rho - e specialmente quello della R. Marina più direttamente interessato, non rimasero estranei a tutto questo movimento; ne sono una prova le ricerche batteriologiche ed ematologiche sul colera e sulle febbri di Massaua fatte dal Pasquale gli studi climatologici di Petella, le numerose note cliniche di molti ufficiali medici dell’Esercito e della Marina, il volume sulla patologia di Massaua edito a cura della Direzione del Servizio sanitario della R. Marina, le numerose memorie originali di patologia esotica, le riviste e le note di geografia medica che vanno pubblicando gli Annali di Medicina Navale¹¹³.

Tra otto e novecento, il corpo medico della marina risulta infatti determinante, assieme alla Scuola romana di malariologia, per lo sviluppo della medicina tropicale in Italia. A partire dagli anni ottanta del XIX sec., e dunque dall’avvio delle prime spedizioni coloniali, è la marina ad offrire uomini e spazi per la ricerca sulle malattie presenti nei territori conquistati. *Contribuzione allo studio delle piressie più comuni a Massaua* (1886), *Nota preventiva sulle febbri di Massaua. Studi e ricerche* (1889), *Ricerche batteriologiche sul colera a Massaua e considerazioni igieniche* (1891), *Massaua. Clima e malattie* (1894): sono questi alcuni dei primi studi di patologia coloniale pubblicati in Italia, tutti ad opera degli ufficiali medici Filippo Rho e Alessandro Pasquale, a cui verranno inoltre affidati i primi corsi per l’insegnamento della materia presso l’università di Napoli¹¹⁴.

Rientrato in Italia dopo le ricerche compiute a bordo della nave Caracciolo (1881-1884), Filippo Rho si farà promotore del nuovo settore di studi in espansione; nel 1896 dà alle stampe il primo manuale italiano di medicina coloniale, *Malattie predominanti dei paesi caldi e temperati*, elaborato in vista di un concorso bandito dall’Ispettorato di sanità militare¹¹⁵. Il volume precede di qualche anno il già citato manuale di Patrick Manson, edito nel 1898, e nel titolo non riporta il termine «tropicale», secondo una dicitura che diverrà egemonica a partire dall’opera del medico inglese. Questa differenza terminologica costituisce un indicatore significativo della transizione in corso in quegli anni nel campo delle scienze mediche. Con il lavoro di Manson la definizione «malattie dei paesi caldi» passerà in secondo piano: la

¹¹² La spedizione è preparata nel 1891, grazie alla mediazione del medico italiano delegato al Consiglio quarantenario internazionale d’Alessandria. Nel 1892 Kruse e Pasquale partono per l’Egitto dove sarà loro messo a disposizione il laboratorio dell’ospedale greco. A. Pasquale, *Spedizione scientifica Kruse-Pasquale per lo studio della dissenteria e dell’ascenso epatico in Egitto*, in «Giornale Medico del R. Esercito», (1893); A. Pasquale, *Expédition scientifique Kruse-Pasquale pour l’étude de la dysenterie et de l’abcès du foie en Égypte*, «Archives de médecine navale et coloniale», 62 (1894).

¹¹³ F. Rho, *L’espansione italiana e gli studi di medicina tropicale*. cit., p. 401.

¹¹⁴ Ivi, pp. 466-67. F. Rho, *Contribuzione allo studio delle piressie più comuni a Massaua*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 12 (1886), pp. 1439-1458; A. Pasquale, *Nota preventiva sulle febbri di Massaua*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 5-6 (1889); A. Pasquale, *Studio etiologico e clinico delle malattie febbrili più comuni a Massaua*, in «Giornale Medico del R. Esercito e della R. marina», 11-12 (1891); Id., *Ricerche batteriologiche e considerazioni igieniche sul colera a Massaua*, (1891).

¹¹⁵ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, Rosemberg & Sellier, Torino 1896, p. 3.

relazione di dipendenza che la medicina ipocratica aveva instaurato tra clima, territorio e malattie verrà spazzata via dalla centralità del modello vettore-agente patogeno. L'Italia continuerà però ad essere influenzata dalla dicitura francese, «patologia esotica» e «medicina coloniale», almeno fino alla guerra di Libia quando si inizierà a parlare con più frequenza, sia nel linguaggio accademico che in quello della stampa, di «malattie tropicali».

I primi contributi sulle patologie d'oltremare sono riuniti nella rivista «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», in cui lavori di medici della marina, inviati nei possedimenti Assab e Massaua, si affiancano a quelli degli ufficiali sanitari dell'esercito, giunti in colonia a seguito della «prima guerra d'Africa»¹¹⁶. L'edizione, a partire dal 1895, degli «Annali di medicina navale» offre un nuovo spazio editoriale al nascente settore d'indagine: il periodico del Ministero della marina costituisce infatti il polo attorno al quale si riuniranno i primi studiosi italiani interessati alla medicina tropicale, proseguendo il lavoro del giornale del corpo sanitario dell'esercito che, nel primo decennio del nuovo secolo, dedicherà sempre meno spazio a resoconti provenienti dalle colonie¹¹⁷. Dal 1898 gli «Annali di medicina navale» ospitano una sezione riservata ai lavori esteri ed italiani di «patologia esotica, parassitologia e igiene coloniale», che costituisce un vero e proprio serbatoio di conoscenze circolanti in Europa e nei territori dell'espansione d'oltremare¹¹⁸.

Con la pubblicazione della rivista, l'attenzione per le «patologie tropicali» si fa più sistematica ma non per questo sempre orientata allo studio dei territori di conquista: frequenti, nelle pagine del periodico, sono i contributi che esaminano i caratteri sanitari di nazioni meta di missioni militari o di sbarco per gli italiani espatriati. Medici a bordo dei piroscafi destinati alle tratte transoceaniche registrano infatti, seguendo le disposizioni della normativa sull'emigrazione del 1897¹¹⁹, dati e osservazioni sulla morbilità dei passeggeri, ma anche impressioni raccolte sulla patologia dominante dei territori di sbarco e sui metodi profilattici

¹¹⁶ Il periodico è pubblicato dall'Ispettorato di sanità militare dal 1851 con il nome di «Giornale di medicina militare», che riprenderà dopo il 1908.

¹¹⁷ Tra 1900 e 1910 appaiono solo pochi studi di «patologia esotica» sulla rivista (di memorie originali solo la relazione del capitano medico Edmondo Trombetta, *Il tracoma in Egitto*, al Congresso medico internazionale tenutosi al Cairo del 1902, nel fascicolo 3-4-5 del 1902), quando invece a fine ottocento, il periodico ospiterà numerosi lavori sugli aspetti sanitari della campagna di Adua. Questi i contributi apparsi sul «Giornale medico del R. Esercito»: G. Alvaro, *I vantaggi pratici della scoperta di Rotgen in chirurgia (determinazione diagnostica nella ricerca dei proiettili sopra i soldati feriti provenienti dall'Africa)*, 5 (1896); Mosci, *Relazione sull'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario durante la campagna d'Africa 1895-96*, 9 (1896); L. Ferrero di Cavallerleone, *Relazione sui mutilati curati nelle infermerie di Asmara e di Cheren*, 10 (1896); G. Alvaro, *Relazione sui malati e feriti provenienti dai presidi d'Africa curati all'ospedale militare di Napoli*, 12 (1896).

¹¹⁸ «Annali di Medicina Navale», 2 (1898).

¹¹⁹ R. D. 20 maggio 1897, n. 178, *Approvazione del regolamento che stabilisce le condizioni speciali richieste nelle navi addette al trasporto dei passeggeri*, Titolo II, *Igiene di Bordo - Servizio Sanitario*. I medici di bordo avranno spesso funzione di Commissario civile, figura predisposta, per i viaggi con più di 300 passeggeri, al controllo dell'andamento del viaggio e del rispetto delle disposizioni di legge (art. 70). Oneri ribaditi anche da Rho: «Invero un importantissimo e nuovo compito incombe agli ufficiali sanitari della marina militare, i quali accompagnando sui piroscafi i nostri emigranti cumulano le funzioni di commissario governativo e di medici. Lo stesso compito spetta a quei medici civili che li coadiuvano sui piroscafi addetti all'emigrazione, oppure navigano da soli su altre linee oceaniche. Per la difesa dei nostri porti da malattie epidemiche provenienti dall'oltremare, per la tutela sanitaria degli equipaggi, degli emigranti e degli altri passeggeri, a tutti i medici marittimi sono ormai indispensabili delle cognizioni speciali nella climatologia, nell'igiene navale e coloniale e nella patologia geografica dei paesi che toccano», F. Rho, *L'espansione italiana e gli studi di medicina tropicale*, cit., p. 407.

adottati contro i morbi infettivi, traghettando informazioni sanitarie da istituzioni mediche “periferiche” alla madrepatria¹²⁰.

Nel 1903, come si è accennato, la rivista ospita le lezioni inaugurali degli insegnamenti di medicina navale e coloniale e patologia esotica previsti, da quell’anno, all’interno «Corso teorico pratico di medicina e sanità marittima» istituito presso l’Università di Napoli (Istituto d’Igiene)¹²¹. Tra le materie di ammissione alla scuola di applicazione di sanità militare di Firenze figura ugualmente una sezione dedicata alla conoscenza medica dei domini d’oltremare¹²²

A seguito della costituzione nel 1906 dell’Istituto coloniale, e del più generale processo di riorganizzazione dei circoli espansionistici in atto a inizio novecento, gli «Annali di medicina navale» renderanno esplicito il loro “orientamento” coloniale, intrecciando sempre più le proprie attività con quelle dell’istituto promosso da Giacomo De Martino¹²³.

Nel 1908, con l’apertura della prima società italiana per lo studio delle malattie tropicali, il periodico cambierà infatti nome trasformandosi in «Annali di Medicina Navale e Coloniale». La nuova denominazione è così annunciata:

Il nostro periodico ebbe l’iniziativa di diffondere in Italia le conoscenze relative alle malattie che per noi possono dirsi esotiche e in particolar modo a quelle dominanti nelle zone tropicali. Le pubblicazioni su tale argomento furono sempre la prerogativa degli Annali di Medicina Navale il cui contributo ebbe la sua parte nell’incremento presso di noi, di questi studi, che tanta estensione hanno acquistata in altre nazioni europee¹²⁴.

Nella Società italiana di medicina ed igiene coloniale, il cui bollettino è annesso alla rivista della marina, confluiscono i nuclei differenti a cui si deve l’emergere di questo settore di studi in Italia. Angelo Celli, medico della scuola romana di malariologia, ne è direttore e promotore; i soci aderenti provengono invece in maggioranza dalle file dei corpi militari, come i membri del consiglio direttivo (Rho, Pasquale e Cipolloni); medici operanti nelle terre di emigrazione degli italiani sono ugualmente rappresentati all’interno del circolo di pressione coloniale. Nel primo anno di vita dell’associazione, su 96 iscritti, 51 sono gli ufficiali medici, 22 i medici e veterinari dell’esercito e i restanti, studiosi residenti all’estero (a San Paolo in

¹²⁰ Scrive il capitano medico Domenico Crespi imbarcato nel 1905 sul piroscafo *Poitou*: «In questo viaggio permanemmo otto giorni complessivamente fra Rio de Janeiro e Santos. Da quest’ultima, che è il porto dello Stato di S. Paolo, ebbi occasione di salire alla capitale omonima; e poi così conoscere le tre città del Brasile più importanti per tutti noi italiani, nei riguardi della nostra emigrazione. In ciascuna di esse potei pormi in relazione con qualche medico dell’ufficio d’igiene ed avere informazioni e pubblicazioni dalle quali mi fu possibile farmi un’idea esatta delle attuali condizioni igieniche delle due province di Rio de Janeiro e S. Paolo». D. Crespi, *Condizioni igienico sanitarie delle province di Rio de Janeiro e di S. Paolo e profilassi della febbre gialla (Da una relazione di viaggio del piroscafo Poitou da Genova a Santos)*, in «Annali di Medicina Navale», 1 (1905), p. 204.

¹²¹ F. Rho, *L’espansione italiana e gli studi di medicina tropicale*, cit., p. 407.

¹²² All’interno dell’igiene militare, una sezione specifica è riservata ai «Cenni di geografia medica dell’Italia e della Colonia Eritrea». *Estratto delle disposizioni riguardante il servizio sanitario contenute nel giornale militare ufficiale dell’anno 1902*, in «Giornale medico del R. Esercito». Supplemento al fascicolo II, (1903), pp. 2-18.

¹²³ Socio della società geografica e fondatore dell’Istituto coloniale italiano, Giacomo De Martino (1849-1921) sarà governatore della Somalia tra 1910 e 1916.

¹²⁴ *Ai lettori*, in «Annali di Medicina Navale e Coloniale», 6 (1908), p. 1.

Brasile, a Costantinopoli e nel Congo Belga)¹²⁵.

Sotto la guida di Patrick Manson si era costituito, nel 1907, un organismo internazionale per collegare le scuole di medicina tropicale nate nei distinti ambiti nazionali. Si rendeva dunque necessario garantire anche all'Italia una visibilità internazionale:

s'impone quindi anche in Italia - Celli scrive ai propri colleghi - la costituzione di una società simile, sia per lo sviluppo civile e pacifico delle nostre colonie dell'Eritrea e del Benadir, sia per il largo contributo di emigranti italiani, che si recano nelle colonie straniere. Si può anzi dire che virtualmente la Società esista, perché i medici della marina militare [...] da tempo conoscono i tropici e contano fra loro insegnanti d'igiene e di medicina tropicale; quelli del Regio Esercito [...] hanno profonda conoscenza delle colonie, e presentemente compiono, coi primi, l'importante servizio di Commissari per l'emigrazione; i medici di porto [...] sono sempre a contatto con gli emigranti; nonché i medici civili [...] li curano al loro ritorno in patria¹²⁶.

Al primo congresso (1908) della società appena costituita, le relazioni sulle «malattie dell'emigrazione» si alterneranno ai resoconti sull'organizzazione sanitaria in colonia¹²⁷. L'incontro stesso è programmato nell'ambito delle iniziative promosse dall'Istituto coloniale italiano per il primo congresso degli italiani all'estero¹²⁸.

Come si vede, il tema della colonizzazione risulta qui associato a quello dell'emigrazione e la medicina coloniale declinata come scienza legata genericamente ai problemi dell'espatrio. Non stupisce dunque come gli studi compiuti in America latina da Giuseppe Sanarelli, a cui si è accennato in precedenza, costituiscano un ulteriore centro di sviluppo della disciplina nazionale. Dal punto di vista sanitario, «colono africano» ed «emigrante» costituiscono infatti due figure coincidenti: si pone per entrambi un problema di tutela dell'organismo sotto mutate condizioni ambientali e uno sforzo per contrastare la diffusione di morbi da una regione all'altra del globo. Quest'associazione tradisce però, più profondamente, il dislivello che intercorre, nell'Italia di inizio secolo, tra i due fenomeni dell'imperialismo e dell'emigrazione. La «dinamica emigratoria degli italiani», tra fine ottocento e inizio novecento, «sembrò [infatti] ignorare i possedimenti Oltremare appena conquistati»: dei sedici milioni di italiani che avevano lasciato la penisola tra 1876 e 1926, solo trecentomila si indirizzarono in Africa (nera o mediterranea). Il costante richiamo, nel discorso pubblico, alla giunzione tra emigrazione e colonialismo «ebbe più che altro un ruolo strumentale», finalizzato a legittimare l'espansione coloniale come esigenza nazionale, disancorando «la politica imperialista dalle sue più tradizionali collocazioni politiche» e trasformandola in una necessità collettiva del popolo italiano¹²⁹

¹²⁵ *Bollettino della Società Italiana di Patologia e d'Igiene coloniale*, n. 1, in «Annali di Medicina Navale», 4-5, (1908); S. Bettini, *Storia delle Società di Medicina Tropicale in Italia*, in «Giornale italiano di medicina tropicale», 1996, 1, pp. 35-46.

¹²⁶ *Ai lettori*, in «Bollettino della Società Italiana di Patologia e d'Igiene coloniale», cit. L'articolo riporta il contenuto di una circolare inviata il 10 dicembre 1907 da Celli, Cipollone, Memmo a ufficiali medici dell'esercito, della marina, a medici portuali e sanitari residenti all'estero.

¹²⁷ «Bollettino della Società Italiana di Patologia e d'Igiene coloniale», n. 2, in «Annali di Medicina Navale e Coloniale», 7 (1908); *La prima riunione annuale della Società Italiana di medicina e igiene tropicale*, in «L'Italia coloniale», (1908) 851-856.

¹²⁸ Sul congresso si veda G. Monina, *Il consenso coloniale. Le società geografiche e l'Istituto coloniale italiano (1896-1914)*, Carocci, Roma 2002.

¹²⁹ N. Labanca, *Oltremare*, cit., pp. 371-372.

Priva dunque di una chiara dimensione pubblica, la medicina tropicale si costituisce inizialmente come scienza legata all'emigrazione, un legame quest'ultimo che, nelle pubblicazioni antecedenti allo scoppio della prima guerra mondiale, tornerà più volte.

L'avvenire delle nazioni europee è, ormai, intimamente legato allo sviluppo delle correnti migratorie che, da circa ottant'anni a questa parte, costituiscono il fenomeno più importante della vita umana. È un fenomeno così grandioso da superare tutti quelli che, per forza di armi o di eventi, si sono verificati dalle invasioni barbariche ai nostri giorni [...]. Il secolo XIX rimarrà, perciò, memorabile nella storia, oltre che per le meravigliose applicazioni della scienza, anche per aver fondato società civili in paesi che una volta erano incolti, deserti, spopolati, insalubri¹³⁰.

Così si apre il primo capitolo del *Manuale di igiene generale e coloniale* scritto nel 1914 da Giuseppe Sanarelli. Lo studio dell'igienista italiano - chiamato nel 1895 a dirigere l'Istituto di igiene sperimentale di Montevideo, dove compie le sue ricerche sulla febbre gialla, completate poi in Brasile¹³¹ - poggia su un'equivalenza, che rende espansione d'oltremare ed esigenze di sfogo demografico due fenomeni sovrapposti: l'emigrazione è, per Sanarelli, come per altri tropicalisti di epoca liberale, il principio organizzatore del tempo, la legge interpretativa delle dinamiche globali¹³². Questo non impedirà però a Sanarelli di evidenziare, nel manuale, il sottofondo di violenza che presiede all'«espansione della razza bianca». Parlando dell'importazione di bevande alcoliche nelle colonie scriverà:

Se l'apertura del continente nero alla civiltà europee ha recato molti benefizi ponendo fine alle guerre sterminate fra le varie tribù indigene; se la conferenza di Berlino del 1884-1885 ha definitivamente sancito il principio umanitario secondo cui tutte le potenze colonizzatrici devono vigilare sulla conservazione delle popolazioni indigene e sul miglioramento delle loro condizioni materiali e morali, se sono state soppresse schiavitù e tratta dei negri, il contatto della civiltà con le popolazioni selvagge di tutto il mondo ha recato a queste più male che bene. In Australia, Nuova Zelanda, America del Nord, Antille, l'arrivo degli Europei civili è stato un vero flagello per le razze autoctone, alcune delle quali sono già completamente scomparse sterminate dai liquori¹³³.

Anche Rho, nell'introduzione alla traduzione del volume di Karl Mense, *Trattato delle malattie dei paesi tropicali*, non si sottrae alla lettura consolidata:

Da quando Cristoforo Colombo scopriva il nuovo mondo e Vasco da Gama girava il Capo di Buona Speranza, l'Europa, che aveva rigettato gli arabi in Africa ed arrestato il movimento invasore dei Turchi, cominciò a riversare l'esuberanza della sua popolazione sul resto del Globo. L'esodo non fu grande nei primi tre secoli, impiegati più che altro in conquiste ed in contese fra i conquistatori; ma gli immensi territori, così aperti

¹³⁰ G. Sanarelli, *Manuale d'igiene generale e coloniale*, cit., pp. 1-2.

¹³¹ G. Sanarelli, *Eziologia e patogenesi della Febbre Gialla*, in «Annali di medicina navale», 1 (1987), pp. 849 - 942. Come ha notato Daniele Cozzoli, la ricerca di Sanarelli in Brasile è fortemente legata alle dinamiche dell'emigrazione italiana: l'igienista svilupperà le sue ricerche curando i marinai della nave Lombardia giunta a Rio de Janeiro per fare pressione sul governo repubblicano a sostegno della comunità italiana. D. Cozzoli, *Giuseppe Sanarelli*, cit.

¹³² Questa concezione è già esplicita in G. Sanarelli, *La difesa internazionale e coloniale contro le malattie esotiche. Prefazione al corso libero di climatologia e patologia esotica tenuta il 15 gennaio 1901 alla R. Università di Bologna*, in «Il Policlinico. Supplemento», (1901).

¹³³ G. Sanarelli, *Manuale d'igiene generale e coloniale*, cit., p. 334. Il riconoscimento del fondamento di violenza che presiede all'imperialismo otto-novecentesco è tipico anche della giuscolonialistica di età liberale. Cfr. P. Costa, *Il fardello della civilizzazione*, cit.

all'attività e all'occupazione europea, non domandavano che delle braccia; onde, nella seconda metà del secolo decimonono, l'emigrazione della nostra razza prendeva delle proporzioni mai viste¹³⁴.

L'accento posto sullo spostamento, sulla delocalizzazione degli organismi da una parte all'altra del globo, che per Rho è la cifra della modernità otto-novecentesca, negli scritti di Vincenzo Grossi, medico vicino ai circoli espansionistici, diviene più chiaramente discorso demografico declinato nel senso dell'autoaffermazione¹³⁵:

Nel dare un nuovo e più fecondo indirizzo a tutta la nostra politica dell'emigrazione, nei suoi rapporti coll'economia nazionale, occorre non solo rialzare il sentimento della dignità e della fierezza nei cittadini all'estero, con una più attiva ed energica tutela a riguardo ma occorre soprattutto istruire i nostri emigranti, preparandoli convenientemente alla conquista pacifica di nuovi paesi da colonizzare o da sfruttare: in poche parole, occorre altresì provvedere allo loro *educazione coloniale*¹³⁶.

La politica coloniale, se giustamente diretta dai governi, è ciò che permette di rovesciare la rappresentazione consolidata dell'emigrazione: non movimento dato dalla miseria, ma espansione aggressiva, di potenza, in cui gli italiani si spostano da "padroni". A questo servono, per Grossi, gli studi medici: indirizzare i flussi e preparare gli italiani al dominio sui nuovi ambienti di vita¹³⁷.

Questo intreccio fra emigrazione e medicina tropicale non deve far dimenticare le dinamiche concrete che accompagnano la costituzione di organismi diretti alla promozione del nuovo settore di studi¹³⁸. La collaborazione tra circoli coloniali e la comunità dei medici interessati ai «tropici» è tutt'altro che episodica: due decenni più tardi, una nuova società di medicina coloniale sorta nel 1928 troverà sede presso i locali dell'Istituto coloniale di Roma, e i suoi congressi saranno ospitati, a partire dal 1931, nelle giornate promosse dal Centro di studi coloniali dell'Istituto fiorentino Cesare Alfieri¹³⁹. Le società di patologia tropicale avranno però spesso vita breve: l'associazione di Celli non sopravvive alla morte, nel 1914, del suo promotore; quella fondata, come si vedrà, nel 1911 da Umberto Gabbi, sarà bloccata dallo

¹³⁴ F. Rho, *Introduzione*, in C. Mense, *Trattato delle malattie dei paesi tropicali*, traduzione di E. Bertarelli e F. Rho, vol. I, Unione Tipografico-Editrice, Torino 1906, p. VI.

¹³⁵ Sull'esistenza di un doppio discorso legittimante alla base dell'espansione coloniale italiana che poggia sulla rappresentazione stratificata della missione civilizzatrice europea e sulla retorica dello sfogo demografico, del «diritto collettivo» all'espansione, in cui l'emigrazione è convertita in colonizzazione, si veda P. Costa, *Il fardello della civilizzazione.*, cit., pp. 169-257.

¹³⁶ V. Grossi, *Un programma di politica coloniale per una più grande Italia (Prolusione letta il 9 aprile 1902 inaugurando il corso di politica dell'emigrazione e delle colonie presso la R. Scuola diplomatico coloniale di Roma)*, Tipografia Cecchini, Roma 1902.

¹³⁷ V. Grossi, *Geografia medica dell'Abissinia* in Id., *Questioni di geografia politica*, Editori Roux e C., Torino 1888, pp. 75-76

¹³⁸ A partire dalle ricerche di Alberto Aquarone, le strutture di «organizzazione del consenso coloniale» sono state oggetto di un rinnovato interesse storiografico: le strategie adottate da alcuni gruppi di pressione – quali la Società geografica italiana e l'Istituto coloniale –, al fine di condizionare l'opinione pubblica in senso espansionistico, sono state in più occasioni trattate dagli studi degli ultimi decenni. A. Aquarone, *Politica estera e organizzazione del consenso nell'età giolittiana: il Congresso dell'Asmara e la fondazione dell'Istituto coloniale italiano*, in «Storia contemporanea», 1-2-3 (1977); G. Monina, *Il consenso coloniale*, cit.

¹³⁹ Tre sono le società di medicina tropicale sorte in Italia nella prima metà del novecento: la già citata associazione voluta da Celli - la Società italiana di patologia ed igiene coloniale -, la Società fra i cultori delle malattie esotiche, fondata nel 1911, a Messina, da Umberto Gabbi e, infine, la Società italiana di medicina e igiene coloniale costituitasi a Torino nel 1928 su iniziativa del Gabbi, di Tommaso Sarnelli e di Aldo Castellani.

scoppio della guerra; la società sorta nel 1928, su iniziativa di Gabbi, Rho e Sarnelli interromperà le sue iniziative negli anni del secondo conflitto mondiale. Comparando le associazioni mediche con il lungo periodo di attività della Società geografica (sorta nel 1867) si comprenderà immediatamente quanto ridotta sia stata la loro portata d'azione nella dimensione pubblica e politica. Per ricostruire le dinamiche di sviluppo della disciplina, sarà spesso necessario guardare, invece che alle forme di organizzazione della classe medica, alle singole personalità di studiosi impegnati nella ricerca d'oltremare, capaci di indirizzare le decisioni politiche in alcuni casi in modo più efficace ed incisivo delle strutture di medicina e igiene coloniale nel loro insieme.

Malariologia, medicina militare, medicina navale, scienza dell'emigrazione: i prossimi paragrafi saranno diretti ad approfondire i meccanismi di costituzione del nuovo campo del sapere, tracciando i poli a cui si deve il sorgere della disciplina, le loro relazioni e le gerarchie mobili che li legano assieme.

4.6 All'origine della disciplina: transizioni scientifiche, transizioni geografiche

Nell'introduzione alla prima edizione del manuale *Tropical diseases*, Patrick Manson presenta la sua opera come una guida pratica diretta ai medici britannici impegnati nelle colonie, dunque limitata nei contenuti e nell'ampiezza della trattazione delle singole malattie. Niente di simile ai volumi più sistematici, come il medico britannico li definisce, editi negli anni precedenti, relativi alle malattie prevalenti nei paesi caldi. Tra i lavori citati - in cui figurano l'opera collettiva di Davidson (1893), il lavoro di Scheube (1896), e gli studi dei francesi Laveran (1892), Corre (1887) e Roux¹⁴⁰ - compare anche il volume di Filippo Rho, *Malattie predominanti dei paesi caldi e temperati*, pubblicato nel 1896, ma scritto all'inizio degli anni novanta per un concorso bandito dall'Ispettorato di Sanità Militare¹⁴¹. Gli «Archives de médecine navale», una delle più note riviste di medicina coloniale del tempo, definiscono il libro, a due anni dalla sua uscita, un'opera completa e aggiornata, in cui le nuove acquisizioni della scienza si sono ormai sostituite alle vecchie concezioni. Ciascuna malattia è trattata con profonda accuratezza: «L'auteur décrit d'abord les maladies infectieuses. Plusieurs d'entre elles sont de véritables monographies dans lesquelles tout ce qui a trait à la géographie médicale et à l'étiologies surtout est soigné d'une façon peculié»¹⁴². Anche nella voce già citata dell'Enciclopedia Italiana del 1937, il volume di Rho figurerà tra i lavori che hanno segnato l'avvio della disciplina, accanto, ancora una volta, ai manuali di Davidson, Scheube, Kelsch e Kiener, Manson, Le Dantec e Brault, opere in cui, si legge nel testo, inizia «a farsi sentire»

¹⁴⁰ A. Davidson, *Hygiene and disease of warm climates*, Edimburgo 1893; H. B. Scheube, *Die Krankheiten der warmen Länder*, Jena 1896; Laveran, *Traité du paludisme*, Parigi 1892; A. Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds*, O. Doin, Paris 1887.

¹⁴¹ «L'opera di cui ho già pubblicato qualche saggio, è rimasta qual era e non ho fatto che portarla al corrente delle odierne cognizioni mediche, profittando delle opere e delle memorie pubblicate nel frattempo». F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, cit., p. 3.

¹⁴² *Bibliographie*, in «Archives de médecine navale», 70 (1898), p. 69.

l'influenza delle nuove teorie microbiologiche¹⁴³.

Intento di Rho è infatti offrire un manuale aggiornato alle nuove scoperte, in anni di forte cambiamento delle pratiche e dei paradigmi teorici - «se si eccettua la recente e voluminosa opera collettiva pubblicata sotto la direzione di Davison (1893) nessun [manuale] risponde allo stato attuale della scienza, trasformatasi per il progresso della parassitologia in genere e della batteriologia in ispecie»¹⁴⁴. Destinatari dell'opera sono i medici della marina¹⁴⁵, che operano nelle «colonie libere o dipendenti dalla madrepatria» ora che l'Italia, ultima arrivata all'espansione nei territori extraeuropei, ha cominciato a inviare «i suoi figli in ogni parte del mondo»; lettori dell'opera saranno però - sottolinea Rho - anche i sanitari della penisola. I morbi strettamente «esotici» sono infatti - scrive l'ufficiale - sempre meno numerosi: più le conoscenze mediche si affinano, più si va riconoscendo che le endemie dei paesi caldi si trovano anche nelle zone temperate, «specialmente nella regione mediterranea del nostro continente»; anche le affezioni meno frequenti in Europa si sono ormai diffuse, con l'accelerarsi dei commerci, al di fuori della loro limitata area geografica. È dunque necessario che il medico europeo familiarizzi con tali malattie, la cui conoscenza è indispensabile «in special modo ai sanitari della nostra lunga penisola, il cui clima in talune provincie va a confondersi con quello delle regioni pretropicali d'Africa»¹⁴⁶. Una equivalenza di “spazi” che non sarà più possibile sostenere in anni di consolidamento del dominio coloniale.

Di fronte all'assenza di scritti italiani sul quadro generale della patologia tropicale - «dal 1781, in cui per primo N. Fontana prendeva a trattare delle malattie che incolgono gli europei nei paesi caldi e nelle lunghe navigazioni, nessun'opera che io mi sappia è stata pubblicata in Italia in questo momento»¹⁴⁷ - il manuale di Rho si configura come una novità nel panorama nazionale, che per impatto sugli studi italiani, come raccolta fondativa più che ricerca, e per riconoscimento in ambito straniero rimarrà, un *unicum* nell'ambito dei lavori di *sintesi* elaborati entro i confini della penisola, nei decenni tra otto e novecento¹⁴⁸.

Al termine dell'introduzione sono esplicitate le fonti della ricerca: si tratta di opere straniere, inglesi, francesi, tedesche, riferibili ai nomi più noti della medicina coloniale e della geografia medica del XIX secolo:

¹⁴³ A. Castellani, F. Rho, *Patologia Tropicale* cit.

¹⁴⁴ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, cit., p. 2.

¹⁴⁵ Nella dedica iniziale del volume si legge: «Ai colleghi della marina dedica l'autore il presente volume, frutto di studi cominciati nel 1882 in un viaggio intorno al mondo e proseguiti poi, fra una navigazione e l'altra, fino a questi ultimi anni. Egli spera che la sua fatica possa giovare ad essi e trovare indulgenza presso chi conosce la difficoltà di simili lavori, compiuti a sbalzi fra le esigenze professionali della vita di mare, che tiene troppo lontani da ogni centro scientifico».

¹⁴⁶ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, cit., p. 2.

¹⁴⁷ *Ibidem*

¹⁴⁸ Rho curerà anche l'edizione italiana del manuale di Carl Mense, scrivendone alcuni capitoli: C. Mense, *Trattato delle malattie dei paesi tropicali. Prima traduzione italiana con note, aggiunte e nuovi capitoli*, 4 voll., a cura di E. Bertarelli e di F. Rho, Unione Tipografico Editrice, Torino 1906-1909. Unico manuale italiano paragonabile, per completezza e approfondimento delle ricerche, ma confinato, come circolazione, entro l'ambito del corpo medico della marina è quello edito nel 1913 da Romolo Ribolla, ufficiale medico della marina, dato alle stampe nuovamente nel 1926: R. Ribolla, *Il medico a bordo e nei paesi tropicali. Manuale teorico pratico di igiene navale e patologia esotica. Secondo i programmi emanati dal Ministero dell'Interno per gli esami di abilitazione di medico a bordo*, U. Hoepli, Milano 1913.

Oltre alla miniera inesauribile degli Archives de Médecine Navale, ho ricorso più specialmente alle opere di Annesley, Morehead, Horton, Moore, Fayer, Davidson fra gli inglesi; Souty Collas, Guillausse, Delieux, Doutrulau, Brassac, Saint Vel, Fricourt, Magé, Roux, Nielly, Laveran, Corre, Kelsh, Kiener fra i francesi; Hasper, Hirsch, Fish fra i tedeschi; né ho trascurato tener conto dei molti lavori italiani che, in modo diretto o indiretto, hanno contribuito ad illustrare i singoli argomenti da me presi a trattare¹⁴⁹.

Il manuale offre dunque un compendio degli studi prodotti fino a quel momento, traghettando nella scienza nazionale le conoscenze mediche elaborate in Europa sulle malattie dei paesi caldi. Il continuo ricorso e confronto con la letteratura straniera non sarà però una sola prerogativa dei lavori di Rho¹⁵⁰.

Il medico condivide con i manuali stranieri - in particolare con i più aggiornati *Hygiene and disease of warm climate* del medico scozzese Andrew Davidson e *Die Krankheiten der warmen Länder* di Botho Sheube - l'impostazione: ad essere esaminate sono, in ordine di comparizione: dengue, febbre gialla, peste, colera, beriberi, dissenteria, epatite suppurativa, malaria, colpo di sole. Dunque, malattie infettive «tropicali» e cosmopolite separate dalla trattazione delle affezioni dermatologiche e dall'esame delle malattie parassitarie, a cui è dedicato un paragrafo specifico¹⁵¹, completo delle novità introdotte nella ricerca medica dagli studi di Manson sulla filariosi. Un'attenzione particolare è rivolta alle affezioni dovute al morso di animali velenosi, che Rho tratterà anche nella traduzione italiana del volume collettaneo di Carl Mense (1906), ma anche alle questioni di «igiene e acclimatemento nei paesi caldi» e dell'andamento delle affezioni cosmopolite sotto il sole «tropicale».

Ciascuna malattia è analizzata secondo uno schema comune ad altri manuali (a conferma dell'insieme di rimandi e di derivazioni che legano fra di loro le opere), che tradisce l'ambiguità della scienza di fine secolo: «definizione», «sinonimi», «storia e geografia», «eziologia», «sintomatologia», «anatomia patologica», «diagnosi», «prognosi», «profilassi e cura»; questa la sequenza concettuale che permette all'ufficiale medico la costituzione dei quadri morbosi; alla ricostruzione dell'andamento epidemiologico dei morbi, tipica delle opere di geografia medica del XIX sec, segue l'analisi sintomatologica della malattia e dei suoi effetti sulle strutture dell'organismo (anatomia patologica), a cui ancora è accordato un posto privilegiato nel procedimento diagnostico; la descrizione dell'affezione si conclude poi con la trattazione eziologica, ambito in cui sono raccolte le più recenti scoperte, in una moltiplicazione dei punti d'osservazione sulla malattia.

Tra gli autori più citati da Rho figura August Hirsch, uno dei più noti studiosi di geografia medica, autore tra 1860 e il 1864 dell'opera in tre volumi, di grande influenza sulla scienza europea, *Handbuch der historisch-geographischen pathologie*¹⁵². Rho trae dal lavoro del

¹⁴⁹ Da queste considerazioni sono ovviamente esclusi i lavori della scuola di malariologia romana, polo internazionale della ricerca italiana, che, come si vedrà, intrattiene un rapporto controverso con la produzione della medicina coloniali.

¹⁵⁰ L'intera la medicina coloniale italiana si costituisce, alla sua origine, come fortemente ancorata alla letteratura internazionale, come si vedrà, e in molti casi dipendente da quest'ultima.

¹⁵¹ L'impostazione è condivisa anche dai manuali successivi, tra cui l'influente volume di Aristide Le Dantec, docente di patologia esotica all'Università di Bordeaux: A. Le Dantec, *Précis de pathologie exotique: maladies des pays chauds et des pays froids*, Doin, Paris 1900.

¹⁵² August Hirsch (1817-1894). Grazie al successo dell'opera, ottiene nel 1863 una cattedra di Storia della medicina alla facoltà di medicina di Berlino. La sua impostazione storico-geografica alla malattia si pone in opposizione con i tentativi, caratteristici del genere letterario così come si era conformato nel XIX secolo, di

medico tedesco le informazioni per l'elaborazione del quadro geografico e storico delle affezioni, secondo una concezione che assegna ai fattori temporali e spaziali un ruolo di primo piano nella comprensione della malattia¹⁵³. Il primo capitolo, dedicato alla dengue, si apre così:

Il denghe [sic] è una malattia che probabilmente ha esistito [sic] in ogni tempo, però fu studiata e descritta scientificamente per la prima volta, durante la vasta epidemia apparsa nel 1827-28 nelle Indie occidentali e lungo le coste del golfo del Messico. Allo studio clinico succedettero le investigazioni storiche, e si riconobbe che la malattia si era manifestata anche prima in varie parti del globo, senza che avesse però eccitato molto interesse a cagione della sua benignità. Per la stessa ragione la sua storia non rimonta al di là dell'anno 1779¹⁵⁴.

Segue un elenco delle epidemie che avevano colpito, da fine settecento, regioni tropicali e temperate, ad oriente e occidente dell'Europa, a cui Rho aggiunge una riflessione sulle regioni in cui l'affezione compare con più frequenza¹⁵⁵. Più di tre pagine sono poi dedicate alla sola descrizione della distribuzione geografica della malaria, dall'Africa all'Europa all'Asia, in una ricostruzione storica omnicomprensiva della localizzazione dell'affezione negli ultimi secoli. D'altronde i procedimenti della geografia medica erano familiari al medico tropicalista; la sua è una formazione "pratica", come annuncia nell'introduzione del manuale, proveniente dall'osservazione condotta durante viaggi e soggiorni nei climi dei paesi caldi.

La prima esperienza come medico della marina Rho la compie a bordo della nave Caracciolo, come si è visto, tra 1881 e 1884. La spedizione, che toccherà in quattro anni di navigazione Madeira, le isole di Capo Verde, Rio de Janeiro e il nord del Brasile, la costa del Cile, Tahiti, le Figi, ma anche l'Australia, l'arcipelago indonesiano, la Malesia, per giungere a Ceylon e ritornare in Italia attraversando il Mar Rosso e il Canale di Suez (passando per Aden e Assab)¹⁵⁶, appartiene alle missioni promosse dalla marina militare dopo l'unità d'Italia, in cui fini commerciali e scopi politici, a sostegno degli italiani emigrati, si sommano a progetti di impianto per colonie penali, tentativi di penetrazione e studi naturalistici¹⁵⁷. Gli scritti che

individuazione delle leggi generali che presiedono alla distribuzione delle malattie (un esempio su tutti l'opera di Boudin che dà nome alla disciplina). Hirsch si discosta anche dalla tradizione che assegnava alla cartografica, dunque alla rappresentazione visiva, un posto di primo piano nella descrizione della diffusione delle malattie in uno dato spazio geografico. In questo senso non fa parte della corrente di opere mediche influenzate dalla geografia humboldtiana, sviluppatasi in Germania nel corso dell'ottocento. M. D. Grmek, *Géographie médicale et histoire des civilisations*, cit.; N. A. Rupke, *Humboldtian medicine*, in «Medical history», XL, 3 (1996), pp. 293-310.

¹⁵³ Scrive Grmek: «S'opposant au fixisme de Muhry, Hirsch croit fermement à l'évolution des maladies au cours de l'histoire. Les maladies se déplacent et changent même d'aspect clinique. La pathologie n'est pas concevable hors des catégories d'espace et de temps». M. D. Grmek, *Géographie médicale et histoire des civilisations*, cit., p. 1081-1083.

¹⁵⁴ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, cit., pp. 5-6.

¹⁵⁵ «L'America è la parte del mondo che conta il maggior numero di epidemie di denghe. In Asia, dove la malattia era scomparsa da più di quindici anni, prese una grandissima estensione nell'epidemia del 1871-74. In Africa, la regione in cui appare più sovente è l'Egitto; sulle coste del Mar Rosso la malattia è stata pure frequentemente segnalata e Vauvray dice che in tutta questa regione il denghe regna ogni anno al tempo della raccolta dei datteri, e perciò vi è conosciuta col nome di febbre dei datteri (Hirsch)». *Ibidem*

¹⁵⁶ Il resoconto completo del viaggio compiuto dalla nave si trova in C. De Amezaga, *Viaggio di circumnavigazione della Regia Corvetta Caracciolo negli anni 1881-82-83-84*, 4 voll., Forzani e C., Roma 1885-1886.

¹⁵⁷ G. Mariano, *La marina militare, le esplorazioni geografiche e la penetrazione coloniale*, in D'Ippolito L., *Fonti e problemi della politica coloniale italiana. Atti del convegno, Taormina-Messina, 23-29 ottobre 1989*,

Filippo Rho elaborerà durante il viaggio - pubblicati nel 1886 sul «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina» - costituiscono un chiaro esempio del genere della geografia medica. Contengono osservazioni sulla climatologia, sulle malattie dominanti delle terre visitate e sulle abitudini (alimentari e terapeutiche) delle popolazioni che vi abitano¹⁵⁸. I contributi si concentrano sulle sole tappe di Madeira, São Vicente (isola paradisiaca, in cui si contano pochissime affezioni), lo stato di Pernambuco e Rio de Janeiro, quest'ultima trattata sotto il profilo sanitario (affezioni prevalenti, stato delle strutture di cura) con un approfondimento sulle ricerche condotte dal gabinetto di fisiologia sperimentale del Museo nazionale della città sul veleno animale e sui suoi antidoti, ricerche che saranno la base per ulteriori lavori di Rho¹⁵⁹.

Questo approccio spaziale, geografico, alla malattia è una caratteristica degli studi medici della marina, anche in anni di trionfo della scienza batteriologica¹⁶⁰. L'idea che l'arte sanitaria debba conformarsi con le caratteristiche di ciascun territorio - e che il mondo costituisca uno spazio non riducibile ad omogeneità - rimarrà viva, anzi predominante, nella tradizione della medicina navale a cavallo tra i due secoli come diretta conseguenza della dimensione «globale» dell'attività della marina militare (dal ruolo svolto nei primi anni della colonizzazione e ai compiti affidati agli ufficiali medici nel trasporto transoceanico degli emigranti italiani). Tali studi fanno parte, come si è visto, di un più ampio indirizzo d'indagine scientifica che sarà all'origine, anche in Italia, dell'interesse per le patologie del mondo extraeuropeo; una varietà della letteratura medica, fortemente ancorata alla tradizione ipocratica, che verrà assorbita e trasformata dalla nascente disciplina «tropicale».

4.7 Concezioni e confini dello spazio medico: oltre il “particolarismo” nosografico

Dall'anno della sua fondazione fino al 1911, il periodico «Annali di medicina navale» ospita numerosi studi medico-geografici sulle regioni toccate dai piroscafi militari: territori d'oltremare, ma anche paesi dell'emigrazione italiana¹⁶¹. Come suggerisce infatti nel 1903

vol. II, Ministero per i beni culturali e ambientali, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 1996, pp. 1076-1100. Sulle rappresentazioni dell'alterità nelle relazioni di viaggio della marina Militare italiana nella seconda metà dell'ottocento, e per un'analisi delle relazioni di Rho, relative al viaggio, comparse in «La rivista Marittima», si veda: F. Dimpflmeier, *Navigando attraverso l'Alterità. L'identità italiana nelle relazioni di viaggio della marina Militare della seconda metà dell'ottocento*, Tesi di Dottorato, Università di Roma La Sapienza, a.a. 2012-2013, Tutor Laura Faranda.

¹⁵⁸ F. Rho, *Note di geografia medica raccolte durante il viaggio di circumnavigazione della R. Corvetta Caracciolo (1881-84)*, in «Annali di medicina navale», 1-2-3 (1886); F. Rho, *Le fattorie da zucchero e la colonizzazione agricola della costa peruviana: dalle note di un viaggio di circumnavigazione sulla R. Corvetta Caracciolo* in «La rassegna nazionale», XXXII, 8 (1886), p. 485-518.

¹⁵⁹ F. Rho, *Intossicazione da veleni esotici d'origine vegetale* in C. Mense, *Trattato delle malattie dei paesi tropicali. Prima traduzione italiana con note, aggiunte e nuovi capitoli*, a cura di Ernesto Bertarelli e di Filippo Rho, Torino 1906; Id., *Intossicazioni da veleni esotici d'origine vegetale*, in «Annali di medicina navale», 6 (1905).

¹⁶⁰ Michael Osborne ha sottolineato questo aspetto per la marina francese. M. Osborne, *The Emergence of Tropical Medicine in France*, University of Chicago press, Chicago 2014, p. 8.

¹⁶¹ Qui di seguito un elenco di alcuni contributi apparsi sul periodico, divisi per anno; 1895: U. Colomi, *Relazione sanitaria della campagna di navigazione compiuta dal R. incrociatore "Piemonte" sulle coste del*

Alessandro Pasquale all'inaugurazione della cattedra di *Igiene navale e coloniale* dell'Università di Napoli, compito della sanità marittima non è solo occuparsi del miglioramento delle condizioni sanitarie della vita di bordo, ma prendere in considerazione la nave come un organismo in trasformazione e in costante relazione con ambienti che ne alterano la fisionomia, *patogena*, originaria: quello marittimo, di movimento, salubre e risanatorio¹⁶²; l'ambiente del porto, statico, malsano (secondo le concezioni ancora radicate della medicina miasmatica); l'ambiente locale infine, specifico dei diversi luoghi di sosta, che presenta caratteristiche uniche con cui il medico militare, per la tutela dell'equipaggio (militare, composto di emigranti o coloni), deve confrontarsi: di qui l'utilità dell'igiene coloniale¹⁶³.

Questi studi, promossi dagli «Annali di medicina navale», non costituiscono un caso isolato. Non solo la marina produce in Italia, a cavallo dei due secoli, opere di patologia geografica sui continenti extraeuropei - anche se gli ufficiali militari ne saranno i principali promotori anche in anni di declino e disinteresse per una visione geografica e localizzata della malattia. L'attenzione per la descrizione dei caratteri patologici dei territori è diffusa nella penisola tra medici militari e civili: la geografia medica è un modo consolidato di guardare alla malattia anche all'interno dello spazio europeo; è cioè un metodo valido per l'occidente e "l'oriente", che usa procedimenti analoghi per misurare e valutare la salubrità delle regioni del globo, siano esse parte integrante o meno del mondo "civilizzato".

Opere di geografia medica sul territorio del Regno appaiono infatti in Italia a metà ottocento, con massima concentrazione nei decenni settanta, ottanta e novanta del secolo, anche se

Benadir, Zanzibar e Massaua; F. Salomone, *Note mediche sulla campagna del Curtatone nell'Estremo oriente* (1895); 1898: G. Bisio, *La campagna della R. Nave Vespucci nel mare delle Antille*; P. Guerra, *Relazione sulla campagna della R. nave Elba sulla costa orientale d'Africa* (1898); 1899: Giusti, *Da una relazione della R. Nave Marco Polo in Estremo Oriente* (1899); 1900: P. Guerra, *Relazione climatologica ed igienica della campagna dell'estremo Oriente. Piroscalo S. Gottardo* (1900); 1902: G. Salomone, *Le coste e le località marittime del Venezuela visitate dalla R. Nave Umbria* (1902); 1903: F. Antonelli, *Ricerche e considerazioni sulla popolazione australiana*; S. Minutillo, *Condizioni sanitarie dell'Avana negli ultimi tempi*; G. Salomone, *Le coste e le località marittime del Chili visitate dalla R. Nave Umbria* (1903); 1904: C. Sangermano, *Cenni sulla costa somala italiana specialmente riguardo alle condizioni climatico sanitarie*; G. Olivi, *L'emigrante italiano a New York. Relazione* (1904); 1905: G. Miranda, *New York post graduate medical school and hospital - Ospedali in New York (da una relazione di viaggio del piroscafo Napolitan Price in servizio di emigrazione)* (1905); 1906: E. Paparcone, *Il tracoma in Algeria e Tunisia, in Tripolitania e Cirenaica, Appunti e ricordi di viaggio*, A. Fazio, *Appunti e ricordi sanitari riguardanti alcuni porti specie dell'estremo Oriente* (1906); 1907: U. Colorni, *A proposito della malaria negli stati di New York e New Jersey*; Rottini, *Le isole azzorre*; Roseli, *Il Roosevelt hospital di New York* (1907); 1908: G. Campo, *Un'epidemia di febbre gialla nel 1905 nel territorio meridionale degli Stati Uniti d'Africa ed i criteri di profilassi che ne derivano*; L. Sestini, *Lo stato sanitario di Rio de Janeiro*, II, 3 (1908); 1910: G. Paris, *Ricordi medici d'un viaggio in Mar Nero*; 1911: G. L. Di Giura, *Sull'epidemia di peste in Mancuria*; E. Cavallini, *Campagna della R. Nave Volturmo negli anni 1909-10 in Somalia Nord e Benadir*, 9 (1911).

¹⁶² «Eppure questa casa, che sulla terraferma offre condizioni di abitabilità tanto favorevoli e tanti svantaggi di vita presenta sul mare, quando, volgendo la prua al largo, si allontana maestosa dai nostri lidi, attrae e seduce, ispira vita e benessere, e, flagellata dalle onde, dalla pioggia, dal sole, dal vento, dai fulmini, dall'inclemenza dei climi più opposti, [...] trae nelle terre lontane il sorriso e la prosperità della Patria, la forza e il valore. A che mai è dovuto il rapido trasformarsi di un ambiente, tanto invisibile all'igiene delle abitazioni terrestri, in un fenomeno di vita [...]?». A. Pasquale, *Scopo ed importanza dell'Igiene navale e coloniale. Discorso inaugurale della Cattedra di igiene navale pronunciato il 4 febbraio 1903 nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli*, in «Annali di medicina navale», 3 (1903), p. 372.

¹⁶³ Ivi, p. 381.

volumi di topografia medica, con taglio più ristretto (dedicati alla trattazione della «costituzione epidemica» di città, paesi o regioni della penisola) sono già editi negli Stati preunitari a fine XVIII secolo¹⁶⁴. In questo corpus di studi figurano i lavori di Cesare Lombroso, *Studi per una geografia medica d'Italia* (1865), di Giuseppe Sormani, *Geografia nosologia dell'Italia* (1881)¹⁶⁵, ma anche opere dedicate ai fattori climatici, idrologici, medici che influenzano la vita di territori meta di espatrio per gli italiani: è infatti in quest'ambito che si rintracciano alcune tra le prime monografie sulle patologie dei paesi caldi elaborati da medici non appartenenti ai corpi militari.

Nel 1860 viene dato alle stampe il volume del medico Giovanni Ferrini, *Saggio sul clima e sulle precipue malattie della città di Tunisi*, influenzato dagli studi di Giovanni Castelnuovo del 1858, pubblicati come opera complessiva nel 1865 - *Osservazioni medico fisiche sul clima e sugli abitanti di Tunisi e d'altre parti d'Africa*¹⁶⁶. Entrambi i sanitari risiedono, per alcuni decenni, nella città tunisina, dove la presenza italiana era numericamente cospicua; città di cui si propongono di ricostruire la fisionomia patologica, allargando poi il quadro alla Tunisia e ad altre «contrade d'Africa»¹⁶⁷. L'autorità medica che guida il loro studio è Ippocrate (in particolare l'opera *Arie, acque e luoghi*), per l'attenzione che riserva alla ricerca dei fattori che incidono sulla salute della popolazione del paese, primo fra tutti il clima¹⁶⁸:

Ognuno è ormai convinto che, fra le circostanze accessorie che possono modificare l'andamento e l'esito delle malattie, le più generali sono i climi: nell'istesso modo che gli esseri organizzati variano seguendo le latitudini del globo, così un vegetabile che acquista uno sviluppo gigantesco sotto i tropici, languisce e muore sotto la zona temperata, così quello che cresce sotto questa zona è prontamente disseccato sotto i calori ardenti dell'equatore. Nell'istessa guisa, una malattia che sviluppatasi in una regione è ignota nell'altra; un'affezione che presenta la più grave violenza in un clima, è una disposizione leggiera in un altro. Ogni paese imprime per così dire ai suoi abitanti un tipo proprio quasi universale, frutto del clima, delle abitudini, del genere di vita, delle arti e dei mestieri, dell'esposizione topografica assegnatele dalla natura¹⁶⁹.

¹⁶⁴ Per una panoramica completa sugli studi di geografia medica: G. Armocida, *La geografia medica di ieri e di oggi, Relazione presentata al 43° congresso nazionale Associazione italiana insegnanti di geografia, 28-31 agosto, 2000*.

¹⁶⁵ Si ricorda inoltre la rappresentazione cartografica dei caratteri di morbilità e mortalità e degli andamenti demografici di ciascuna regione italiana compilata da Enrico Raseri nel 1906. E. Raseri, *Atlante di demografia e geografia medica d'Italia*, Istituto geografico G. De Agostini & C., Roma 1906.

¹⁶⁶ Giacomo Castelnuovo (1819-1886), ebreo livornese, è a Tunisi e in Egitto nella metà dell'ottocento. Cfr. G. Di Porto, *Giacomo Castelnuovo*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 21, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma 1978. Per uno studio della comunità italiana in Tunisia tra XIX e XX sec si veda G. Montalbano, *Les Italiens de Tunisie. La construction de l'italianité dans un contexte colonial français (1896 - 1918)*, Thèse de doctorat, sous la direction de G. Pecout e N. Labanca, École Pratique Hautes Études 2018; S. Speciale, *Oltre la peste: sanità, popolazione e società in Tunisia e nel Maghreb, 18-20 secolo*, L. Pellegrini, Cosenza 1997.

¹⁶⁷ G. Castelnuovo, *Osservazioni medico fisiche sul clima e sugli abitanti di Tunisi e d'altre parti d'Africa*, Società per la pubblicazione degli annali universali delle scienze e dell'industria, Milano 1865, p. 9.

¹⁶⁸ «Non appena arrivai in Tunisi - scrive Ferrini - pensai non esservi mezzo più aconcio per i miei ragionamenti e per le mie cliniche osservazioni, che di dedicarmi allo studio del clima, dei prodotti del suolo, delle acque, delle variazioni meteorologiche, dei naturali costumi, delle abitudini e dei temperamenti degli abitanti di queste contrade». G. Ferrini, *Saggio sul clima e sulle precipue malattie della città di Tunisi e del regno*, Società per la pubblicazione degli Annali Universali delle scienze e dell'industria, Milano 1860.

¹⁶⁹ Ivi, pp. 6-7.

Castelnuovo, divenuto a metà ottocento medico personale del bey di Tunisi Abmed, e poi del suo successore, rappresenta invece così, all'apertura del volume, il lascito della medicina ippocratica e l'influenza esercitata sul suo lavoro:

“Le live du médecins c'est la nature” dice Tiedmann; e l'immortale vegliardo di Coo leggeva il libro della natura ancora quando insegnava e raccomandavaci tanto la peregrinazione scientifica, inculcando il viaggiare ai medici, onde dalla molteplice varietà di luoghi, climi e monti attingessero nuovi specifici soccorsi all'arte salutare nella ricognizione di novelle forme morbose¹⁷⁰.

Non solo la Tunisia è al centro dell'interesse dei medici italiani. Agli studi di Ferrini e Castelnuovo si aggiungono le opere del medico Elia Rossi - *La Nubia e il Sudan. Geografia, geologia, idrografia atmosferologia morfologia antropologia* (1858) e *Geografia medica dell'Egitto* (1870) - nato a Ferrara e giunto in Egitto nel 1838¹⁷¹.

Con l'aumentare dei flussi di emigrazione verso le Americhe, l'attenzione dei lavori di geografia medica si poserà sul continente latino-americano; ne sono esempio gli studi già citati di Vincenzo Grossi, etnologo, «esponente di primo piano del ceto intellettuale colonialista»¹⁷², autore inoltre di uno dei primi saggi di geografia medica italiana sull'Etiopia¹⁷³.

A fine secolo si conta già dunque un numero non esiguo di monografie dedicate alle condizioni sanitarie dei paesi meta dell'emigrazione italiana. Per assistere ad una analoga crescita dell'interesse medico per i possedimenti coloniali (volumi e non solo in riviste specializzate) è necessario invece aspettare gli anni della guerra italo-turca, con il paradosso che le patologie “esotiche” diverranno un frequentato oggetto di studio per i sanitari italiani come esito dello sviluppo della malariologia e come attenzione per la tutela sanitaria degli emigranti, prima che costituire un effetto dell'espansione italiana nel Corno d'Africa.

Una antecedenza temporale che si nota anche osservando gli anni di fondazione delle strutture sanitarie per gli italiani residenti in Sud America e Nord Africa: già nel 1872 veniva aperto un ospedale italiano a Buenos Aires¹⁷⁴, nel 1882 a Rio de Janeiro¹⁷⁵, nel 1890 a Tunisi, struttura

¹⁷⁰ G. Castelnuovo, *Osservazioni medico fisiche sul clima e sugli abitanti di Tunisi e d'altre parti d'Africa*, cit., pp. 6-7.

¹⁷¹ E. Rossi Bey, *Geografia medica dell'Egitto*, F. Vigo, Livorno 1870.

¹⁷² G. Monina, *Il consenso coloniale. Le società geografiche e l'Istituto coloniale italiano, 1896-1914*, Carocci Editore, Roma 2002, p. 59.

¹⁷³ V. Grossi, *Geografia medica dell'Abissinia*, in Id. *Questioni di geografia politica*, Editori Roux e C., Torino 1888. Assieme a numerosi volumi etnografici, linguistici, di propaganda coloniale, Grossi pubblicherà, negli anni novanta del XIX sec., alcuni contributi sulle malattie predominanti in Brasile (*Appunti sulla geografia medica del Brasile*, 1890), nell'America del Sud in generale (*Geografia medica e colonie. I l'America del Sud dal punto di vista dell'emigrazione europea*, 1894), in Perù (l'articolo *Appunti sulla geografia medica del Perù* comparso su «Annali di medicina navale» nel 1896). V. Grossi, *Appunti sulla geografia medica del Brasile*, Tip. Di Angelo Ciminago, Genova 1890; Id., *Note e appunti sulla geografia medica di Madagascar*, Forzani F. C., Roma 1894; Id., *Geografia medica e colonie: I (l'America del Sud dal punto di vista dell'emigrazione europea)*, Tip. Innocenzo Artero, Roma 1895; Id., *Appunti sulla geografia medica del Perù*, in «Annali di medicina navale», (1896).

¹⁷⁴ *Società e istituti italiani all'estero*, in «L'Italia Coloniale», I, 3 (1900), pp. 76-89.

¹⁷⁵ C. D. Crespi, *Condizioni igienico sanitarie delle province di Rio de Janeiro e di S. Paolo e profilassi della febbre gialla (Da una relazione di viaggio del piroscafo Poitou da Genova a Santos ottobre-dicembre 1904)*, in «Annali di medicina navale», I, (1905) pp. 2017-2018.

poi ampliata e rinnovata nel 1900¹⁷⁶, e qualche anno più tardi anche San Paolo poteva contare su un'istituzione analoga¹⁷⁷, mentre a Massaua il primo ospedale in muratura (l'ospedale Umberto I) sarà completato nel 1892¹⁷⁸.

Spazzata via dalle scoperte dell'era batteriologica, la tradizione della geografia medica non cesserà di costituire la cornice di riferimento sostanziale, ma non più esplicito, di molti studi rivolti al mondo "esotico"; un riferimento che rimane però solo formale per alcuni lavori più integrati con l'evoluzione delle concezioni mediche in atto in Europa.

Nel 1904 viene edito il volume del medico della marina Carlo Muzio, *Le malattie dei paesi caldi, loro profilassi ed igiene*, frutto anch'esso delle osservazioni raccolte durante i viaggi compiuti dallo studioso, con un'appendice dedicata all'igiene degli italiani residenti in Brasile: *La vita nel Brasile. Regolamenti di sanità pubblica contro le infezioni esotiche*. Pur presentando alcune caratteristiche tipiche delle pubblicazioni di geografia medica, e delle pubblicazioni antecedenti al manuale di Manson, come l'attenzione per la descrizione della fauna e della flora del paese, nonché per i rimedi locali utilizzati contro le malattie prevalenti (Muzio sarà autore nel 1922 di un vero e proprio manuale di geografia medica¹⁷⁹), l'appendice rassomiglia più ad una guida pratica per l'emigrante (o per il colono, nel caso di espatrio diretto ai possedimenti d'oltremare¹⁸⁰) che a una delle precedenti opere di patologia geografica. Anche il volume, nel suo complesso, per impostazione e per contenuti, si rifà al manuale di Filippo Rho del 1896, a partire dall'indice dell'opera che costituisce uno specchio delle modificazioni in corso nella scienza medica di quegli anni: Muzio organizza il suo studio dividendo le malattie in «infezioni di cui è provato il germe patogeno»; «infezioni di cui è descritto il germe patogeno però non universalmente accettato»; «morbi di cui è sconosciuta l'etiologia» (esplicitando le dinamiche sociali che presiedono all'affermazione di un paradigma scientifico)¹⁸¹. Nel primo capitolo, dedicato al tema del clima come fattore patologico, il medico della marina pone tutto l'accento sul ruolo dell'igiene, invece che sul ruolo degli influssi atmosferici:

L'Europeo nei climi caldi salvo che nelle basse pianure infestate dalla malaria, può al presente non solo vivere ma ben prosperare e lavorare seguendo poche regole igieniche ben dirette che possono fargli vincere la lotta per la conquista delle estese e ricche regioni tropicali¹⁸².

Cosa è cambiato? Cosa distingue i due manuali, quello di Muzio e quello di Rho, entrambi profondamente radicati nella tradizione della geografia medica, nella modalità di trattazione

¹⁷⁶ *Gli Italiani in Tunisia*, Impr. typo-lithographique de l'association ouvrière, Tunis 1906, pp. 77-91. Ringrazio Gabriele Amalfitano per avermi consentito l'accesso a questo documento; *Società e istituti italiani all'estero*, cit.

¹⁷⁷ L'ospedale sarà costruito nel 1904. Cfr. L. Verde, *L'ospedale italiano Umberto I, inauguratosi il 14 agosto 1904 a S. Paulo del Brasile (Da una relazione di viaggio del Piroscalo "Les Alpes" in servizio di emigrazione da Genova a Santos)*, in «Annali di medicina navale», I, 5 (1905), pp. 636-641.

¹⁷⁸ Archivio Storico Diplomatico del Ministero degli Affari Esteri (d'ora in poi) ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. I*, b. 32/1, f. 6, lettera del 26 febbraio 1892, da Gandolfi a Rudini, oggetto: Creazione di un Ospedale civile per gli Europei poveri in Massaua 26 febbraio 1892.

¹⁷⁹ C. Muzio, *Geografia medica*, Hoepli, Milano 1922.

¹⁸⁰ Saranno diversi i proutari igienici per il colono pubblicati, soprattutto però in anni successivi, dal 1935 in poi; si rimanda al capitolo VII della tesi.

¹⁸¹ C. Muzio, *Geografia medica*, cit., pp. VI-XI.

¹⁸² Ivi, p. 6.

delle malattie dei paesi tropicali?

Rho affida alla già citata lezione inaugurale di patologia esotica a Napoli il suo “manifesto” medico, riprendendo temi sviluppati nel capitolo del manuale del 1896¹⁸³, temi che a loro volta saranno utilizzati nell’introduzione all’edizione italiana del trattato di Carl Mense. Già il sommario della presentazione costituisce, in sintesi, un completo programma scientifico:

La moderna espansione commerciale e coloniale delle nazioni civili; Il clima come fattore etnico: azione indiretta e concorso di fattori sociali, politici e geografici; Caratteri antropologici ereditari e caratteri acquisiti in relazione all’ambiente; Il clima come fattore patogeno, azione indiretta con la flora microbica e la fauna locale; Distribuzione geografica vegetale, zoologica, parassitologica [...]; Miglioramento igienico e sanitario nelle colonie frutto dei progressi dell’igiene e della patologia coloniale [...]¹⁸⁴.

Il clima è qui declinato secondo una triplice accezione, ma sempre come fattore indiretto: è un elemento che agisce in concomitanza con i fattori politico-sociali, in relazione con la fauna e la flora locale (microrganismi e parassiti patogeni compresi), e in concorrenza con i fattori costituzionali, cioè individuali, della malattia, in parte ereditari, in parte acquisiti dall’ambiente stesso.

Eppure è innegabile che il calore e il clima tropicale agiscono come un importante fattore antropologico; ma badiamo bene, quest’azione è quasi esclusivamente indiretta e ad essa si aggiunge il concorso di molti altri fattori sociali, politici, geografici e geologici; onde ne risulta che le razze umane non sono già limitate dalle linee isoterme ma bensì dai confini fisiografici delle aree continentali. Come giustamente fa notare il Sambon, non troviamo già un tipo nordico, un tipo temperato, un tipo tropicale, ma bensì un tipo europeo, asiatico, africano, americano, australiano, polinesiano; ed ogni tipo continentale può essere diviso a sua volta in un grande numero di varietà minori, corrispondenti a ben definite regioni geografiche e a speciali influenze storiche¹⁸⁵.

La fisionomia patologica dei tropici non è dunque determinata dal clima, né lo è, sembra affermare Rho, quella antropologica: «sono [infatti] le condizioni e l’ambiente di vita che imprimono la stabilità dei caratteri di una razza»¹⁸⁶. Le malattie climatiche - malattie cioè in cui la temperatura, i venti, le piogge agiscono direttamente sull’uomo - sono pochissime: solo il colpo di calore, e i disturbi minori come il lichene tropicale e la foruncolosi meritano questa definizione. Anche la cosiddetta «anemia tropicale», che così spesso sembra colpire gli europei trasferitisi in colonia, è per Rho un prodotto erroneo della medicina pre-scientifica, come è uno sbaglio supporre esista un’anemia legata al lavoro dei fuochisti, dei minatori, dei fornai, dei vetrai, di tutti i lavori sottoposti a forti fonti di calore:

Come non esiste la pretesa anemia tropicale, quando non sia sintomatica o secondaria di malattie pregresse, così non esiste la pretesa anemia dei fuochisti e dei minatori; quel loro pallore abituale, su cui si è tanto fantasticato è dovuto ad una lieve e transitoria ipocromemia, causata non tanto dal caldo, quanto dalla deficienza di luce naturale nel loro ambiente di lavoro¹⁸⁷.

¹⁸³ Il capitolo XXI del manuale, «Igiene e acclimatazione nei paesi caldi».

¹⁸⁴ F. Rho, *L’espansione italiana e gli studi di medicina tropicale*, cit., p. 387.

¹⁸⁵ Ivi, p. 389.

¹⁸⁶ *Ibidem*

¹⁸⁷ F. Rho, *L’espansione italiana e gli studi di medicina tropicale*, cit., p. 389.

Il parallelo tra malattie dei tropici e malattie del lavoro, o meglio tra ambiente dei tropici e ambiente del lavoro operaio ad alta temperatura, che è una chiara derivazione della medicina miasmatica, impegnata nella descrizione delle condizioni di insalubrità di alcuni contesti sociali e naturali (ospedali, carceri, fabbriche, porti ecc.), viene qui utilizzato da Rho in senso inverso rispetto alla tradizione precedente, per provare l'assenza di "particolarità" o patogenicità degli ambienti stessi. Quella di Rho è dunque una medicina che mantiene uno sguardo sullo spazio, ma rifiuta l'idea che alcuni luoghi siano di per sé, naturalmente, patogeni: le malattie hanno dovunque la stessa causa e origine, ricorda il medico, quella batterica e parassitaria.

Nei tropici, come nei paesi temperati, tanto presso gli europei quanto presso gli indigeni, quasi tutte le malattie sono d'origine specifica; cioè quasi tutte direttamente o indirettamente sono causate da microrganismi o da parassiti animali d'organizzazione poco più elevata. Come tutti gli esseri viventi, questi germi, questi parassiti, hanno bisogno, per prosperare e riprodursi, di un ambiente appropriato. Basta il cambiamento di qualcuna di queste circostanze per favorire o ostacolare lo sviluppo di tali germi, per esaltare o diminuire la loro virulenza¹⁸⁸.

Rho continua:

Per tornare ad un paragone zoologico, accade coi batteri ciò che segue per certi insetti, e come ad es. per le cavallette, che, in certe circostanze loro singolarmente propizie, si moltiplicano a dismisura ed emigrano portando la desolazione in regioni lontane da quelle in cui sono nate.

È l'introduzione del paradigma mansioniano nella scienza nazionale. Niente è fisso e determinato - né le razze, né le patologie (che emigrano anche esse); tutto si trasforma secondo le circostanze e i fattori che si presentano. Rho è un ottimista, un medico dell'era batteriologica: l'unico ostacolo al mantenimento della salute nei «paesi caldi» è l'ignoranza dell'igiene.

4.8 Assab e Massaua, la «Porta dell'Inferno»: i primi studi in colonia

Nel 1894 la Direzione del servizio sanitario della marina pubblica il volume *Massaua: clima e malattie*. Il libro si presenta come un compendio degli studi fino a quel momento prodotti sui possedimenti italiani, raccolti e sistematizzati da Giovanni Petella, Alessandro Pasquale, e dello stesso Rho e riuniti assieme come omaggio ai membri dell'XI Congresso Medico Internazionale - sezione di medicina e chirurgia militare -, tenutosi a Roma nel 1894.¹⁸⁹ Come si legge nella prefazione:

Di quella parte della regione africana nel Mar Rosso, la quale oggi va col nome di Colonia Eritrea, unico possedimento d'Italia oltre i confini propri e i propri mari, Massaua dischiuse fin dai primi anni ch'essa passò al nostro dominio, un assai largo campo di studi climatici e medici agli ufficiali sanitari di terra e di mare ch'ebbero

¹⁸⁸ Ivi, p. 390. Il passo ricalca il testo di Manson citato nei precedenti paragrafi.

¹⁸⁹ *Atti dell'XI congresso medico internazionale. Roma, 29 marzo-5 aprile 1894 (International Medical Congress)*, Rosenberg & Sellier, Torino 1895.

a recarvi il loro operoso esercizio professionale¹⁹⁰.

Si tratta dunque dell'apertura di un «vasto e nuovo» terreno di osservazione e sperimentazione, che nel primo periodo dell'espansione italiana sarà appannaggio dei soli clinici militari: la forma peculiare del loro contributo allo sviluppo della scienza nazionale¹⁹¹.

Il primo territorio coloniale sottoposto ad indagine sistematica da parte dei medici italiani della marina e dell'esercito è dunque il porto di Massaua. La sua rappresentazione sarà, tra fine XIX e metà XX sec., tutt'altro che statica: seguendo gli andamenti della politica d'oltremare, l'immagine del centro eritreo muterà connotazione, acquisendo di volta in volta un aspetto funzionale agli assetti del dominio. Tra 1885 e 1893 numerosi articoli pubblicati all'interno della rivista «Giornale medico del Regio Esercito e della Regia Marina» prendono in esame le condizioni sanitarie del territorio appena conquistato. L'immagine che ne restituiscono è, contrariamente alle aspettative, ben poco “esotica”: il centro sulle rive del Mar Rosso è una «landa squallida», caratterizzata da un clima micidiale, il cui ambiente, per i miasmi che sorgono dalla putrefazione della materia organica lasciata in riva dalle maree, danneggia la salute dei marinai e dei soldati italiani¹⁹². Massaua assomma in sé i fattori patogeni che la letteratura medica, ancora fortemente influenzata dalle teorie miasmatiche, assegna alle località di porto; fattori a cui si aggiungono gli elementi di pericolo che la scienza otto-novecentesca continuerà ad attribuire ai “tropicali” e alla loro dimensione di “eccesso”.

Un porto dunque in una zona “tropicale” poco conosciuta: l'esito è una rappresentazione che concede ben poco spazio all'ottimismo: «il [...] nome stesso [di Massaua] dicesi suoni [significati]: Porta dell'inferno»¹⁹³, ricordano i medici inviati oltremare facendo ricorso, in alcuni casi, alle forme letterarie della rappresentazione dantesca.

Questa prima immagine di Massaua, che si ritrova in scritti editi tra 1885 e 1894, è un prodotto composito: vi influisce non solo l'osservazione diretta dei medici militari italiani inviati oltremare - le loro impressioni immediate -, ma anche la letteratura medica a cui i sanitari fanno riferimento, alla ricerca di un'autorità che possa verificare, sorreggere, legittimare i loro resoconti di geografia medica “improvvisata”. La rappresentazione di Massaua come “inferno climatico” costituisce dunque, si potrebbe dire, un'immagine in parte ereditata da testi medici di metà ottocento, quando la mortalità per malattia degli europei in colonia era ancora elevata¹⁹⁴; una tendenza destinata a cambiare grazie all'applicazione di

¹⁹⁰ R. Bassi, *Prefazione*, in F. Rho, A. Pasquale, G. Petella, *Massaua. Clima e malattie. Studi*, Bertero, Roma 1894, pp. VII-VIII.

¹⁹¹ *Ibidem*. Per una prospettiva attenta all'apporto della medicina militare, ed in particolare dei medici dell'esercito inviati oltremare durante le campagne coloniali e non, si vedano i lavori di Claire Fredj: C. Fredj, *Médecins en campagne, médecine des lointains. Le service de santé des armées en campagne dans les expéditions lointaines du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique)*, Thèse du Doctorat, sous la direction de D. Nordman, Paris, EHESS, a.a. 2005-2006; Id., *Retrouver le patient colonisé. Les soins aux 'indigènes' dans l'Algérie coloniale (fin XIXe s. - années 1930)*, in «Histoire, médecine et santé», 7 (2015), p. 37-50.

¹⁹² Cognetti, *Appunti di geografia medica sul porto di Massaua*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 7 (1887); Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito (d'ora in poi USSME), L-7 b. 86, f. 2, *Relazione sullo stato sanitario della truppa nel mese di marzo 1886*, Aprile 1886.

¹⁹³ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua. Studio sulle malattie febbrili che vi predominano*, in A. Petella, F. Rho, A. Pasquale, *Massaua. clima e malattie*, cit., p. 99.

¹⁹⁴ F. D. Curtin, *Death by migration*, cit.

misure igieniche da parte dei governi coloniali e poi sotto il peso delle scoperte “rivoluzionarie” della batteriologia di Koch e Pasteur.

Intento dell’opera curata dall’Ispettorato di sanità militare marittima italiano - il già citato lavoro *Massaua: Clima e malattie* – era invece produrre, sulla base dei dati e delle serie statistiche e di misurazione accumulate, una trattazione scientifica sugli aspetti meteorologici e medici dei primi possedimenti, superando le incertezze e incompletezze degli studi precedenti; come scrive Rho, nel contributo *Sguardo generale sulla patologia di Massaua. Studio sulle malattie febbrili che vi predominano*, è necessario far luce sulle visioni erranee e «fantasiose» riportate sul primo lembo d’Africa italiano dal discorso pubblico:

Lo sbarco di numerose truppe e la prolungata stazione di parecchie navi [...] diedero campo ai medici militari di far ampia conoscenza con la patologia del luogo, intorno alla quale pareva si fosse sbizzarrita fino allora la fantasia dei viaggiatori. [...] Molto si è dunque esagerato e si è scritto a vanvera sulle malattie e sul clima micidiale di Massaua, il cui nome stesso dicesi suoni: Porta dell’inferno. L’esagerazione e l’incertezza dei dati forniti da gente ignara si riflette nei libri di patologia esotica e di geografia medica, che riboccano di errori per quanto riguarda Massaua. Raccogliere e raggruppare con la maggior esattezza possibile i fatti principali e meglio accertati, è lo scopo degli scritti contenuti in questa raccolta e del presente cenno generale e sintetico, che rispecchia in special modo i lavori e gli studi dei medici della Regia marina, e perciò si restringe propriamente al porto di Massaua¹⁹⁵.

È il “disvelamento razionale” di chi, dopo esser stato in colonia per un breve periodo di tempo, è potuto tornare in patria per condurre uno studio sistematico e completare le ricerche in prossimità dei maggiori centri di ricerca, fortemente influenzati dal cambiamento di paradigma che interessa la medicina in quegli anni: Petella lavora in stretta connessione con l’Ufficio centrale di meteorologia e geodinamica di Roma, di cui consulta «i documenti scientifici esistenti»¹⁹⁶; Pasquale mette a punto le ricerche batteriologiche e parassitologiche condotte a Massaua grazie agli strumenti della Stazione zoologica di Napoli; la conoscenza di Filippo Rho, come si è visto, è ancorata alla letteratura accademica nazionale e internazionale, oltreché all’esperienza diretta nei possedimenti d’oltremare, in cui il medico soggiorna nel 1887. Questa “mobilità” è la differenza che separa gli ufficiali sanitari della marina, e quelli dell’esercito al seguito di spedizione d’occupazione, dai medici militari che presteranno servizio, per periodi di tempo più lunghi, nelle strutture sanitarie coloniali e che costruiranno i loro studi principalmente attraverso l’osservazione diretta in contesti scientificamente “periferici”.

Lo studio che apre il volume sulla patologia di Massaua è il contributo di Petella: *Massaua ed Assab. Saggio di topo-idrografia e climatologia comparate*. L’autore mette appunto un confronto fra i due possedimenti sul piano idrologico, geologico, costruendo medie sulla temperatura, l’evaporazione, la pressione atmosferica, le piogge ed altri indicatori meteorologici delle due località. A differenza degli altri saggi presenti nell’opera, a prevalere

¹⁹⁵ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua. Studio sulle malattie febbrili che vi predominano*, cit., p. 99. Anche Petella ribadisce: «sul clima [di Massaua], che un proverbio arabo designa in Mar Rosso con pittoresca allegoria come sinonimo d’inferno, si spacciarono, nei primi tempi, idee erranee e cifre esagerate che non sarebbero state espresse, se si fossero lette le primizie climatologiche [di alcuni precedenti studi]» A. Petella, *Massaua ed Assab. Saggio di topo-idrografia e climatologia comparate*, cit., p. 6.

¹⁹⁶ Ivi, p. 28.

però è un'immagine letteraria di Massaua ed Assab, contrapposte l'una come una «plaga pestifera» per il suo «clima micidiale» e l'altra come la «Viareggio o San Remo dei tropici», un «paese senza moria per la nostra gente, dall'aria purissima, mossa talvolta fin troppo»¹⁹⁷. Nell'introduzione ai risultati dello studio Petella scrive:

Quando ebbi a partire la prima volta per Massaua, dove noi medici di marina soggiornammo un po' tutti, per giro di servizio navale, mi era cara prospettiva al pensiero attraversare le classiche acque del Mar Rosso su cui due civiltà scrissero, ciascuna, una grande storia diversa, e mi traeva vivo il desiderio di veder da vicino quel lembo di terra, legata oramai alla Patria da mille timori e mille speranze¹⁹⁸.

Il contributo è un continuo gioco letterario costruito su una stratificazione di immagini: l'inferno "medico-climatico" non può che avere le forme letterarie dell'inferno dantesco. Il quadro di riferimento sono gli studi geografici prodotti sui territori eritrei, ma la cornice complessiva è il sapere umanistico e il risultato un testo scientifico che ha toni di un resoconto di viaggio in cui fonti statistiche e fonti letterarie convivono insieme:

Avevo, anzi, letto in un libro magistrale [Hirsch] che di tutta quella costa occidentale del Mar Rosso, Massaua fosse, appunto, il sito più segnatamente infesto dalla malaria, pressoché inabitabile per gli Europei; ne avevo poi udito parlare davvero come di una bolgia Dantesca, da cui non si sarebbe usciti che per miracolo, senza la milza gonfia, l'anemia profonda, il corpo in isfascio e lo spirito fiaccato. Ed allora, mentre mi disponevo a bordo della R. cannoniera Cariddi, con la quale si filava, lentamente per fortuna, verso quella plaga pestifera e rovente, a somministrare chinina in prevenzione agli uomini dell'equipaggio ed a prenderne io medesimo, andavo anche fra me con vago desiderio pensando, se non fosse stato meglio cambiar rotta e mettere la prua per Assab¹⁹⁹.

Di orientamento diverso è il testo di Rho, diretto alla ricostruzione delle malattie dominanti a Massaua. Il medico costruisce il suo studio sulle ricerche fino a quel momento prodotte sui possedimenti d'oltremare pubblicate sul periodico «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina» dai medici di entrambi i corpi militari²⁰⁰, nonché sulle statistiche dei soldati e marina ricoverati presso la nave *Garibaldi*, ancorata nel porto di Massaua e trasformata in ospedale galleggiante nel 1885.

Fin dai primordi della spedizione - scrive Rho -, l'amministrazione dell'esercito impiantò a Ras Madur, nel luogo più sano ed esposto ai venti del largo, un ospedale a baracche. Pei corpi della R. Marina la *Garibaldi*, una vecchia fregata in legno, veniva fin dal 1885 adattata ad uso di ospedale. I malati erano a quest'uopo ricoverati al centro, nella batteria, fornita di ampi portelli e sgomberata d'ogni materiale guerresco; in coperta erano ricoverati altri infermi protetti da una specie di terrazza a doppio tetto, che si costruì all'uopo. La *Garibaldi* ancorata ed ormeggiata fra punta Gherar e la piccola penisola di Abd el Kader presentava il fianco sinistro ai venti dominanti che vengono dal largo e si trovava perciò in buone condizioni di ventilazione, essendo stati aperti anche larghi portelli per dare aria e luce al corridoio e agli alloggi ivi esistenti²⁰¹.

¹⁹⁷ Ivi, p. 3. Tutto è ricondotto al conosciuto. Qui Petella riprende le parole dell'esploratore Giovanni Battista Licata in G. B. Licata, *Sei mesi ad Assab*, in «Bollettino della Società Geografica Italiana», IX, 4-5 (1884).

¹⁹⁸ *Ibidem*

¹⁹⁹ *Ibidem*

²⁰⁰ «Ho ricorso però ampiamente ai dati e alle memorie dei sanitari del Regio Esercito, sempre quando si prestavano a completare le notizie, basate sulle nostre statistiche», F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 99.

²⁰¹ Ivi, p. 100.

La *Garibaldi* è dunque ben diversa dalle navi ospedali che successivamente la marina utilizzerà per la campagna di Libia²⁰² e nella guerra italo-etiopica²⁰³: somma insieme le funzioni di caserma e di luogo di ricovero, contravvenendo al principio di omogeneità d'ambiente richiesto dalle strutture ospedaliere; non pochi saranno problemi di igiene e tutela degli organismi malati generati da questa eterogeneità di spazi:

Ciò non di meno, non si poteva rimediare all'angustia dello spazio ed all'agglomeramento inevitabile, dovendo quella nave servire non solo da ospedale, ma da caserma per i marinai e da sede del Comando militare marittimo. Col clima caldo umido di Massaua, l'angustia dei locali - insufficientemente bilanciata dalla ventilazione nelle giornate e nelle lunghe ore di calma - doveva contrariare la cura di certe malattie e soprattutto delle chirurgiche. Inoltre, quel vecchio bastimento in legno diventò presto l'abitazione favorita di miriadi di blatte e di torme di topi, a cui si dava caccia incessante, ma che si moltiplicavano con fecondità veramente tropicale²⁰⁴.

Il medico della marina inizia la sua trattazione a partire dai dati di morbilità e mortalità registrati sulla *Garibaldi* relativi agli equipaggi delle navi stazionanti di fronte a Massaua tra il 1887 e il 1889, triennio in cui si rileva il picco massimo della forza media presente: 2.404 uomini contro i 700-800 del biennio precedente e i 1.550 del triennio successivo²⁰⁵. Sono dunque i militari italiani, della marina ma anche dell'esercito²⁰⁶, a costituire il primo nucleo di popolazione «coloniale» sottoposto a rilievo statistico-sanitario, l'oggetto di un sistematico studio «quantitativo» da parte dei medici operanti oltremare. Ciò d'altra parte non deve stupire: i corpi dei militari rappresentano nel XIX sec. un'area di attenzione privilegiata della medicina convertitasi ai metodi d'indagine «numerici»²⁰⁷.

Quali dunque le malattie prevalenti? Le statistiche - scrive Rho - evidenziano l'altissimo numero di militari colpiti da febbri, diffuse endemicamente nel territorio:

Fin dai primordi dell'occupazione di Massaua attirò l'attenzione dei nostri sanitari, come causa precipua della morbosità, il numero stragrande di febbri che scoppiavano in vaste epidemie in certi mesi e a cui gran parte della gente pagava il suo tributo [...] Allo scopo di promuovere uno studio più profondo sulla patologia di quel clima e anzitutto a risolvere la controversa questione di quelle febbri endemiche, il Ministero della marina, con lodevole iniziativa, faceva colà istituire nello scorcio dell'anno 1888 un gabinetto fisio-batteriologico, affidandone l'impianto e la direzione al medico di prima classe dottor A. Pasquale²⁰⁸.

²⁰² Le navi ospedale impiegate nel conflitto italo-turco saranno: *Menfi*, *Re d'Italia*, *Regina d'Italia*, cfr. *Il corpo sanitario militare marittimo. Centocinquantesimo della sua istituzione (aprile 1861-2011)*, Supplemento a «Rivista Marittima», 1 (2011).

²⁰³ Saranno otto in totale: *Urania*, *Tevere*, *Helouan*, *Vienna*, *California*, *Cesarea*, *Aquileia*, *Gradisca*. USMM, *Archivio di base*, b. 2824, lettera n. 11767, del 10 dicembre 1936, dalla Dir. Gen. della Sanità Militare marittima a MARISTAT - Ufficio Coordinamento.

²⁰⁴ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 100.

²⁰⁵ *Ibidem*

²⁰⁶ P. Panara, *L'ospedale da campo in Massaua e le vicende sanitarie del corpo di spedizione dal febbraio al settembre 1885 (letto nelle conferenze scientifiche dell'ospedale militare di Roma nei mesi di febbraio e marzo 1886)*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 4-5 (1886).

²⁰⁷ Sulla «medicina numerica» si veda A. Parodi, D. Neasham, P. Vineis, *Environment, Population, and Biology: a short history of modern epidemiology*, in «Perspectives in Biology and Medicine», XLIX, 3 (2006), pp. 357-368; J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, in «Le Mouvement Social», 257 (2016).

²⁰⁸ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 104.

L'eziologia dei morbi così frequenti a Massaua non era chiara, e di conseguenza neppure il loro quadro nosologico: febbri tifoidi o malariche? L'interrogativo non è da poco: si trattava di stabilire se il primo possedimento d'oltremare italiano fosse terra malarica o meno, in anni in cui tale affezione è percepita come il principale ostacolo alla colonizzazione e, all'interno dei confini nazionali, come impedimento specifico allo sviluppo economico della penisola²⁰⁹. Nel 1888 è dunque inviato a Massaua Alessandro Pasquale con il compito, affidatogli dal Ministero della marina, di accertare l'agente responsabile delle affezioni attraverso l'impianto di un gabinetto batteriologico in colonia, il primo costruito nei territori italiani del Mar Rosso. Il resoconto della spedizione di Pasquale, che si sviluppa in due tempi - dall'agosto 1888 al maggio 1889, e dal settembre 1889 al maggio 1891 - rappresenta una fonte interessante per comprendere i procedimenti pratici, oltreché intellettuali, della medicina in colonia; una medicina che si trova ad applicare a contesti periferici, facendo appello ad una certa *plasticità* della scienza, i metodi e i protocolli elaborati dai centri della ricerca europea in anni di mutamento della disciplina: sempre più esperienza di laboratorio che clinica e terapeutica²¹⁰. Grazie al supporto finanziario del Ministero della marina Pasquale è dotato della strumentazione necessaria che raccoglie e ordina in una costruzione predisposta per ospitare, sulla nave *Garibaldi*, il laboratorio batteriologico²¹¹. Spazi e strumenti sono appositamente ridefiniti e progettati per contrastare gli ostacoli di un ambiente "ostile", in uno sforzo di adeguamento della scienza al contesto specifico di una nave ormeggiata ai «tropici»:

Un [...] grave inconveniente, per le prolungate osservazioni microscopiche, era la sovrabbondanza eccessiva di luce. L'aver fatto dare alle pareti interne del laboratorio una tinta grigia oscurissima non bastava; io fui in seguito obbligato a far costruire per il microscopio una specie di casotto, che mi servì anche come cassa da imballaggio, dipinto perfettamente in nero, con due finestri laterali per la circolazione dell'aria ed una porta a saliscendi in avanti per poter limitare l'entrata della luce a quel tanto necessario per lo specchio del microscopio. Una tendina, attaccata posteriormente, che si lasciava pendere dietro la spalliera della sedia dell'osservatore, poteva rendere quasi del tutto oscuro questo spazio²¹².

Nel secondo periodo di studio in colonia, Pasquale trasferisce il laboratorio nei locali dell'ospedale costruito dalla marina a Massaua - anche questo caso gli ostacoli tecnici non mancheranno²¹³ -, e ottiene di poter edificare sul mare «una buona cella mortuaria [...], nella

²⁰⁹ P. Snowden, *La conquista della malaria*, cit.; P. Corti, *Malaria e società contadina nel Mezzogiorno*, in F. Della Peruta, *Storia d'Italia, Annali VII. Malattia e Medicina*, Einaudi, Torino 1984.

²¹⁰ Per una prospettiva attenta ai procedimenti e alla pratica "quotidiana" della scienza si veda B. Latour, *La Scienza in azione. Introduzione alla Sociologia della Scienza*, Torino, Edizioni di Comunità, 1998.

²¹¹ «Il mio corredo scientifico - scrive - si compose di: 1 microscopio Hartnack, fornito di lente ad immersione omogenea e di tutto l'occorrente; per misurare e disegnare gli oggetti microscopici; 1 microtomo Jung; 1 globulimetro Thoma; 1 stufa Meyer per inclusioni in paraffina; 1 stufa sterilizzatrice a secco; 1 stufa sterilizzatrice a vapore di Kocii; 1 bagno-maria; 1 apparecchio livellatore; 1 reagentario abbastanza completo per analisi d'urina; 1 frigidario a ghiaccio. Sostegni, imbuti, camere umide (in seguito scatole di Petri), matracci Erlenmeyer, palloni, tubi da culture, colori, ecc.» A. Pasquale, *Patologia di Massaua. Ricerche etiologiche ed anatomo patologiche* in Petella, Rho, Pasquale, *Massaua: climi e malattie*, cit., p. 163.

²¹² Ivi, pp. 163-164.

²¹³ «Nel 2° periodo della mia permanenza a Massaua, avendo dovuto provvedere all'impianto dell'ospedale in fabbrica della regia marina, mi riuscì di ottenere per uso di laboratorio due stanzette, nelle quali, oltre a poter lavorare con maggior sicurezza, godeva altresì d'una maggiore libertà. Comecché però sprovviste di vetri (e così sono quasi tutte le case nei tropici), questa seconda sede del mio laboratorio trovavasi maggiormente esposta alla

quale si poteva procedere comodamente alle autopsie»²¹⁴. Attraverso tale corredo tecnico, il medico della marina si dedicherà allo studio delle cause batteriologiche delle «febbri climatiche», passando al setaccio del microscopio tutti gli elementi, organici e non, che compongono l'ambiente di nuova occupazione, a partire dal corpo dei militari malati di stanza a Massaua: «le mie ricerche furono anzitutto dirette sull'organismo ammalato, sangue, feci, urine, cute comparativamente col sano, e in parte anche sull'ambiente esterno, alimenti, aria, acqua, suolo»²¹⁵. I risultati ottenuti dall'esame di 85 pazienti (di cui solo 3 indigeni), la maggior parte provenienti dalla Garibaldi, sono quasi tutti negativi: Pasquale non riuscirà a individuare nel sangue degli ammalati il plasmodio se non in 7 casi, aprendo la strada alla definizione di Massaua come ambiente non malarico: «di fronte ad un risultato negativo così costante, *l'infezione malarica resta recisamente esclusa*»²¹⁶. Gli esiti delle sue ricerche verranno ripresi da altri studi, generando un ottimismo sulla costituzione patologica dei territori di conquista. Massaua, che le prime osservazioni descrivevano come ambiente insalubre per eccellenza, perché località di porto (per di più ai «tropici»), soggetta, secondo le concezioni della medicina miasmatica, alle emanazioni nocive ai lasciti organici delle maree²¹⁷, muterà a fine secolo la sua immagine. Da luogo «mefitico» a insediamento possibile anzi favorevole per l'europeo, dotato *naturalmente* di buone condizioni sanitarie rispetto ad altri possedimenti del continente africano:

Dalla rassegna che abbiám fatto delle principali malattie, risulta che Massaua, relativamente ad altri paesi tropicali, in special modo in Africa, si trova in eccellenti condizioni sanitarie; la malaria vi è sconosciuta o quasi, non vi è un esorbitante dominio della dissenteria, il colera vi è entrato per la prima volta senza dare un'epidemia né prolungata né intensa, di peste non si parla; i morbi oftalmici, venerei e sifilitici vi sono meno frequenti che da noi; il vaiuolo ha sempre risparmiato la nostra gente; il bottone d'Aleppo, la lebbra, la filariosi, la bilharzia ematobia, l'anchilostomiasi, ecc., il beri-beri, l'ahinum, il micetoma ed altre malattie che si incontrano, se non in tutti, in molti paesi caldi, non vengono nemmeno segnalate dai nostri medici²¹⁸.

Medici dell'era batteriologica, gli autori del volume accorciano le distanze tra colonia e madrepatria, riducendo gli esotismi, sottoponendoli a verifica statistica e laboratoriale (i marinai saranno la prima porzione di popolazione "coloniale" italiana sottoposta a misurazione quantitativa). È un ottimismo alimentato dalla efficacia della medicina della rivoluzione batteriologica, che proclama di aver trovato soluzione operativa a tutti i mali della società. L'immagine che ne risulta è funzionale alla definizione e al consolidamento del dominio italiano: conclusioni pessimistiche cedono dunque il passo all'ottimismo della conquista, più adeguato alle necessità di una retorica coloniale in costruzione.

polvere del Kamsin ed agli eserciti di mosche, che spesso divenivano assai più insopportabili del caldo. Una causa frequente d'inquinamento delle culture piatte o in tubi, massime di quelle saprogene». *Ibidem*

²¹⁴ *Ibidem*

²¹⁵ Ivi, p. 166.

²¹⁶ Ivi, p. 167.

²¹⁷ «I porti hanno sempre richiamato tutta l'attenzione dei medici di marina, perché, sottraendo le navi ancoratevi al benefico influsso dell'atmosfera libera, di cui queste godono durante la navigazione, riescono spesso a perturbare la salute degli equipaggi, i quali si trovano esposti a risentire di possibili nocive influenze di circostanti terreni malsani. Frequente è nei porti lo sbocco di corsi luridi». Cognetti, *Appunti di geografia medica sul porto di Massaua*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 7 (1887), p. 769.

²¹⁸ A. Pasquale, *Patologia di Massaua*. cit., p. 128.

La rappresentazione offerta dai medici della marina è inoltre un'immagine "competitiva": la salubrità del centro eritreo è misurata in modo relazionale, comparativamente alla fisionomia sanitaria dei territori imperiali delle altre potenze europee. Con i loro studi gli ufficiali sanitari forniscono la conferma implicita della possibilità di sfruttamento della colonia appena formatasi: di come dunque l'area conquistata presenti caratteristiche se non favorevoli, almeno migliori di altri territori, in relazione alla possibilità di insediamento europeo e di valorizzazione economica; processi non ostacolati - testimoniano i medici - da "pericolosi" fattori di ordine "naturale".

Pubblicazioni successive sfateranno però il mito di Massaua esente da infezione malarica, pur mantenendo un certo ottimismo sulle condizioni sanitarie della colonia²¹⁹: una rappresentazione, funzionale agli assetti di dominio, che si ritroverà anche nella descrizione dei possedimenti somali, colonia "equatoriale" solo per posizione geografica ma non per profilo epidemiologico, secondo le fonti mediche, come si vedrà.

4.9 Malaria: malattia nazionale o coloniale?

Nel 1904 gli «Atti della società per gli studi della malaria» ospitano l'articolo *Note e osservazioni sulla malaria nella Colonia Eritrea* dei medici militari Eliseo Mozzetti e Giovanni Memmo. Ai due studiosi si deve un'ampia ricerca sulla distribuzione della malattia nel territorio coloniale, condotta attraverso un'osservazione che tiene insieme caratteristiche biologiche dei vettori (zanzare), conoscenza dell'ambiente e delle abitudini delle popolazioni locali. Lo studio sancisce che la malaria è endemica in Eritrea fino alle latitudini di 1750-1800 metri, solo per alcuni mesi all'anno, «mesi - scrivono i due autori - che non sono gli stessi per tutta la Colonia, ma che variano a seconda del regime delle piogge, alle quali va soggetta la regione»²²⁰.

Quello di Memmo e Mozzetti costituisce l'unico articolo dedicato allo studio dei territori africani italiani pubblicato dalla rivista della Scuola romana di malariologia, quando invece largo spazio viene lasciato dal periodico alla trattazione della malattia nelle aree dell'impero francese, britannico e portoghese, oltreché all'analisi nelle regioni malariche italiane²²¹. Tra medicina «coloniale» italiana e malariologia, così come quest'ultima si sviluppa nella

²¹⁹ Scrivono ad esempio Eliseo Mozzatti e Giovanni Memmo: «Riteniamo ci sia lecito affermare che l'Eritrea non si trova certo in condizioni sfavorevoli per rispetto alla malaria, tanto più se si consideri come colonia del continente africano. La malaria infatti là dove domina, è limitata solo a pochi mesi dell'anno e si presenta in forma grave soltanto in pochissime località, mentre può dirsi mite in tutte le altre regioni ad essa soggette», E. Mozzetti, G. Memmo, *Note e osservazioni sulla malaria nella Colonia Eritrea*, in «Atti della Società per gli studi della malaria», 1 (1904), p. 384.

²²⁰ A Massaua l'affezione è dunque presente ma non nelle forme più gravi: si tratta di terzane lievi mentre «i casi di perniciosa sono scarsissimi, e spesso per perniciose malariche sono stati confusi con i colpi di sole o di calore, facili a verificarsi in quella regione». E. Mozzetti, G. Memmo, *Note e osservazioni sulla malaria nella Colonia Eritrea*, cit., pp. 370-371. Studi successivi sulla malaria in Eritrea saranno presenti nel volume del 1914: Ministero delle Colonie, *Collezione di pubblicazioni scientifiche sull'Eritrea. Vol. I. Studi di medicina tropicale*, cit.

²²¹ Il periodico è strutturato in modo da ospitare nelle prime pagine contributi relativi alla malaria in paesi esteri e colonie, seguiti da studi sulle diverse aree della penisola italiana.

penisola, il nesso non è infatti immediato come ci si aspetterebbe: i due ambiti si configurano spesso come campi paralleli, più che coincidenti; pur insistendo in un medesimo quadro, gli studi sulla «malattia nazionale» italiana e il contributo dei medici coloniali e militari sui possedimenti d'oltremare tenderanno il più delle volte a non intrecciarsi. E questa è una contraddizione tutta della scienza italiana. La malaria, assieme alla febbre gialla e alla malattia del sonno, costituiscono gli obiettivi di ricerca attorno a cui si verrà consolidando la medicina coloniale come campo di studio; ma se per gli studiosi inglesi e francesi la malaria è un problema coloniale, un'affezione che colpisce i territori conquistati impedendo lo sfruttamento o la «valorizzazione» delle loro risorse, in Italia la malaria è una questione interna in primo luogo, un male «nazionale».

Non stupisce dunque come i primi studi sull'affezione in Eritrea provengano da medici militari e non da studiosi della Scuola romana, dove in alcuni casi forte era il dissenso nei confronti dell'avventura coloniale italiana. Una separatezza che si riproporrà anche nelle scelte della comunità scientifica: Grassi e Golgi saranno membri della *Société de pathologie exotique* fondata in Francia da Alphonse Laveran nel 1907²²², anch'essa inaugurata in seguito alle sollecitazioni di Patrick Manson, ma non dell'analogo, seppure ben più ristretto organismo nazionale voluto da Celli. L'opposizione dei primi due malariologi (in particolare Grassi) ai metodi di contrasto della malaria proposti da Celli, basati sulla somministrazione del chinino (quando invece i due studiosi sostenevano che l'azione di lotta dovesse impennarsi sull'insieme integrato di terapeutica chimica, protezione meccanica e riforme agrarie), senza dubbio avrà un ruolo determinante nel definire i caratteri della disciplina italiana rivolta ai «tropici» e le alleanze interne della comunità scientifica che se ne farà promotrice²²³.

In questo quadro, Celli costituisce dunque un'eccezione: l'igienista italiano, fondatore della Società italiana di medicina e igiene tropicale, sarà inoltre all'origine di uno dei (pochi) centri di ricerca medica aperti nell'oltremare italiano. Consultato da Ferdinando Martini nel 1903 per elaborare delle strategie di contrasto contro l'epizoozia di peste diffusa in Eritrea dal XIX sec., Celli si farà promotore della formazione di una spedizione scientifica che, dopo un primo periodo di studio, darà vita all'Istituto siero vaccinogeno di Asmara²²⁴. Il suo ruolo di raccordo giocato dall'igienista è inoltre ben testimoniato dalla prefazione, da lui redatta, alla traduzione del manuale di Patrick Manson *Tropical diseases*: l'Italia, ricorda Celli, ha «esteso territorio paratropicale, con le relative epidemie dominanti» a cui far fronte, oltre alle «colonie da mettere in valore nell'Africa, e milioni di figli [che] dovrebbe proteggere nell'emigrazione transoceanica»; il successo dell'edizione italiana del volume - afferma dunque l'igienista - non può che essere assicurata.

²²² *Liste des membres de la Société de Pathologie exotique*, in «Bulletin de la Société de pathologie exotique», V, 1 (1912), pp. II-X. Questi gli italiani aderenti: Grassi (membro onorario), Castellani (membro associato straniero) Golgi (membro associato straniero), Gabbi (corrispondente straniero). Sulla società si veda: J. P. Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960: lépre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Karthala, Paris 1996, pp. 151-156.

²²³ Per una lettura degli studi italiani di malariologia attenta alle conflittualità persistenti all'interno della comunità medica «romana», intesa come campo di rivalità piuttosto che come scuola unitaria, si veda: G. Corbellini, *La lotta alla malaria in Italia: conflitti scientifici e politica istituzionale*, cit.

²²⁴ ASDMAE, *MAI* vol. III, b. 106, f. 12, *Relazione sui servizi sanitari delle nostre colonie*, novembre 1908.

Non sarà però solo la malaria ad interessare i primi medici studiosi delle patologie «tropicali». Altrettante preoccupazioni sono il colera, il vaiolo «frequentissimo tra i nativi di Massaua» (non però tra gli italiani grazie alla vaccinazione), la dissenteria, il colpo di calore. Ma ad attirare la curiosità dei medici italiani saranno soprattutto gli andamenti *insoliti* delle malattie, che esulano dai quadri nosografici della scienza europea, e le reazioni dei “corpi” indigeni a patologie conosciute, anche in questo caso al di fuori delle classificazioni consolidate e stratificate della tradizione medica occidentale.

4.10 Corpi anomali, corpi anormali.

Dopo aver passato in rassegna colera, vaiolo, dissenteria, scorbuto, malattie veneree (poco comuni tra i marinai anche per «una certa avversione al commercio sessuale con persone di razza diversa»²²⁵), Rho concentra l'attenzione del suo studio, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, sulle affezioni chirurgiche e sul loro decorso nel clima «tropicale».

La gangrena nosocomiale, l'osteomielite, ecc. - scrive - sono malattie di ogni tempo e di ogni regione del globo. Ma benchè nessun clima goda di immunità per esse, i medici militari francesi ed inglesi delle colonie sono concordi nell'asserire che i paesi tropicali d'America, d'Asia, d'Africa sono i più infestati da questi morbi²²⁶.

Ma continua:

D'altre parte potrei citare una serie assai più numerosa di osservazioni, dalle quali apparisce la grande facilità onde si risanano le ferite nei paesi caldi. Semplici tagli ed estese incisioni operative guariscono con molto maggior sicurezza e rapidità, *caeteris paribus* nelle regioni tropicali e subtropicali che nelle latitudini più fredde²²⁷.

A sostegno di questa seconda tesi, il medico riporta esempi tratti da autori italiani, ma anche stranieri, a partire da una testimonianza del geografo Antoine Petit, citata in Hirsh, relativa alla metà dell'ottocento: «Sei amputati al modo etiopico, senza lembi, senza legature, cosperso solo il moncone con burro bollente, li vide guarire in 18 giorni, senza che dessero emorragia, né complicazioni gastriche, né febbre traumatica»²²⁸. Seguono le impressioni di Nerazzini, medico in servizio ad Assab che notava nel 1884 sul «Giornale di medicina militare» come le ferite avessero decorsi «inattesi» e «insoliti»²²⁹: «Egli afferma di non aver mai temuto né infezione purulenta, né risipola, né cangrena d'ospedale, giacché sapeva di possedere là, naturalmente, quanto i nostri chirurghi cercano oggi di avere, portando quegli ammalati su cui si debbono eseguire gravi operazioni, possibilmente fuori dai centri abitati»²³⁰. È dunque un ambiente adatto, quello di Massaua, più di quello ospedaliero, alla

²²⁵ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 118.

²²⁶ Ivi, p. 121.

²²⁷ Ivi, p. 122.

²²⁸ *Ibidem*

²²⁹ C. Nerazzini, *Osservazioni mediche sulla baia di Assab*, in «Giornale di medicina militare», (1884).

²³⁰ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 123. Il corsivo è nel testo.

guarigione dei tessuti: la “natura”, non la tecnica artificiale dell’uomo, aiuta qui la medicina e fa compiere miracolose trasformazioni ai corpi indigeni. Qualche anno più tardi il tenente medico Mario Virgallita - nell’articolo *Relazione sanitaria sui feriti nel combattimento di Saganeiti* (1889) - spiegherà con fattori razziali, oltreché ambientali, la rapidità dei processi di cicatrizzazione riscontrati in colonia: «si direbbe che i microrganismi tanto temuti, e contro cui nei nostri ospedali non vi sono precauzioni mai sufficienti per premunirsene, non allignino sulla razza nera o sul suolo africano, ove ho visto non poche ferite di arma da fuoco guarire senza quasi suppurazione»²³¹. Un’immagine che va di pari passo con quella dell’insensibilità degli indigeni al dolore, con la rappresentazione dei corpi dei colonizzati come luoghi del “meraviglioso”²³², in cui si sovvertono tutte le leggi che regolano i funzionamenti organici dell’europeo.

Anche durante le operazioni chirurgiche, e ne ho praticate di qualunque gravità, ho notato questa straordinaria indifferenza per il dolore, sicché ad Ua-à durante l’estrazione dei proiettili ed altri atti operativi occorsomi, non ho sentito un lamento, né un accenno a sensazioni dolorose. Assistevo ad uno spettacolo sorprendente e sembravami di operare su cadaveri, non su uomini viventi²³³

Lontano dal fare appello a una spiegazione unica, Virgallita riconosce però il peso dei fattori sociali più che biologici:

Il darne una spiegazione non è facile, tanto che molti son venuti alla conclusione di ammettere nella razza nera un sistema nervoso meno sensibile di quello della razza bianca. È una supposizione che può avere un certo fondamento, ma non credo che possa ammettersi senza il beneficio d’inventario. D’altronde io ho potuto osservare che gl’indigeni abitanti nei nostri possedimenti hanno bene sviluppato le passioni dell’animo, come il sentimento del pudore, quello dell’affetto, specialmente verso i figli e la famiglia, non mancano giammai di rispetto verso le donne, che spesso trattano con certa galanteria, sempre poi con benevolenza, hanno uno sguardo penetrante, che fa scrutare bene chi li avvicina, nelle sventure e nelle malattie di parenti si legge chiaramente sul loro volto l’espressione della loro interna sofferenza [...]. Tutto questo non depone per l’esistenza di un sistema nervoso insensibile²³⁴

²³¹ Poi però Virgallita sottolinea: «Nè a dire che ciò sia un portato di una naturale robustezza, trattandosi di una razza che ha tutto l’aspetto di una generazione in via di deperimento degli individui anche forniti di costituzione fisica ben nutrita possono sviluppare nei lavori manuali pochissima forza muscolare, ed hanno poca resistenza alle fatiche» eccetto le marce; «una prova poi non dubbia non si tratti di una razza forte si trova nell’osservazione che a 40 anni e anche molto prima cominciano ad essere vecchi [...]». La tendenza alla biologizzazione di fattori sociali è qui chiara, come anche l’alternanza e l’oscillazione delle rappresentazioni, tra resistenza e debolezza, vigore e degenerazione, che comunque colloca il corpo indigeno in una dimensione di irregolarità, anomalia. M. Virgallita, *Relazione Sanitaria sui feriti nel combattimento di Saganeiti*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 6 (1889), pp. 843-844; la relazione è relativa alla sconfitta di Saganeti dell’8 agosto 1888.

²³² Per il rapporto fra meraviglioso, mostruoso, patologico e sulle rappresentazioni medicalizzate e non medicalizzate del corpo si veda C. Gallini, *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell’ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano 1983; G. Canguilhem, *La mostruosità e il portentoso*, in Id., *La conoscenza della vita*, cit., pp. 239-255.

²³³ M. Virgallita, *Relazione Sanitaria sui feriti nel combattimento di Saganeiti*, cit., pp. 846-47; il corsivo è mio. Anche Maccagno: «Cosa veramente rimarchevole è la facilità e la rapidità del processo cicatriziale delle ferite in genere. [...] Così furono veramente ammirabili i processi di cicatrizzazione di cinque mutilati d’una mano, che nel mese di gennaio si presentarono in cura all’ospedale civile, di un evirato e di parecchi altri individui, che dai banditi di Ras Alula e del Devev erano stati macellati». G. Maccagno, *Cenni ed appunti di patologie massauense*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 9 (1887), p. 1037.

²³⁴ M. Virgallita, *Relazione Sanitaria sui feriti nel combattimento di Saganeiti*, cit., pp. 846-47.

E poi aggiunge in nota:

A differenza degli uomini adulti ho osservato che le donne ed i bambini emettono lamenti più o meno acuti durante le operazioni chirurgiche dolorose. Chiesto spiegazione di questo fatto ad alcuni indigeni intelligenti mi fu assicurato che la religione di Maometto riprova e proibisce severamente agli uomini le grida di dolore, considerandoli come segni di viltà. E questa proibizione i genitori sanno talmente insinuare nei figli che ho visto dei bambini durante qualche atto operativo cessare di piangere ad uno semplice sguardo di riprovazione del padre [...] Questo proverebbe che non al sistema nervoso insensibile, ma ad una prescrizione religiosa a cui gli arabi sono senza eccezioni ossequienti, si deve il sangue freddo che dimostrano nella medicatura delle lesioni traumatiche²³⁵.

Pur nella diversità di opinioni, di chi sostiene che la cancrena sia più frequente ai tropici, oppure che le ferite si risanino più rapidamente (e senza dolore), risulta chiaro come lo spazio coloniale appaia ai medici italiani, in questi primi studi, come il regno dell'*anomia*, dell'irregolarità e della differenza positiva o negativa, senza una accezione prestabilita e una connotazione valoriale: anomalia più che anormalità²³⁶. Una visione destinata a mutare sotto il peso della divisione "spaziale" inaugurata dalla medicina tropicale e come conseguenza delle esigenze di consolidamento e rappresentazione del potere coloniale, che fisseranno il quadro dei funzionamenti fisiologici "corretti" del corpo ai tropici, sovrapponendoli a quelli dell'organismo dell'europeo in assenza di malattia.

Gli studi di Rho sfuggono però a questa rappresentazione: le impressioni degli studi precedenti sono dal tropicalista razionalizzate, depurate dagli aspetti del "meraviglioso", filtrate dalla lente della medicina "scientifica":

Ciò che rimaneva un mistero o si spiegava incompletamente qualche anno fa ci viene reso chiaro dal progresso che si è fatto, mercè gli studi batteriologici nella tecnica della medicazione delle ferite. Non è vero che gli indigeni offrano maggiore resistenza a queste malattie [le "malattie chirurgiche"] come molti, e il Virgallita stesso, mostrano di credere; come abbiamo visto, Fayer ha trovato grande mortalità per essi negli ospedali di Calcutta. Nei paesi caldi si fa vita all'aperto, le abitazioni sono semplicissime, con grandi aperture e l'aria circola liberamente per ogni dove [...]. In tali condizioni, l'andamento asettico si ottiene anche senza tante meticolose precauzioni. Ma che gli ammalati si affollino in un vecchio ospedale, dove si accumulano per una lunga serie di anni germi patogeni che si tengano chiusi in ambienti ristretti e mal ventilati, come nelle prigioni, o si agglomerino, come è gioco forza fare sopra i bastimenti, ed allora questi germi, proprii degli ambienti chiusi, col clima caldo, moltiplicheranno la loro attività riproduttiva e distruttiva²³⁷

Non c'è dunque specificità dell'ambiente tropicale "naturale": se si affollano i malati in ospedali stretti in luoghi chiusi con poca ventilazione si otterranno le stesse condizioni che si verificano in madrepatria. Se l'esito delle ferite contratte dai pazienti in colonia è spesso favorevole è perché «con gli attuali mezzi di medicazione si finisce sempre per trionfare sui

²³⁵ *Ibidem*

²³⁶ Una anomalia che si nota anche sul piano dell'andamento delle malattie infettive, oltretutto le lesioni e le bruciature: tipico della medicina prebatteriologica che divide lo spazio umano in mille particolarità. Maccagno parlando del decorso del tifo in colonia scrive: «Ciò che [...] salta all'occhio è il decorso quasi sempre irregolare e talvolta strano, mascherato dai più straordinari fenomeni, e la frequenza delle ricadute [...]. Le convalescenze poi sono oltremodo prolungate». G. Maccagno, *Cenni ed appunti di patologie massauense*, p. 1035.

²³⁷ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 124

microrganismi che infettano le ferite»²³⁸. Le ulcere tendono inoltre a cronicizzarsi di frequente nei territori di conquista, soprattutto tra gli indigeni, non per l'elevata temperatura, non per una diversa fisiologia dei colonizzati - affetti da «miseria organica», da «poca vitalità cellulare»²³⁹ -; non per le condizioni di vita delle popolazioni più povere (Rho in realtà parla di «classi»), ma per l'ignoranza delle regole igieniche, «per l'indifferenza innata di questa gente, per la mancanza di riposo della parti lese, il sudiciume, le cure inadatte o l'abbandono di ogni soccorso terapeutico a cui per molto tempo si condannano queste lesioni»²⁴⁰.

In definitiva è l'igiene, per lo studioso, il vero discrimine tra coloni e colonizzati, tra le malattie dell'ambiente temperato «civilizzato» e quello delle popolazioni conquistate: non la natura, non la razza, ma la scienza intesa come *habitus* diffuso²⁴¹.

A differenza delle coeve rappresentazioni prodotte da medici impegnati nel miglioramento delle condizioni di vita dei ceti subalterni della penisola²⁴², l'ignoranza dei colonizzati è per la medicina coloniale di epoca liberale - di cui Rho è uno dei più noti rappresentanti -, un *dogma*, un elemento «naturale», difficilmente redimibile, perché senza cause sociali (anche se l'intervento pedagogico per la «redenzione» dei domini africani sarà un tema mai dismesso dalla propaganda coloniale²⁴³); la missione di civilizzazione avrà così l'aspetto negli scritti medici tra fine XIX e XX sec. di un disciplinamento dell'ambiente, dei dati naturali degli organismi e delle «tecniche del corpo»²⁴⁴, più che di un processo di educazione.

4.11 Nosografia somala: immagini di salubrità per un possedimento all'equatore

Per i primi studi medici sui territori somali è necessario attendere il 1898 anno di pubblicazione, sulla rivista «Giornale medico del R. Esercito», del lavoro del medico della marina Accursio, autore nello stesso anno di una relazione sullo stato sanitario del Benadir inviata al Ministero della Guerra dalla conclusione fortemente rassicurante:

emerge chiaro [...] che le condizioni climatiche e sanitarie del Benadir possono ragionevolmente dirsi buone tali da permettere all'europeo dotato di forte costituzione fisica, di stabilirvisi, senza tema di incorrere in malattie

²³⁸ *Ibidem*

²³⁹ *Ivi.*, p. 127

²⁴⁰ *Ibidem*

²⁴¹ L'idea che il corpo costituisca il primo mezzo «tecnico» dell'uomo, antecedente agli strumenti, e che tali tecniche del corpo - i comportamenti, gli usi del corpo - siano culturali piuttosto che individuali, cioè frutto dell'educazione impartita nelle società è frutto delle riflessioni di Marcel Mauss: M. Mauss, *Le tecniche del corpo*, in *Id.*, *Teoria generale della magia*, Einaudi, Torino 1991, pp. 385-410.

²⁴² P. Snowden, *La conquista della malaria*, cit., pp. 65-103; A. Cherubini, *Medicina e lotte sociali. 1900-1920*, Il pensiero scientifico, Roma 1980; M. L. Betri, A. Gigli Marchetti, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982.

²⁴³ Sul tema della civilizzazione nel colonialismo italiano si veda il già citato saggio di Pietro Costa: P. Costa, *Il fardello della civilizzazione*, cit.

²⁴⁴ M. Mauss, *Le tecniche del corpo*, cit.

importanti, se saprà però scrupolosamente sottostare al regime adeguato ed essere ossequente a tutte le leggi dell'igiene individuale, prescritte per la permanenza nei climi caldi²⁴⁵.

Accursio, esaminando la conformazione meteorologica e patologica della regione, riduce le distanze tra il possedimento «equatoriale» e la madrepatria - e dunque quelle fra realtà e immaginazione delle terre «esotiche» -, formulando una raffigurazione persistente negli scritti medici successivi: quella del Benadir colonia salubre, priva delle malattie realmente «tropicali»²⁴⁶, battuta dai venti che ne alterano il carattere patologico, originario, inevitabile prodotto del clima torrido.

Da quanto sommariamente si è detto, rilevasi dunque che il Benadir offre una patologia comune quasi ai climi temperati; non dominandovi alcune delle entità morbose gravi e schiettamente tropicali e subtropicali, endemiche, può dirsi, in tutte le altre regioni più importanti, poste sulla stessa latitudine²⁴⁷.

È una rappresentazione funzionale al dominio, necessaria alla legittimazione delle ambizioni italiane in territori “lontani”. Come l'Eritrea, anche la Somalia sarà creduta immune da colera²⁴⁸ e dalla malaria, o almeno scarsamente malarica²⁴⁹, e lo rimarrà più a lungo della colonia primigenia (almeno il Benadir, regione indicata dalle fonti mediche come la più salubre)²⁵⁰. Un ottimismo che va di pari passo con la scarsa conoscenza del territorio, e con le limitate preoccupazioni per le condizioni fisiche dei (pochi) italiani presenti, la cui vita “privilegiata” agisce come difesa per le malattie più pericolose, confinate entro la comunità indigena e ai suoi usi anti-igienici:

²⁴⁵ Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito, *D-3*, b. 16, f. 3, Brevi cenni sulle condizioni climatico-igieniche del Benadir e malattie che vi predominano, relazione acclusa nella lettera n. 100 del 20 ottobre 1897, dal R. Commissario straordinario pel Benadir e al Ministero degli Affari Esteri

²⁴⁶ Malattie che invece fanno strage nei domini africani delle altre potenze europee.

²⁴⁷ USSME, *D-3*, b. 16, f. 3, *Brevi cenni sulle condizioni climatico-igieniche del Benadir e malattie che vi predominano*, cit.

²⁴⁸ «Non parlo poi di colera che non è mai apparso in questi paraggi» scrive Accursio per il Benadir. *Ibidem*

²⁴⁹ Scrive Accursio: «Parecchi indigeni di Zanzibar, affetti da grave affezione palustre, che ivi è molto diffusa, vengono a dimorare al Benadir, sicuri di guarirne o migliorare nel loro stato generale, ed è proprio così» *Ibidem*; a distanza di dieci anni dallo studio del medico della marina, una relazione del capitano medico Scalese sulle condizioni sanitarie dei territori lungo l'Uebi Scebeli, ripropone le stesse idee per l'interno della colonia: «Rimane ancora da accertare, ciò che è di grandissima importanza, se esiste o non esiste lungo l'Uebi Scebeli l'infezione malarica. Alcuni hanno affermato l'esistenza di tali infezioni, anzi si è parlato di Malaria gravissima. Ma forse che quelli che ciò affermano, non abbiano avuto agio di recarsi mai sullo Scebeli. In quei nostri presidi non si è avverato sinora alcun caso di infezione malarica primaria né gli indigeni del luogo presentano le stimmate caratteristiche degli abitanti di località malariche. Ho avuto inoltre occasione di esaminare parecchi, che accorrono già numerosi ai nostri posti di medicazione, ed in nessuno dei casi ho rinvenuto ingrossamento della milza. Del resto le speciali condizioni del suolo e delle correnti atmosferiche non permettono la facile formazione di acquitrini o di impudamenti, e tanto meno permettono la loro permanenza che favorisce lo sviluppo della malaria». ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 13, sf. 9 Condizioni sanitarie dei paesi lungo lo Scebeli con allegata relazione del capitano Scalese, del 2 novembre 1908. E in un altro resoconto dello stesso anno scritto dall'ufficiale in servizio presso l'ambulatorio, appena aperto a Merca: «Escludo in modo assoluto l'esistenza della malaria a Merca, anche perchè tra le zanzare che durante le piogge sono numerose non ho potuto mai riscontrare l'anofele». Ivi, sf. 8, Relazione sanitaria Merca 1908

²⁵⁰ Per la malaria fino almeno agli studi di Croveri del 1917 compiuti sull'area di Merca, cfr. G. Izar, P. Croveri, *Nosografia delle nostre colonie*, Wasserman, Milano 1935, p. 44.

A meglio però contribuire alla salubrità del clima [...] sarebbe necessario qualche opera di bonifica. A Mogadiscio [...] occorrerebbe colmare convenientemente le depressioni del suolo per le ragioni anzidette; facilitare possibilmente lo scolo delle acque e dei materiali di rifiuto con adatto drenaggio (fognature); demolire tutte le capanne (che sono altrettanti letamai) e quelle case in muratura (stamberghe) che sembrano proprio dei porcili.

Il testo dell'ufficiale sanitario Accursio rimarrà a lungo uno dei pochi studi medici prodotti sul possedimento affidato all'amministrazione della Compagnia Filonardi, assieme ai resoconti redatti da medici della marina a bordo di piroscafi ormeggiati a largo delle coste somale²⁵¹ e alle ricerche batteriologiche compiute da Pasquale sull'*ubaio*, veleno impiegato dalle popolazioni somale in guerra²⁵².

Guardando la bibliografia indicata nel manuale di Giovanni Grixoni sulla nosografia delle colonie italiane, pubblicato nel 1926, ci si accorgerà come l'esiguità di lavori sui territori somali non sia limitata ai decenni precedenti la costituzione della colonia, ma costituisca un dato costante della letteratura medica interessata ai «tropic»²⁵³. Scrive il medico dell'esercito:

Dei nostri tre possedimenti coloniali la Somalia è quella meno conosciuta anche sotto il profilo nosologico. Si può anzi dire che su di essa non si hanno che pochissime vaghe o monche nozioni sanitarie tratte, fino a questi ultimi anni, da informazioni avute da indigeni, e perciò abbisognevole, almeno, di conferma da parte di persone più illuminate, più competenti, più veritiere²⁵⁴

E così continua Grixoni, in una rivendicazione della funzione politica della medicina coloniale:

A studiare questa regione, specie la parte che fu dall'inizio di nostro dominio diretto, sotto gli aspetti più diversi: geografico, geologico, minerario, veterinario, ecc. furono inviate missioni di tecnici. Nessuna per approfondire e conoscere con esattezza la salubrità, e quindi determinare, a ragion veduta, l'abitabilità non solo da parte di europei, ma anche da masse di lavoratori indigeni o provenienti da altri paesi tropicali, quasi che la salute dell'uomo, e soprattutto del bianco, non sia a base di ogni tentativo serio e redditizio di colonizzazione, o semplicemente di sfruttamento, di qualunque località e di una intertropicale in particolare²⁵⁵.

²⁵¹ U. Coloni, *Relazione sanitaria della campagna di navigazione compiuta dal R. incrociatore "Piemonte" sulle coste del Benadir, Zanzibar e Massaua*, in «Annali di medicina navale», 1895; Guerra, *Sulla campagna della R.N. Elba sulla costa orientale dell'Africa*, in «Annali di medicina navale» (1898); Mannelli, *Condizioni climatico igieniche delle coste orientali d'Africa (1898-1899)*, in «Annali di medicina navale» (1900); C. Sangermano, *Cenni sulla costa somala italiana specialmente riguardo alle condizioni climatico sanitarie*, in «Annali di medicina navale», 2 (1904).

²⁵² USSME, D-3, b. 16, f. 2, Relazione del 19 dicembre 1898, da Pasquale al Direttore della Farmacia Centrale Militare, Presidente della Commissione ministeriale per lo studio dell'Ubaio. Oggetto: Tossicità dell'Ubaio e del suo principio attivo "l'ubaina".

²⁵³ Fino agli anni venti si aggiungeranno questi studi a quelli precedentemente citati: Moliterni, *Campagna della R. Nave Volturno negli anni 1909-10 in Somalia Nord e Benadir*, in «Annali di medicina navale», 9 (1911); F. Martoglio, *Le epizoozie predominanti nella Somalia e la loro profilassi*, in «Bollettino della Società Italiana di Medicina e d'Igiene Coloniale», 2 (1911); Cavallini, *Campagna nella Somalia del nord e Benadir*, in «Annali di medicina navale», II (1911); P. T. Croveri, *Sull'azione svolta dalla direzione dei Servizi zootecnici e dell'Istituto siero-vaccinogeno della Somalia italiana dal 1915 a giugno 1918: Primo Rapporto* (Ministero delle colonie), Bertero, Roma 1919.

²⁵⁴ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 126.

²⁵⁵ *Ibidem*

Comparati agli scritti medici editi negli stessi anni sull'Eritrea, quelli dedicati alle patologie della Somalia non sono solo quantitativamente minori ma anche appannaggio esclusivo dei corpi sanitari militari, con una prevalenza delle opere della marina per quanto riguarda l'area costiera, e dell'esercito per le regioni interne. Non stupisce dunque che la conoscenza medica sulla colonia sia costruita prevalentemente sullo studio delle truppe ascare, i cui corpi costituiranno il *medium* dell'approccio dei sanitari italiani alle malattie locali²⁵⁶.

Con la costituzione della colonia nel 1905 e l'emanazione dell'ordinamento del 1908, diverse relazioni sullo stato di attività dei servizi sanitari saranno richieste dall'autorità centrale per essere inviate al Ministero degli Esteri. Nel 1908, assicura il governatore Tommaso Carletti, la colonia può contare su un servizio sanitario ampliato e migliorato, disimpegnato da dieci medici (7 militari e 3 civili). A Mogadiscio sono presenti due infermerie (una terza verrà presto aperta) a cui Carletti suggerisce inviare personale indigeno formato nelle strutture sanitarie di Massaua, e già è in progetto la costruzione di un ospedale coloniale; a Brava, Merca, Gumbo e Afgoi sono inoltre attive delle infermerie presidiarie²⁵⁷. Altri resoconti si concentrano nelle descrizioni delle malattie prevalenti nella regione meridionale, con conclusioni non dissimili dallo studio di un decennio precedente:

E l'esame delle condizioni climatiche dei paesi lungo lo Scebeli fa dedurre che [...] debbano essere altrettanto salubri quanto le città costiere del Benadir, se non pure in condizioni migliori [...]. I paesi della costa benadiriana, che per latitudine appartengono alla zona dei climi caldi si trovano invece in condizione nosografia speciale, per cui risentono costantemente della influenza benefica dei monsoni che dal novembre all'aprile spirano da nord est e dal maggio all'ottobre dal sud ovest. Per cui la temperatura è costantemente più bassa di quel che comporterebbe la latitudine; e il prosciugamento del suolo si compie in maniera rapida e costante, impedendo forse ai microrganismi patogeni di soffermarsi e moltiplicarsi tanto che nel Benadir non si riscontrano malattie proprie dei paesi caldi, diffuse notevolmente in altre regioni della medesima latitudine, come l'anemia tropicale, la gastroenterite, la dissenteria, l'epatite, la dengue, il beriberi²⁵⁸.

Un possedimento dunque analogo epidemiologicamente all'Eritrea, come sottolineerà un'ulteriore relazione del 1908.

La colonia del Benadir, sebbene proprio all'equatore, pure ha un clima mite, perché la temperatura massima, nei mesi anche più caldi (gennaio, febbraio marzo) non si va oltre i 30° o i 31° cento gradi. All'interno la temperatura si eleva fino a 35° C. a per compenso il suolo arido e sabbioso della costa cede ad una lussureggiante vegetazione per l'acqua dei grandi fiumi che serpeggiano nel sottosuolo, trattenuta dalla natura argilloso di esso. La patologia medica del Benadir, per quanto finora si conosca non è molto diversa da quella dell'Eritrea²⁵⁹.

La mancata conoscenza del territorio permetterà lungamente ai medici coloniali di minimizzare i rischi sanitari per i coloni italiani residenti in Somalia, perpetuando un'immagine poco esotica, ma altrettanto irrealista del possedimento italiano all'"equatore", che

²⁵⁶ Ne è un esempio: I. Sterzi, *Sull'arruolamento degli arabi come ascari nel Benadir*, in «Annali di medicina navale», 4 (1909).

²⁵⁷ ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana* (d'ora in poi MAI) vol. III, b. 106, f. 13, sf. 1, lettera n. 1004/8 del 17 dicembre 1908, da Carletti a Ministero Affari Esteri.

²⁵⁸ *Condizioni sanitarie dei paesi lungo lo Scebeli con allegata relazione del capitano Scalese*, del 2 novembre 1908, cit.

²⁵⁹ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 12, *Relazione sui servizi sanitari delle nostre colonie*, novembre 1908.

in anni successivi sarà tradotta nel concetto di “salubrità relativa”; una salubrità non misurata in senso assoluto ma in comparazione, e competizione, con la fisionomia sanitaria dei domini d’oltremare delle altre potenze europee²⁶⁰.

4.12 Gerarchie, usi indigeni, epidemie: l’impianto dei servizi in Eritrea

Nel luglio 1893, Giulio Pestalozza, reggente in quell’anno il commissariato civile di Assab invia a Stanislao Mancini una relazione sull’organizzazione delle strutture di cura della colonia, promuovendo le decisioni prese dal medico in servizio: «Ho creduto utile e dirò anzi necessario [...] assecondare le idee del Dottor Nerazzini, riguardo alla nuova distribuzione [dei locali dell’ospedale] da lui proposta e spero di avere l’approvazione dell’E.V.»²⁶¹. Il medico aveva infatti riformulato il progetto della struttura sanitaria elaborato in precedenza, secondo il criterio della «più stretta economia» ma «non in urto con le regole fondamentali della pratica ospedaliera» e con le indicazioni della scienza moderna:

Si credeva che potesse servire a tale scopo una grande stanza in muratura coperta da una tettoia fatta di canne e di paglia, nel qual luogo dovevano essere ricoverati indistintamente europei e indigeni, malattie di indole contagiosa e malattie comuni; insieme tale di circostanze da dover fare a meno di qualunque ragionamento per persuadere l’E.V. come piuttosto che ottenere lo scopo di tutelare la pubblica salute ne avremmo avuto l’effetto contrario²⁶².

L’organizzazione delle stanze dell’ospedale è dunque integralmente ripensata nel rispetto delle esigenze di separatezza fra italiani e indigeni e per evitare il contatto tra pazienti comuni e malati infettivi; due misure presentate come equivalenti sul piano dell’importanza ed urgenza.

La grande stanza a tetto di paglia [sarà] destinata esclusivamente per i malati indigeni, ricorrendo nel caso di malattie contagiose a due stanze di isolamento da prendersi nella casa adibita alle persone di servizio che resta al lato opposto e perfettamente distaccata dagli altri corpi di fabbrica. Il pianterreno dell’abitazione del medico composto di tre stanze a ingresso separato dovrà servire per gli Europei e specialmente per i marinai della R. Nave da guerra stazionaria in Assab ed il primo piano della stessa casa [...] dovrà servire per il caso

²⁶⁰ Scriverà ad esempio Paolo Croveri nel 1935: «L’Africa tropicale ed equatoriale, popolata in natura esclusivamente da neri in grado più o meno evoluto di civiltà, ha offerto e offre delle resistenze alla penetrazione bianca poiché è saldamente difesa da una barriera ben più valida di quelle geografiche: quella delle febbri (spirillosi, febbri malariche, febbre gialla, tripanosomiasi), delle dissenterie, delle anemie malariche e verminose. Mentre a ovest questa cintura tocca il mare ad est non raggiunge la sua completa efficienza che a occidente di quella grande linea di frattura che comprende i grandi laghi equatoriali e la regione occidentale dell’altipiano abissinico. Le regioni comprese tra essa e l’Oceano indiano hanno clima più temperato [...] e nosografia propria. Ora le nostre colonie sono al di fuori di tale barriera». Le colonie italiane – continua il medico - «sono più salubri che tante altre più ricche; non esiste ad esempio la malattia del sonno né la febbre gialla umana; l’altipiano Eritreo è saluberrimo; la Libia costiera ha più o meno il clima della Sicilia». P. Croveri, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, Coop. Libri Del Gruppo Univ. Fascista (Sten. Soc. Tip. Edit. Nazionale), Torino 1935, p. 15.

²⁶¹ ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 1, lettera del 31 luglio 1883, da Pestalozza a Mancini.

²⁶² Ivi, lettera di Nerazzini al Ministro per gli Affari Esteri [s.d.].

disgraziatamente non infrequente in cui qualche ufficiale dello Stato Maggiore [...] debba essere sbarcato a terra ammalato²⁶³.

La costituzione dei primi spazi di cura, dunque va di pari passo con la costruzione delle gerarchie interne alla società coloniale. D'altra parte, scrive Cesare Nerazzini, ufficiale medico della marina incaricato del servizio sanitario di Assab²⁶⁴:

avere un locale separato e ben diverso per fare ricovero agli Europei è cosa in queste regioni di massima importanza primo per abitudine differentissima che la civiltà nostra ha di fronte a quella indigena; poi per rispetto a quella aristocrazia di razza e superiorità di posizione che in ogni circostanza della vita il Nero deve abituarsi a riconoscere e rispettare sempre nel Bianco²⁶⁵.

Una vera e propria ossessione di distinzione, che tornerà insistentemente nei documenti dei periodi successivi, intenti a rimarcare le differenti posizioni raggiunte da italiani ed abissini nel processo "lineare" della civilizzazione. Distanza poi, per alcuni, difficilmente rimarginabile, come scriverà qualche anno più tardi il direttore del servizio sanitario militare di Massaua, alimentando un'immagine ben poco «esotica» dei primi possedimenti italiani sul Mar Rosso:

Massaua non è un luogo malsano, è vero, ma non cessa però d'esser pericoloso per molti Europei [...] E ciò per la temperatura elevata in tutto l'anno e per la materia squallida del suo territorio e dell'orizzonte intero, per i suoi abitanti che non ispirano né fiducia né confidenza, per i suoi abitanti che non possono che odiare istintivamente la razza bianca [...] perché la civiltà loro, il loro progresso non potrà mai metterli alla pari dei bianchi, per il colorito loro che si oppone a quanto si ha di più estetico per l'europeo e che formerà sempre il più grande ostacolo [...] al sentire ed all'agire, senza parlare di certi costumi più o meno barbari, in gran parte dovuti alla loro religione, ai culti che hanno, ed a cui difficilmente rinunzieranno²⁶⁶.

Il rapporto di ostilità però si capovolge facilmente quando sono gli indigeni a rivolgersi alla medicina europea, che suscita, tra i colonizzati, reazioni meravigliate, di «stupore infantile», e di consenso:

Dai primi giorni della mia venuta in Assab ho aperta una sala di medicheria dove sono accorsi subito e senza ritegno gli indigeni venendo anche dai luoghi vicini e mostrandosi abbastanza fidenti nei nostri mezzi di cura per loro assolutamente nuovi e perciò fecondi spesso della più attraente meraviglia. E cominciano pure i sambuchi arabi che fanno il traffico della costa a ricorrere in Assab per far curare i loro ammalati tanto che posso dire che se il nostro ospedale fosse stato aperto fino da quest'anno per il ricevimento degli ammalati ve ne sarebbe già un discreto contingente. Ho potuto anche praticare la vaccinazione in un buon numero di ragazzi Dankali, vincendo

²⁶³ *Ibidem*

²⁶⁴ Su Cesare Nerazzini si veda: E. Iacona, *Cesare Nerazzini, un ufficiale medico al servizio della diplomazia italiana in Africa* (1883- 1897), in L. D'Ippolito (a cura di), *Fonti e problemi della politica coloniale italiana. Atti del convegno, Taormina-Messina, 23-29 ottobre 1989*, vol. I, Ministero per i beni culturali e ambientali, Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, Roma 1996.

²⁶⁵ *Ibidem*

²⁶⁶ USSME, L-7 b. 86, f. 2 Relazioni varie 1886, *Relazione sullo stato sanitario della truppa nel mese di marzo 1886*, aprile 1886, dal maggiore medico direttore dei servizi di sanità militare e civile, Guerriero, al Comandante superiore delle truppe. La descrizione ben poco esotica dei primi possedimenti come lande desolate, vessate da un clima micidiale, ma comunque più salubri di altre colonie africane, è molto frequente nella letteratura medica di fine ottocento.

facilmente quella certa ripugnanza a tal processo che spesso si trova, e [...] con maggiore facilità di quello che non li vinca in qualche villaggio delle nostre latitudini ²⁶⁷.

Nerazzini esplicita qui tutta la sua fiducia nella potenza dei mezzi della civiltà occidentale: all'ospedale accorreranno malati dei «paesi della costa vicina», oltreché pazienti dai territori dell'interno, alla ricerca di un potere terapeutico che è loro «precluso». Un trionfalismo che convive con i criteri di estrema economia adottati per la costituzione della struttura: un solo medico curante²⁶⁸ con un capo infermiere e due «servi-infermieri indigeni, i quali - sottolinea il medico - oltre ad essere meglio adatti per la nazionalità dei malati che qui avremo, rappresentano una considerevole economia di fronte ad impiegati dello stesso genere fatti venire qui dall'Italia»²⁶⁹.

Problemi analoghi caratterizzeranno la costituzione del primo ospedale civile a Massaua (l'ospedale militare è impiantato, come si è visto, a Ras Mudur nel 1885, all'interno di un complesso di baracche, prima sede di un ospedale egiziano²⁷⁰). Le relazioni evidenziano anche qui l'inadeguatezza del servizio che pone ancora una volta il problema della convivenza fra coloni e colonizzati, oltreché di gestione dell'afflusso dei pazienti in assenza di spazi sufficienti e strumentazione adatta. Come scrive il capitano medico Giacomo Maccagno, al momento di prendere servizio come direttore dell'ospedale:

Appare [...] straordinaria l'adibizione delle verande a riparto ammalati; quando poi si consideri la diversità di costumi, d'abitudini, di posizione sociale, degli individui che nella stanza si raccolgono, non è meraviglia e si capisce troppo facilmente il disgusto che provano gli europei che riparano nella baracca ospedale e la ripugnanza a permanervi [...] Il che acquista tanta maggiore importanza quando si pensi alla frequenza con cui affluiscono pure individualità degne sotto ogni rispetto di deferenza, quali di civili impieghi e di superiore posizione sociale²⁷¹.

Nel 1889 l'ospedale è ancora una baracca di 24 letti circondata da due verande che «servono l'una per gli indigeni e l'altra per le donne», a cui si aggiunge un ulteriore edificio adibito all'isolamento per i malati affetti da patologie contagiose. Secondo le statistiche raccolte da Maccagno la struttura ospiterà, nel 1889, 248 europei e 591 indigeni, e nell'anno seguente 234 italiani e 871 indigeni; a questi numeri si sommano i pazienti visitati nel dispensario pubblico: 2.612 nel 1890, di cui 1.508 per la sola cura delle «ulcere tropicali». Maccagno conclude:

²⁶⁷ Un parallelo, quello tra popolazioni rurali italiane e indigeni abissini indice di un'ulteriore subalternità di questi ultimi. ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 1, lettera di Nerazzini al Ministro per gli Affari Esteri [s.d].

²⁶⁸ La marina non offre solo uomini e spazi per la ricerca sulle patologie tropicali ma anche modelli: l'ospedale di Assab è basato, per ragioni di economia, sui principi dell'organizzazione delle navi ospedale caratterizzati dall'unificazione piuttosto che sulla ripartizione delle competenze dei medici.

²⁶⁹ ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 1, lettera n. 279 del 26 settembre 1883, da Pestalozza a Mancini, con acclusa relazione di Nerazzini. Il preventivo elaborato da Nerazzini, calcolato in base ad una media di tre ricoverati al giorno, senza contare il probabile aumento di afflusso all'arrivo di una carovana dall'interno, verrà ulteriormente ridotto dal Ministero degli Affari Esteri. Nel 1887 sarà elaborato un progetto per l'ospedale militare di Assab, più ampio della precedente struttura. USSME, *L-7*, b. 86, f. 6, lettera n. 1001 del 6 ottobre 1887 dal Comando del presidio militare di Assab al Comandante superiore in Africa.

²⁷⁰ P. Panara, *L'ospedale da campo in Massaua e le vicende sanitarie del corpo di spedizione dal febbraio al settembre 1885*, cit.

²⁷¹ ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 2 Servizio sanitario 1885-1889 Eritrea, *Relazione sul servizio sanitario di Massaua 31 luglio 1889*, da Maccagno a Baldissera (Comandante Superiore delle R. Truppe italiane in Africa).

quando si consideri che oltre alle cure d'ospedale, alla sua direzione tecnica ed amministrativa, l'unico medico deve rispondere alle chiamate della città, al servizio ostetrico, al servizio necroscopico, al servizio giudiziario, al Lazzaretto ecc., si potrà concepire se esso non sia piuttosto vittima di tanto lavoro che non trionfatore²⁷².

Di fronte alle inadeguatezze del servizio si faranno sempre più insistenti le richieste per la costituzione di un ospedale in muratura²⁷³: il 14 marzo 1892 la nuova struttura verrà inaugurata con il nome di ospedale Umberto I in prossimità della clinica militare, in un edificio ristrutturato grazie alla donazione di 3.500 lire offerta da alcuni notabili residenti a Massaua²⁷⁴. «Le baracche [infatti] - scrive Gandolfi -, ove coi neri, sebbene in riparto speciale, erano [...] ricoverati gli infermi europei, troppo male rispondevano alle bisogna». In più lo stato di fatiscenza della struttura, il caldo soffocante non creavano certo le condizioni necessarie per la ripresa degli ammalati. Sotto il profilo sanitario generale le condizioni del centro cittadino non erano inoltre delle migliori in quegli anni.

Fino al 1890 nessuna traccia di colera si era manifestata in colonia: Massaua era addirittura creduta «immune» dall'affezione, nonostante la sua posizione prossima alle tradizionali vie di diffusione del morbo²⁷⁵. Nel settembre 1890 la malattia, che si era diffusa tra i pellegrini diretti alla Mecca provenienti da Bombay, fa invece la sua comparsa nella città e nei suoi dintorni colpendo prevalentemente la popolazione indigena. Tra il 10 e il 20 settembre, periodo di massima crisi dell'epidemia, si registreranno 209 casi, di cui 82 mortali, tra la popolazione locale, 51 fra i militari indigeni e 55 tra gli italiani presenti in colonia (44 militari, 11 civili)²⁷⁶; gli equipaggi delle navi militari saranno risparmiati ma non dunque i soldati di terra. I casi «verificatisi nei villaggi di Otumulo, Moncullo, Sahati e Ghinda furono certo più abbondanti - scriverà Rho - ma non si poterono precisare»²⁷⁷.

Per domare l'epidemia nel settembre Crispi darà disposizioni per l'invio in colonia di quattro «medici dipendenti dalla Direzione di sanità pubblica» dotati di «medicinali, disinfettanti e tutto il necessario» e perché le navi dei rimpatriandi siano sbarcate nella stazione sanitaria marittima dell'Asinara²⁷⁸, luogo di disinfezione secondo la normativa internazionale. Con l'applicazione di misure igieniche, l'isolamento dei malati e la distribuzione di acqua distillata²⁷⁹ l'affezione andrà scemando fino a scomparire nell'ottobre 1890. L'epidemia

²⁷² ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 5, relazione n. 307 del 28 febbraio 1891, dall'Ospedale civile e militare della Colonia Eritrea al Consiglio coloniale per gli affari interni; oggetto: Statistica sanitaria per Massaua nell'anno 1890.

²⁷³ Ivi, f. 5, Relazione n. 1977 del 14 ottobre 1891, da Baratieri a Ministero degli Affari Esteri: «[il consiglio sanitario] espresse il desiderio che si provveda in un avvenire non lontano alla costruzione di un piccolo ospedale civile in muratura, ciò che del resto è nei voti di tutta questa cittadinanza che con una festa organizzata il 20 settembre nei locali di questo circolo degli ufficiali, raccoglieva a tal uomo un fondo di oltre 3500».

²⁷⁴ Ivi, f. 6, foglio del 26 febbraio 1892, dal Governo civile e militare della colonia Eritrea a Rudini; oggetto: Creazione di un Ospedale civile per gli Europei poveri in Massaua; ivi, foglio n. 66, del 16 marzo 1892, dal Governatore civile e militare della Colonia Eritrea a Ministero degli Affari Esteri, con allegati l'*Atto di costituzione dell'Ospedale Civile Umberto I in Massaua*; lo *Statuto fondamentale del nuovo Ospedale*.

²⁷⁵ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., pp. 99-101.

²⁷⁶ Numeri riportati da Rho coincidono con quelli messi in evidenza Gandolfi. ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 4, Telegramma del 21 settembre 1890, da Antonio Gandolfi a Crispi.

²⁷⁷ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua.*, cit., p. 107.

²⁷⁸ ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 4, Telegramma del 14 settembre 1890 da Crispi a Ministero della Guerra.

²⁷⁹ Ivi, Telegramma del 15 novembre 1890, da Gandolfi a Crispi.

tornerà però a manifestarsi all'inizio dell'anno successivo a Massaua, in forma meno virulenta, come a più riprese evidenzia Oreste Baratieri - in quell'anno giunto in colonia con funzioni di vicegovernatore a seguito di Gandolfi -, nel tentativo di impedire l'applicazione delle misure quarantenarie al porto di Massaua, previste dalle regole della sanità internazionale²⁸⁰. Tra giugno e luglio 1891 saranno colpiti 7 soldati²⁸¹, 3 europei²⁸²; il conteggio degli indigeni affetti non verrà invece riportato nelle fonti.

Se inizialmente si era creduto che l'epidemia fosse giunta a Massaua via mare, importata attraverso sambuchi che avevano eluso la sorveglianza sanitaria delle coste, nel 1891 ne viene riconosciuta la provenienza via terra, dall'interno della colonia. Baratieri segnala nel luglio:

Esistono lungo la via Saati - Ghinda - Asmara alcune acque infette che bevute dai passanti possono produrre gravi disturbi simili al cholera, senza però caratteri diffusivi propri di detta malattia. Devesi [a] tali acque se in alcuni pochi militari [che] ne bevettero si verificarono casi di gastro-enterite²⁸³.

E qualche giorno più tardi, con minore ottimismo:

Sembra [...] assodato che il cholera (od una malattia che molto gli assomiglia) serpeggi per l'interno della Colonia da moltissimo tempo, quasi endemicamente, mietendo le sue vittime in ispece fra gli indigeni, affamati, sfiniti, non soccorsi da alcuno, vaganti per la immensa campagna²⁸⁴.

Alessandro Pasquale, in servizio in Eritrea tra 1889 e 1891, aveva infatti accertato la natura colerica della malattia attraverso l'analisi batteriologica delle acque dei pozzi di Monkullo, Massaua, Asmara, Ghinda e Sahati, le ultime trovate infette (un campione di culture di vibrione colerico verrà anche inviato al gabinetto batteriologico di Berlino, diretto da Koch)²⁸⁵.

Oltre all'analisi delle acque, nel giugno 1891 il consiglio sanitario di Massaua aveva stabilito, come provvedimenti contro la nuova diffusione del colera, la pulizia delle strade, la sorveglianza delle latrine e la loro disinfezione, lo studio dei problemi di approvvigionamento idrico e l'esame delle derrate alimentari e delle bevande; a queste classiche misure di polizia sanitaria si aggiungevano alcune disposizioni congiunturali e forme di profilassi commisurate con la realtà "particolare" della colonia africana. Primo provvedimento indicato era l'allontanamento dei così detti «meschini» da Massaua²⁸⁶: come scrive Maccagno, «aperte le vie dell'interno con l'occupazione dell'Asmara e di Keren [...], niente di più naturale che un mondo di sventurati, diseredati dalla fortuna, dalle razzie ecc. si [fosse] riversato ove sperava la miglior sorte. E quindi l'eccezionalità di altre malattie e di altri disastri sanitari»²⁸⁷.

²⁸⁰ Ivi, f. 5, lettera n. 1458 del luglio 1891, da Baratieri a Rudinì. Sulla sanità internazionale si veda Chiffolleau, *Genèse de la santé publique*, cit.

²⁸¹ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua.*, cit., p. 107.

²⁸² ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 5, lettera n. 1458, cit.

²⁸³ Ivi, telegramma n. 1362 del 13 luglio 1891, da Baratieri a Rudinì.

²⁸⁴ Ivi, lettera n. 1458, cit.

²⁸⁵ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 107; A. Pasquale, *Ricerche batteriologiche sul colera (1890-91) nella Colonia Eritrea e considerazioni igieniche* in Id., *Patologia di Massaua. Ricerche etiologiche ed anatomo patologiche*, cit., pp. 208-2010.

²⁸⁶ ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 5, lettera n. 1458 del luglio 1891, cit.

²⁸⁷ Ivi, relazione n. 307 del 28 febbraio 1891, cit.

Giunte a Massaua, le popolazioni abissine delle regioni interne contribuiranno a modificare la fisionomia «epidemic» della città, traghettando, secondo le fonti mediche, il morbo con i loro spostamenti²⁸⁸, e finendo per connotare il centro eritreo in senso sempre più urbano: uno spazio cittadino ora con i suoi “diseredati” e “miserabili”, focolai di morbilità da cui sarà fatto dipendere l’eccezionale peggioramento delle condizioni sanitarie di Massaua. D’altra parte il colera era nell’ottocento europeo una malattia prevalentemente urbana²⁸⁹:

Oggidì - scrive Rho - le condizioni sono molto mutate; Massaua nel 1881 contava appena 1500 abitanti, oggi ne ha più di 17 mila fra i quali 1200 europei; 24,000 abitanti si assegnano ad Otumlo e 25,000 a Monkullo, che prima erano due villaggi ed ora - salvo l’edilizia molto primitiva - hanno l’aspetto di vere città²⁹⁰.

La seconda misura “peculiare” presa per il controllo dell’epidemia a Massaua è l’incendio delle abitazioni indigene in seguito a denuncia di morte per colera. I tucul della zona sud est di Massaua - segnala Baratieri - sono infatti ben diversi da quelli costruiti nel rispetto delle norme igieniche tipici delle località sorte nei primi anni di occupazione italiana:

Là [nella parte sud est di Massaia, prima dell’epidemia del 1891] si addossavano i tucul gli uni agli altri, senz’ordine, senza regola, soffocando in mezzo ai miasmi più pestilenziali le poche case in muratura che si trovavano in quella parte della città, impedendo che ne sorgessero delle nuove, crendo una quantità di difficoltà quando si doveva dirizzare una vecchia strada o se ne dovesse praticare una nuova. E se, esteriormente, colpivano l’occhio del passeggero più per la loro originalità che per la loro luridezza, bisognava entrarvi per rimanere sbigottiti; erano il ricetto di quanto ha di più immondo nel senso morale e nel senso fisico della parola; basta dire che la numerosa popolazione che vi si addensava deponeva le sue feci in botti senza fondo seppellite nel suolo, oppure in buchi poco profondi, lasciando all’acqua del mare che durante l’alta marea s’insinua nel sottosuolo madreporico [...] la cura di spazzar via a poco a poco le immonde infiltrazioni²⁹¹.

L’epidemia si presenta dunque come un’occasione di “risanamento” della città:

Ben si appose quindi il Sig. Governatore quando, approfittando dei primi casi di Cholera, prima che l’apprensione del pubblico si fosse calmata, radunato il Consiglio di Sanità e provocate le decisioni sovra indicate, a somiglianza di ciò che è già stato praticato dagli Inglesi in Aden, ordinava che si compiesse l’opera di distruzione. I proprietari dei tucul destinati ad essere preda del fuoco non fecero alcuna apposizione, non avendo perduta neppur essi la memoria del cholera 1890 e vedendo nella determinazione dell’autorità un atto di paterna sollecitudine anziché di crudele opportunismo [...]. I proprietari dei tucul che non venivano bruciati, alla loro volta, prevedendo che prima o poi sarebbe venuto il loro turno ed importando loro altrettanto di evitare il morbo quanto il danno economico che sarebbe risultato dall’incendio delle loro capanne si affrettavano senz’altro, [...] a scomporre il loro tucul e trasportarlo altrove²⁹².

²⁸⁸ «Il trasporto da uno ad altro luogo, e precisamente da una in altra sede di acqua, del virus colerigeno, difficilmente qui accadrebbe per altra via, che non sia l’uomo. Soprattutto i cosiddetti meschini (che rappresentano gran parte di questi popoli, per lo più nomadi), i quali possono essere considerati come altrettanti focolai d’infezione, soffermandosi, affranti dalla fame e dalla malattia, presso i torrenti, dovunque trovasi un po’ di acqua, e ivi consumando la loro misera vita, determinerebbero facilmente l’inquinamento del suolo e dell’acqua, per cui la malattia si diffonde». A. Pasquale, *Patologia di Massaua. Ricerche etiologiche ed anatomiche patologiche*, cit., p. 21.

²⁸⁹ Sul colera cfr. A. L. Forti Messina, *L’Italia dell’Ottocento di fronte al colera*. in *Storia d’Italia. Annali VII. Malattie e Medicina*, cit.; E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma 2000.

²⁹⁰ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., pp. 108-109.

²⁹¹ ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 32/1, f. 5, lettera n. 1458, cit.

²⁹² *Ibidem*

Saranno 345 i tucul bruciati, secondo i dati segnalati da Baratieri che dichiara, nella sua lettera a Rudinì, di essersi già adoperato per trovare soluzione al problema della ricostruzione delle abitazioni, questa volta secondo i criteri più igienici e dopo un confronto con i modelli di edificazione utilizzati nei territori dell'impero britannico.

Qualche anno più tardi Baratieri, divenuto governatore della colonia, si farà promotore dell'emanazione di un regolamento d'igiene recependo le istanze, dovutamente modificate, della legislazione crispina in materia di sanità pubblica²⁹³. Così presenta, nel 1893, il decreto:

In esso si è fatto tesoro di quanto poteva trarsi dalla legge sanitaria italiana, e si è insieme avuto riguardo agli usi e alle consuetudini delle popolazioni. Così come è, esso, può mano a mano estendersi a tutta la colonia, senza contare di urtare contro riti religiosi di usanze avite, e le prescrizioni sono tali che applicandole con quel tatto e criterio che è proprio ai nostri bravi ufficiali, io me ne riprometto un grande vantaggio per l'igiene della colonia²⁹⁴.

Tale regolamento, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Colonia Eritrea nell'aprile del 1893 (n. 21), è parte integrante del processo di riforma giuridica promosso da Baratieri per favorire un maggiore accentramento della direzione degli affari coloniali nella figura del governatore²⁹⁵. Il decreto si pronuncia, seguendo la normativa Crispi-Pagliani, sulla composizione del Consiglio sanitario e sulla frequenza delle sue adunate, restringendo però il ruolo dell'organismo sanitario, dipendente, più di quanto previsto dalla legge del 1888, dalle decisioni dell'autorità politica governatoriale²⁹⁶; sulle modalità dell'assistenza medico chirurgica e ostetrica, demandata in colonia ai medici militari residenti nei presidi, in caso di assenza di sanitari civili; sulla vigilanza zoiatrica, sulle misure d'igiene urbana, degli alimenti e del suolo da rispettare. Disciplina i caratteri della sorveglianza sulle malattie infettive, ribadendo la necessità di denuncia dei casi all'autorità sanitaria, la visita medica periodica alle scuole, la vaccinazione obbligatoria per gli europei e per i soldati indigeni «finchè vinte le ritrosie si possa applicare a tutti i nativi». Interviene infine sui criteri di esercizio della professione sanitaria in colonia - la pratica sanitaria in Eritrea è subordinata, come in Italia, al possesso di un titolo di studio presentato all'amministrazione - con la specifica contenuta nell'articolo 16: «È necessario in ogni circostanza tenere conto delle consuetudini, dei pregiudizi e delle credenze dei nativi nel farsi curare o medicare, rispettandole sempre in quanto non siano contrarie agli interessi della sanità generale. Nei casi

²⁹³ Su professione medica e legislazione sanitaria nella seconda metà dell'ottocento: F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*. in «Studi Storici», XXI, 4 (1980), pp. 713-59; M. Soresina, *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'Unità alla Repubblica*, Le Monnier, Firenze 2003; L. Antonielli (a cura di), *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità. Seminario di studi*, Messina, 12-13 dicembre 2008, Rubbettino, Soveria Mannelli 2015.

²⁹⁴ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12 Sanità 1893-1937, lettera n. 1097 s.d., da Baratieri al Ministero degli Affari Esteri.

²⁹⁵ Sul diritto coloniale cfr. I. Rosoni, *L'organizzazione politico-amministrativa della prima colonia Eritrea (1880-1908)*, in «Quaderni fiorentini», 33-34 (2004/2005), pp. 1039-1128; L. Martone, *Diritto d'oltremare: legge e ordine per le colonie del Regno d'Italia*, Giuffrè Editore, Milano 2007; Id. *Giustizia coloniale. Modelli e prassi penale per i sudditi d'Africa dall'età giolittiana al fascismo*, Jovene, Napoli 2002.

²⁹⁶ Secondo il decreto, il consiglio sanitario si dovrà riunire quattro volte l'anno e ogniqualvolta il governatore lo ritenesse necessario.

dubbi decide il Governatore»²⁹⁷. L'articolo sarà ripreso e modificato dal Regolamento per i commissariati e per le residenze del 1903, che abroga le precedenti disposizioni, con l'esplicitazione della legittimità dell'esercizio dell'«arte medica indigena»: «È necessario in ogni circostanza tener conto delle consuetudini e delle credenze dei nativi e permettere l'esercizio dell'arte medica da indigeno ad indigeno, sempre quando non sia contraria agli interessi della sanità generale»²⁹⁸.

La conoscenza degli usi, delle «consuetudini» e delle «credenze» dei colonizzati è però, nonostante quanto supposto dalla normativa, alquanto frammentaria e disomogenea nella comunità medica operante nei territori appena conquistati. Impegnati nella definizione del quadro delle patologie dominanti nello spazio coloniale, e nella tutela della salute degli europei sbarcati oltremare, i sanitari militari e civili mostreranno spesso scarso interesse per i sudditi coloniali, a partire dalla stessa conoscenza, nonché coscienza, delle differenze etniche tra le popolazioni oggetto della loro osservazione e della loro pratica terapeutica. Di pari passo, la descrizione degli «usi locali» facilmente si trasformerà in una narrazione di «dis-usi», costumi errati, abitudini «degenerate»:

Tutta questa gente [che risiede a Massaua], in genere misera e cenciosa od altrimenti gretta ed avara, si raccoglie in luridi tukul od in cadenti baracche di stuoia; e dei 7-8 mila uomini [...] ben piccola è la parte che alloggia in fabbriche di muratura, ove l'igiene dia segno di essere conosciuta. Per cui si è in presenza di cause morbigena, aggravate dall'ignoranza dei più elementari principi di igiene²⁹⁹.

E Maccagno, direttore dell'ospedale civile di Massaua, completa così il suo quadro sulla patologia di Massaua del 1887:

A tali cause morbose locali si aggiunge, per parte degli abitanti, l'abuso di alcoolici che si va ogni giorno più generalizzando. Il mussulmano, ed in genere tutte quelle rappresentanze [...] costituenti la popolazione di Massaua, sono parche nel loro vivere, si contentano di molto poco, ma si ubriacano allegramente di *mastica* e di *teg* che non sono proibiti dal Corano e dalle leggi della loro religione. Questa gente che vive con un pugno di *dura* e che lotta per l'esistenza in quel triste soggiorno, non resiste alla tentazione dell'alcool e lo beve con avidità, con delirio, fino a cadere morta³⁰⁰.

Qui è la «miseria» della natura a sostituire l'ambiente urbano come fattore di degenerazione dei costumi, in una trasposizione e riscrizione dei contenuti tipici dell'igienismo europeo del XIX sec. Le impressioni registrate nel 1906 su Obbia, in Somalia, da Fazio, medico della marina in viaggio verso l'«Estremo Oriente», non saranno di tono differente:

Le malattie che predominano [a Obbia] sono le ulcere alle gambe che gli indigeni chiamano *boog*, provocate molto probabilmente da contusioni, ferite, traumi qualsiasi. Sono a tendenza progressiva per lo più croniche,

²⁹⁷ ASDMAE, *MAI* vol. III, b. 106, f. 12, *Regolamento d'igiene delle Colonia Eritrea 1893*.

²⁹⁸ D. G. 30 maggio 1903, *Regolamento per i Commissariati Regionali e le Residenze*, art. 391, *Arte medica indigena*. Si veda inoltre gli appunti di Martini sul servizio sanitario tra 1902 e 1907 in *Relazione sulla colonia Eritrea del R. Commissario civile deputato Ferdinando Martini per gli esercizi 1902-1907*, Tip. della Camera dei deputati, Roma 1913.

²⁹⁹ G. Maccagno, *Cenni ed appunti di patologie massauense*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 9 (1887) p. 1029.

³⁰⁰ Ivi, p. 1031.

quasi tutte in fase ulcerativa. [...] Da loro sono curate malamente con terra con fuoco o con qualche mezzo empirico efficace. [...] [Gli abitanti] si cibano di dura, riso carne, carri, nel latte che tengono in recipienti luridi³⁰¹.

Quando l'attenzione per i caratteri etnici e per le usanze locali è invece presente nei resoconti medici, comparirà però spesso affiancata da una constatazione di impotenza:

Da un censimento ordinato nel mese di giugno dal comandante superiore delle truppe risulta che in Massaua, fra Sudanesi, Abissini, Somali, Dankali, Baniani e Greci vi sono 7500 abitanti circa. La longevità di quella popolazione non si può calcolare; s'incontrano, è vero, individui d'ambo i sessi con tutte le apparenze della vecchiaia, ma a quale età corrisponda alla vecchiaia fra quella gente nessuno potrebbe asserire, perché nessuno ha notizia della propria età, ed i registri di nascita esistono in embrione, ed è inutile consultarli. Registri di morte? Il dott. Incigliardi, medico stipendiato dal governo egiziano per il servizio del paese, redige una scheda per ogni individuo che muore sotto le sue cure [...]. Ma l'età manca, perché ordinariamente i parenti non la conoscono, ed i morti sono distribuiti in quattro categorie, maschi, femmine, ragazzi e ragazze³⁰².

Di fronte all'impossibilità di applicare i tradizionali procedimenti concettuali dell'osservazione scientifica, dati statistici in primo luogo, non rimane ai medici che fare appello ad un'etnografia pratica, secondo i metodi tradizionalmente utilizzati nell'ambito delle opere di geografia medica:

la breve dimora, la mancanza dei necessari mezzi per un serio studio antropologico e l'impossibilità di raccogliere notizie in un paese dove la statistica è sconosciuta, restringono a minimi termini la cerchia delle cognizioni che potrà esporre. [...] Ma una relazione dettagliata sulle malattie degli indigeni in Massaua ce la fornirà il dott. Ciampini, il quale mercè la conoscenza della lingua araba, era in continuo rapporto con la popolazione, e quindi al caso di raccogliere tutte le narrazioni, [...], tutte le applicazioni di quei pochi rimedi colà conosciuti, come il *musiac* per pulire i denti, che posto sulla lingua avrebbe virtù purgative, il *henne* che preso in infusione sarebbe un sudorifero capace di guarire il reumatismo, rimedio riuscito completamente infruttuoso in un caso di artrite curato nel nostro ospedale, ed una pianta grassa che sovrapposta e mescolata ad acqua, si usa per spalmare il corpo dei febbricitanti onde rinfrescarli ma che dopo la sua applicazione riesce a formare una vernice verde e sudicia sulla pelle, atta solo ad impedirne la traspirazione³⁰³

Quest'assenza di informazioni non impedirà ai sanitari di interrogarsi sul fattore etnico della patologia, con conclusioni fortemente differenziate, come si è visto. Se per Rho la razza non è un elemento concorrente al sorgere e al diffondersi dei morbi - lo sono solo i microbi - alcuni resoconti medici faranno trasparire un chiaro richiamo alle concezioni della tradizione ippocratica, che assegna a ciascun popolo, territorio o *razza* una propria, particolare, «costituzione epidemica»:

Massaua non ha un tipo unico di popolazione, ma risulta dalla mescolanza di diversi tipi quali egiziani, arabi sudanesi, baiani, greci ecc. per cui non è meraviglia se nel parlare della sua medica costituzione, trovansi

³⁰¹ A. Fazio, *Appunti e ricordi sanitari riguardanti alcuni porti specie dell'Estremo Oriente toccati con la nave "Vettor Pisani"*, in «Annali di Medicina Navale», 3 (1906), p. 400.

³⁰² P. Panara, *L'ospedale da campo in Massaua e le vicende sanitarie del corpo di spedizione dal febbraio al settembre 1885*, cit., p. 447.

³⁰³ Ivi, pp. 448-449.

variatiissime forme morbose³⁰⁴.

All'interno di tale panorama di studi, in cui gli scritti che si interessano ai corpi dei sudditi coloniali e alla descrizione delle loro usanze e pratiche terapeutiche sono una minoranza - è l'organismo europeo l'oggetto primario dell'attenzione dei medici coloniali -, compaiono alcune eccezioni, in cui la conoscenza delle malattie dominanti si fonde con un interesse per le concezioni e le pratiche indigene³⁰⁵. Il lessico antropologico però farà fatica ad imporsi negli scritti di medicina coloniale, se considerati nel loro complesso, anche sul piano della lunga durata: di fronte alla difficoltà di descrivere territori "altri", la medicina farà appello alle proprie tradizioni di investigazione, di osservazione epidemiologica, concedendo difficilmente legittimità ad apporti provenienti da altri campi del sapere. Il dialogo fra le due discipline dunque rimarrà limitato - anche se non mancano esempi di etnologia pratica come le opere dei medici Carlo Annaratone, Lincoln De Castro e Domenico Brielli, Aldo Mei, e successivamente di Tommaso Sarnelli³⁰⁶ - almeno fino alla seconda metà degli anni trenta, quando l'antropologia della razza si farà discorso pubblico, dominante nel campo delle scienze rivolte all'Africa coloniale.

Ciò non vuol dire che in epoca liberale non siano redatti contributi attenti all'osservazione e

³⁰⁴ G. Maccagno, *Cenni ed appunti di patologie massauense*, cit., p. 1029.

³⁰⁵ In alcuni casi la descrizione della popolazione soggetta alle cure sarà approfondita ma non centrata sulle concezioni mediche, nonché venata di esotismo. Così scrive Magaria, tenente medico addetto al sifilicomio femminile di Taulud, costruito nel 1887, riportando le sue osservazioni di un anno di servizio: «Le sarmutte che popolavano le baracche di Taulud erano abissine esclusivamente, di queste 22 erano amariche; 20 tigrine, 6 del Goggiam, 1 dello Scioa, 1 Vollo-Galla. Erano la maggior parte discese dalle varie zone dell'Abissinia alcuni anni avanti, in gruppi isolati di tre e quattro [...], lasciando famiglia e luogo natio in cerca di ricchezza. Avevano nella famiglia sofferti le peggiori sevizie [...]: dotate di una certa forza fisica ed energia virile, solleticate dalla femminile curiosità avevano emigrato nella persuasione istintiva di trovarsi meglio che peggio. In quei tempi i confini del Tigre non presentavano i pericoli che da due anni minacciano anche gli stessi abissini e abissine che dopo lunga permanenza a Massaua volessero rientrare nelle regioni loro. [...] Ne deriva da ciò che il progetto persistente della sarmutta abissina, di far ritorno al luogo natio, di cui risente nostalgia, anche per le differenze essenziali del clima che è assai più temperato nell'intero dell'Abissinia, e [...] di contrarre matrimonio, e vivere una vita più tranquilla, tale progetto ora è, con suo grande rammarico, sospeso fino a epoca più propizia». Nel quadro della ricostruzione delle prime disposizioni di controllo sanitario della prostituzione c'è dunque spazio per un lungo ritratto, con una aggettivazione incalzante, delle *sciarmute* di Taulud: «La sarmutta abissina è più morale, più riservata, più pudica, mi si passi la frase, delle sue rivali europee. Ha la persuasione di esercitare una professione, a scopo di lucro, uguale a tutte e altre, quando vede che con un altro impiego delle sue facoltà fisiche e morali il lucro è maggiore [l'impiego è il matrimonio], smette la professione primitiva per darsi all'altra più onesta e morale [...]. È insomma un'anima nitida su cui le brutalità del corpo non hanno segnata l'impronta deleteria della corruzione, dell'abiezione». G. Magaria, *Relazione sanitaria sul sifilicomio femminile di Massaua*, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 5-6 (1889), pp. 516-517. Sui primi provvedimenti di regolamento della prostituzione a Massaua cfr. N. Labanca, *In marcia verso Adua*, Einaudi, Torino 1993, pp. 219-220.

³⁰⁶ Sull'etnografia improvvisata si veda B. Sorgoni, *Parole e corpi*, cit.; G. Dore, *Amministrare l'esotico. L'etnografia pratica dei funzionari e dei missionari nell'Eritrea coloniale*, CLEUP, Padova 2017; G. Dore, C. Giorgi, A.M. Morone, M. Zaccaria (a cura di), *Governare l'Oltremare. Istituzioni, funzionari e società nel colonialismo italiano*, Carocci, Roma 2013. Al di fuori dell'etnografia improvvisata di alcuni medici, esistono casi di circolazione delle conoscenze antropologiche in campo medico: Rho conosce gli scritti di Mantegazza, Giglioli, Quatrefages che utilizza per la descrizione dei polinesiani incontrati nel viaggio a bordo della Caracciolo, F. Dimpfleier, *Navigando attraverso l'Alterità*, cit., p. 103. Giovanni Grixoni, medico dell'esercito autore nel 1926 di una pubblicazione nosografica sulle colonie italiane che farà scuola cita in bibliografia i lavori di Conti Rossini. G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, Provveditorato Generale dello Stato, Roma 1926.

alla classificazione delle pratiche mediche indigene. L'articolo *Note e osservazioni sulla malaria nella Colonia Eritrea* già citato, comparso in «Atti della Società per lo studio della malaria» nel 1904 ne costituisce un esempio. Gli ufficiali medici Memmo e Mozzetti si troveranno a tracciare le linee della diffusione del morbo facendo costante riferimento alle «abitudini di vivere» delle popolazioni eritree, in cui sono esplicite le differenze di organizzazione sociale tra gli abitanti dell'altipiano e quelli del bassopiano. Riconoscendo legittimità alle conoscenze locali sulla malaria, e la razionalità degli strumenti di profilassi applicati dalle popolazioni della colonia Eritrea, sarà semplice per i due sanitari ammettere come presso gli indigeni la zanzara fosse riconosciuta, prima dell'arrivo della scienza europea, come responsabile della trasmissione della malattia:

Gli indigeni dell'Eritrea, che nella lingua tigrina chiamano le zanzare con il nome di *taantà*, le temono egualmente e le ritengono apportatrici del male. Essi d'ordinario rimangono anche la sera e in notte nei loro campi di coltivazione, finché le zanzare sono assenti; ma non appena cominciano a comparire in numerosi sciami, i coltivatori, consci del serio pericolo, abbandonano tosto i luoghi, quando senza troppo disagio possono recarsi a pernottare nelle loro abitazioni che sono quasi sempre in punti elevati non infestati da zanzare. Qualora ciò non sia possibile, l'esperienza secolare ha loro insegnato di collocare i giacigli sopra una impalcatura, sollevata di 3-4 metri dal suolo, non tanto per essere protetti da bestie feroci quanto per la profilassi contro le febbri; e di regola si avvolgono completamente nei loro indumenti di tela o di cotone, senza lasciare nessuna parte del corpo scoperta³⁰⁷

I due studiosi, che basano largamente il loro lavoro scientifico su informazioni raccolte da informatori locali, riconoscono un'adozione "inconscia", da parte delle popolazioni indigene, di metodi di profilassi, riportando usanze che in altri studi compaiono come prove di irrazionalità dei costumi igienici:

Nell'interno delle loro abitazioni usano tenere quasi sempre il fuoco acceso e hanno perciò in esse quasi permanentemente del fumo [...]. Consigliati dalla loro secolare esperienza, quando devono pernottare all'aperto, essi non si mettono mai coi loro accampamenti a ridosso delle pozze di acqua e dei fossati, ma se ne stanno ad una certa distanza tenendo, per quanto possono, sempre accesi i fuochi. [...] Altra profilassi individuale è probabilmente data dall'uso che hanno di ungersi abbondantemente con grassi di burro e oli diversi, sostanze tutte che, sotto l'azione del calore, tramandano spesso odori acri, tutt'altro che attraenti³⁰⁸.

Mozzetti tornerà qualche anno più tardi sul problema della diffusione della malaria nei territori del Corno d'Africa, pubblicando nel 1913 l'articolo *Osservazioni sulle sorgenti di infezione nella malaria in Abissinia*. Qui si sofferma nuovamente nella descrizione delle pratiche indigene - questa volta di prevenzione contro il vaiolo, attraverso la tecnica dell'inoculazione³⁰⁹ - ma anche sulle concezioni delle popolazioni locali, sottolineando la

³⁰⁷ E. Mozzetti, G. Memmo, *Note e osservazioni sulla malaria nella Colonia Eritrea*, cit., p. 371.

³⁰⁸ Ivi, p. 328.

³⁰⁹ Il medico scrive: «E vuoi, ad esempio, in relazione considerare che, dopo due o tre anni dall'invasione della peste bovina avvenuta nel loro paese nel 1889-90, i Galla, senza che alcun europeo sia entrato per nessuna maniera a darne suggerimento, trovarono di dover ricorrere [...] al mezzo profilattico di recarsi sul luogo dove esistono bovini pestosi per raccoglierne ordine e feci di solito diarroiche onde farle a forza, in buon quantità, ingoiare ai loro animali sani. È una specie di vaccinazione che con tal mezzo essi intendono di fare e che fanno realmente e che essi, lo ripetiamo, da sè medesimi hanno scoperto». E. Mozzetti, *Osservazioni sulle sorgenti di*

capacità di osservazione “eziologica” dimostrata dagli abissini. La febbre ricorrente, ad esempio, «benché fino ad allora non fosse da noi conosciuta nè scientificamente studiata, era dagli indigeni di qui in modo assoluto precisata nel suo speciale agente di trasmissione; era anche da essi dirò così identificata come una entità morbosa a sè ed era da essi diversificata dalla malaria nonostante [...] potesse da essi venir confusa»³¹⁰. Il compito però è più semplice - sostiene Mozzetti - dove l’artificio dell’uomo civilizzato non è giunto a complicare i quadri originari della natura:

è ben certo che un’esperienza collettiva, quantunque fatta da genti primitive, non deve essere trascurata: essa ha sempre un suo valore. E va, nel caso, tenuto anche presente che se, da una parte, fra genti di tal sorta le facoltà di osservazione ed i mezzi di osservazione non sono, per alcuna maniera neanche lontanissimamente paragonabili a quelli che fra i popoli civili si hanno, vi è però, d’altra parte la circostanza che una data malattia coi suoi fatti in connessione viene a trovarsi in un paese di popoli primitivi, del tutto libera dal suo corso: essa si trova senza quelle molte condizioni artificiali che sopra vi esercitano delle influenze, senza cause, che dall’uomo ad essa opposte, intervengano o a mascherarla o a modificarla o a snaturarla: e senza esser altresì minimamente impedita in tutte le sue manifestazioni od ostacolata nelle sue tendenze e proprietà intrinseche specifiche, ciò che ne rende sotto certi aspetti, l’osservazione immensamente più facile e meglio accessibile anche alle menti inferiori³¹¹.

Nello stesso anno Domenico Brielli, giunto in Africa nel 1904 come medico della missione mineraria dell’Uollegà in Neggiò, passato poi all’amministrazione coloniale (prima presso la legazione italiana di Addis Abeba e in seguito come sanitario dell’agenzia commerciale di Dessiè)³¹², darà alle stampe il volume *Note di patologia etiopica*, insieme ai tenenti medici Amleto Bevilacqua e Vittorio Calò. Brielli si sofferma sulla descrizione delle patologie che prevalgono nella regione abitata dagli Uollo Galla, ma non sono questa volta le malattie infettive ad avere la priorità nella trattazione, quanto piuttosto le lesioni chirurgiche, le piaghe croniche, le anomalie congenite, in un’accumulazione crescente di deformità fisiche (non si tratta, d’altra parte, dei corpi “disciplinati”, già oggetto di scienza, dei sudditi coloniali)³¹³.

infezione nella malaria in Abissinia, in «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 4-5 (1913) pp. 265-271.

³¹⁰ Ivi, pp. 270-271.

³¹¹ Ivi, p. 269.

³¹² D. Brielli, *Ricordi storici degli Uollo, con note di C. Conti Rossini*, in C. Conti Rossini, *Studi etiopici*, Istituto per l’Oriente, Roma 1945; G. Puglisi, *Chi è? dell’Eritrea 1952. Dizionario Biografico*, Agenzia Regina, Asmara 1952.

³¹³ «Tra gli ammalati che mi fu dato di visitare, attirò la mia attenzione, il fatto di un giovane che aveva subito un distacco spontaneo di una gamba all’unione del terzo inferiore e col terzo medio che, a quanto egli affermava, era stati determinato dalla lesione prodotta da una pianta che alligna in certe vallate e che avrebbe la proprietà di determinare la cancrena dei tessuti che intacca; certamente trattavasi di una grave infezione che aveva avuto per punto di partenza la lacerazione, e che aveva determinata la necrosi [...]. Un’altra volta osservai casualmente un vecchio venuto a consultarmi per un altro motivo, la mancanza bilaterale del quinto dito dei piedi; mi disse che la perdita era avvenuta spontaneamente da anni, in seguito a progressivo strozzamento della parte» E in seguito Brielli aggiunge: «Abbastanza comuni le malattie congenite, come denti e dita soprannumerarie; frequentissimi i casi di labbro leporino». In questo quadro, anche uno stomatite si trasforma facilmente in una mostruosità patologica: Tra le malattie dell’apparato digerente, oltre alle frequenti faringiti e tonsilliti, ricordo di aver veduto diverse volte una grave stomatite, caratterizzata da forte tumefazione ed arrossamento delle gengive e della mucosa lingua seguita poi da infiltrazione di pus, e parziale necrosi della mucosa, alito fetido, enorme secrezione salivare, ingorgo delle ghiandole, deglutizione difficilissima e moderato aumento della temperatura; questi processi della durata di circa un mese, si svilupparono anche in persone sifilitiche e si risolsero favorevolmente con semplici lavaggi con soluzione borica e leggere causticazioni» D. Brielli, *Condizioni sanitarie nella regione*

Chiusa la trattazione nosografica, Brielli dedica un apposito paragrafo ai «medici e medicine locali». L'elenco delle pratiche, «primitive» come lo stato di sviluppo della popolazione, inizia dalle modalità di trattamento delle distorsioni e fratture, per passare all'esame dei rimedi contro le parassitosi intestinali e delle blenorragie. Pratiche «circondate» da superstizione e credulità:

Innumerevoli sono i ciurmatori, che a scopo di lucro [...], dichiarano di riscontrare complicazioni inesistenti; così essi ad esempio, in casi di ferite da armi da fuoco, che interessano semplicemente le parti molli, con molta destrezza simulano di estrarre dei frammenti di un osso, che sarebbe stato fratturato da un proiettile; qualche tempo fa vidi un individuo che mi mostrò una quarantina di insetti, asserendo che gli erano stati estratti dal condotto uditivo, da un abile medico, e si rivolgeva a me per chiedermi una medicina che avesse la proprietà di prevenire il ripetersi di un simile incidente³¹⁴.

Analoga l'impostazione, ma non il tono, dell'intervento tenuto dal medico e funzionario coloniale Carlo Annaratone a Firenze nel 1912, presso la Società di Studi Geografici e Coloniali, raccolto successivamente nel volume *L'Eritrea economica* del 1913³¹⁵. Autore nel 1911 del volume *In Abissinia*, frutto delle esperienze di missione in Etiopia, Annaratone restituisce al pubblico della società un ampio quadro della nosografia eritrea, arricchito di consigli igienici per gli italiani in colonia. L'attenzione per la cultura indigena è presente fin dalle prime righe del discorso: Annaratone ripercorre la climatologia variegata del territorio eritreo facendo riferimento alle definizioni locali assegnate alle diverse aree geografiche (altopiano, bassopiano orientale e occidentale) della colonia. Al termine della descrizione delle malattie prevalenti nel possedimento, il medico dedicherà l'ultima parte della conferenza alla presentazione «dei principali mezzi da cura [...] utilizzati dagli indigeni», riprendendo passi del capitolo finale del volume del 1911.

L'arte di Esculapio tra gli indigeni della Colonia - scrive Annaratone - è abbastanza esercitata migliori e più stimati sono gli Arabi, ma anche i deperà (o letterati), i preti, li stregoni, godono fama di una certa abilità per scacciare i mali, sovente con preghiere, esorcismi, amuleti. Tutti sono più o meno pagati³¹⁶.

All'inquadramento delle fonti teoriche alla base delle terapie utilizzate nella regione (non si tratta dunque di una medicina "empirica"), segue l'elenco dei metodi (con accenni alle

degli Uollo Galla, in A. Bevilacqua, D. Brielli, V. Calò, *Note di patologia etiopica: relazioni sulle condizioni sanitarie delle regioni degli Uollo Galla e di Gondar*, Tipografia Nazionale Bertero, Roma 1913, pp. 8-16.

³¹⁴ Ivi, p. 16.

³¹⁵ Uno studio simile per impostazione si trova in G. Marotta, *Di alcune pratiche e credenze inerenti alla medicina tra gli indigeni in Eritrea* in *Collezione di pubblicazioni scientifiche sull'Eritrea, Vol. I. Studi di medicina tropicale compiuti da ufficiali medici e veterinari del R. Corpo di truppe coloniali dell'Eritrea*, Istituto italiano di arti grafiche, Bergamo 1914.

³¹⁶ C. Annaratone, *Le condizioni igieniche dell'Eritrea*, in *L'Eritrea economica: prima serie di conferenze tenute in Firenze sotto gli auspici della Società di studi geografici e coloniali*, Istituto geografico De Agostini, Novara-Roma 1913, p. 448. Sulla figura di Carlo Annaratone si veda: A. Del Boca, *La nostra Africa. Nel racconto di cinquanta italiani che l'hanno percorsa, esplorata e amata*, N. Pozza, Vicenza 2003. È in Eritrea dalla fine del XIX sec., come medico militare nei presidi di Cheren, Saganeiti e Adi Ugri. Nel 1909 è Direttore di Sanità della Colonia Eritrea. Dopo la prima guerra mondiale, durante la quale è inviato in Macedonia, viene nominato Commissario di Assab e poi Console a Dessié. G. Puglisi, *Chi è? dell'Eritrea 1952. Dizionario Biografico*, Agenzia Regina, Asmara 1952.

pratiche magico-rituali) diffusi tra la popolazione contro la sifilide, la malaria, contro le elmintiasi, la lebbra («a cui nulla però valgono le medicine»), le pleuriti e polmonite, i reumatismi; i rimedi contro l'emicrania, il gozzo, il vaiolo (la già citata inoculazione, pratica «pericolosa», però, secondo Annaratone), le oftalmie e le malattie della pelle. È un elenco delle pratiche di guarigione che ha l'indigeno, con le sue abitudini, al centro; una descrizione che guarda alle forme dell'organizzazione sociale³¹⁷. Le usanze sono rappresentate come più o meno valide - non è l'efficacia ad interessare ad Annaratone -, nel complesso prevale nel testo un intento descrittivo, di rigore scientifico:

Contro la sifilide, da loro detta malattia dei bianchi, perché dicono sia stata importata dai portoghesi, adottano parecchi metodi curativi. Il più in voga e di una certa efficacia è quello dell'«uscivà», radici di una pianta, una specie di salsaparigliacea. Si chiudono in una casa piccola, stretta per quanto è possibile, si mettono i guanti alle mani, calze ai piedi, cappuccio di lana in testa che lasci liberi gli occhi, la bocca ed il naso, indossano pesanti vestiti di lana, si coprono porte e fessure con panni; accendono un fuoco, su di esso bruciano pezzettini di radici dell'«uscivà» e ne aspirano i vapori. Alcuni ne pestano la radice, la mescolano al miele bianco, formando globuli che inghiottiscono. Altri mettono un po' di radice pestata dell'«uscivà» in acqua calda e miele, bevendone quattro tazze al mattino e quattro alla sera. Durante la cura occorre osservare speciali e rigorose norme dietetiche. Si deve mangiare pane abbrustolito (kittà), cipolle; non prendere sugo, niente carne e chi desiderasse mangiarne un poco, dovrebbe assolutamente escludere quella di animale maschio. La cura e la relativa clausura ha la durata di almeno 40 giorni e va incontro a sicura morte (!) chi la interrompe [...]. La dose media di radice per ogni cura completa è di grammi 640 o poco più. Il costo è di 5 o 6 lire. Ultimata la cura in casa, l'ammalato esce mantenendosi una ventina di giorni sempre ben coperto, incappucciato, inguantato e con due tappi di cotone al naso, respirando dalla bocca. Dopo 20 giorni si reca alle acque calde. [...] Efficaci e molto usati sono nelle forme sifilitiche i bagni alle acque calde, di cui le più frequentate, le più accreditate sono quelle di Ailet, poco distante da Ghinda: ad esse talora si recano a chiedere sollievo ai loro malanni anche gli Europei³¹⁸.

Al termine della rassegna comparirà la consueta immagine di docilità delle popolazioni dominate, avvalorata da uno scatto fotografico che ritrae i colonizzati in attesa di cure mediche; «gli indigeni ricorrono volentieri e con fiducia - scrive Annaratone - al medico europeo, per loro ogni bianco deve intendersene di medicina» (anche se prima aveva ammesso come il controllo pieno dei nativi da parte dell'occhio medico sia impossibile). Ma ciò che importa, sottolinea in conclusione Annaratone, è che la vera minaccia per l'italiano in colonia, che proviene dall'ambiente, possa considerarsi nulla, o quasi, di fronte ai mezzi della medicina occidentale, promossa dalle autorità coloniali:

Abbiamo così visto sommariamente le principali malattie a cui può andare incontro l'europeo che si reca in colonia ed abbiamo indicato le più elementari norme per prevenirle [...]. Il colono sa quali sono i pericoli, lievi del resto, a cui va incontro recandosi in Eritrea, ma sa pure che ha in suo potere i mezzi per combatterli, per

³¹⁷ Il saggio di Annaratone è corredato di fotografie che ritraggono indigeni affetti da patologie più o meno tropicali - lebbra, micetoma, gozzo, fibroma - e durante alcune pratiche di cura - quella dell'«uscivà» contro le malattie veneree. A differenza dei documenti fotografici che compaiono sulle riviste specializzate, in cui i pazienti indigeni sono raffigurati come puri «corpi», senza corredi identitari, gli scatti che accompagnano lo scritto del direttore di sanità della colonia sono di taglio etnografico. I malati (e le malattie) vengono rappresentati non separati dal proprio ambiente e dalle forme organizzazione sociale. Gli indigeni ritratti sono colti nel corso di attività e con i loro vestiti tradizionali e non all'interno di strutture cliniche.

³¹⁸ C. Annaratone, *Le condizioni igieniche dell'Eritrea*, cit., pp. 449-450.

superarli, coadiuvato, facilitato in ciò dall'opera efficace del governo coloniale e dalle provvide disposizioni sanitarie generali adottate³¹⁹.

4.13 Scienza in colonia: l'istituto siero vaccinogeno di Asmara

Nel 1894 Filippo Rho, passando in rassegna le patologie caratteristiche di Massaua, si soffermava sulle difficoltà incontrate dai sanitari italiani nell'ottenere una linfa vaccinica efficace contro il vaiolo, lamentate anche dalle prime relazioni degli ufficiali medici dell'esercito sbarcati in colonia³²⁰. Come soluzione, Rho auspicava venisse presa a modello l'opera di Albert Calmette, medico militare alla direzione del primo Istituto Pasteur al di fuori dell'Europa: il centro di Saigon, aperto nel 1891 grazie alla collaborazione della scuola pasteuriana e delle autorità politiche coloniali:

Che se si volesse impiantare colà un istituto vaccinogeno, si dovrebbe far tesoro dell'esperienza altrui. I francesi in Cocincina, dopo parecchi vani tentativi, finirono per opera del dottor Calmette a stabilire a Saigon un istituto di questo genere, che funziona ottimamente. Questo batteriologo si avvide che l'evoluzione delle pustole vacciniche è assai più rapida in quel clima che non in Francia, anche nei mesi estivi. I risultati per la conservazione di un vaccino attivo e per il suo uso profilattico furono ottimi³²¹.

L'apertura in Eritrea di un centro vaccinogeno seguirà di alcuni anni l'auspicio del medico della marina e non sarà legata alle esigenze di lotta contro il vaiolo, combattuto con linfa vaccinica importata, fino al 1907, dall'Italia. A fine ottocento, la colonia è colpita da una estesa epidemia di peste bovina, legata alla carestia scoppiata in Etiopia tra 1888 e 1892, che continuerà a far sentire i suoi effetti fino a inizio novecento, con altissima mortalità del bestiame e spopolamento delle regioni³²². Per contrastare la diffusione della malattia, denominata *ghulai* dalle popolazioni indigene, ma anche dalle fonti mediche, nel 1903 Ferdinando Martini, governatore della colonia, farà appello alla consulenza di Angelo Celli,

³¹⁹ Ivi, p. 460.

³²⁰ «Fu praticata la vaccinazione e rivaccinazione con linfa acuta da Aden ma il risultato fu negativo tanto sopra gli individui quanto sopra le giovenche. Ora è in corso presso i Capi la vaccinazione e rivaccinazione fatta con la linfa proveniente da Napoli». USSME, *L-7*, b. 86, f. 2 Relazione del 2 marzo 1886 dal maggiore medico direttore del servizio sanitario militare al Comandante superiore delle truppe.

³²¹ F. Rho, *Sguardo generale sulla patologia di Massaua*, cit., p. 114. Il medico torinese fa riferimento alla pubblicazione di Calmette, relativa ai primi anni di impianto del servizio: V. Calmette, *Organisation et fonctionnement de l'Institut de vaccine animale de Saigon en 1891*, in «Archives de médecine navale et coloniale», 56 (1891).

³²² R. Pankhurst, *The great Ethiopian famine 1888-1892*, in «Journal of the History of medicine and allied science» 21, (1966); O. De Napoli, *Potere coloniale e strategie subalterne alla nascita della colonia Eritrea* in «Quaderni Storici», 2 (2018). «La peste bovina, detta degli indigeni in Eritrea *Gulhaii*, è un vero flagello del bestiame per i gravi danni economici che con la moria esso arreca a quelle popolazioni per la sua diffusività. Difatti risulta che sono colpiti da peste il 90% di bovini, e di quelli affetti ne muore il 75-95% ed anche il 100%». ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12, *Relazione servizi sanitari delle nostre colonie*, 1908. Anche Martini nella relazione del 1913: «durante gli anni dal 1902 al 1905 fu denunciata la morte di oltre 100 mila bovini a causa del Gulhati e si noti che questa cifra non rappresentava forse nemmeno la metà dei capi morti in quel periodo in tutta la Colonia, poiché, come ho già accennato, dato il carattere degli indigeni si può dichiarare che molti di essi, e specialmente tutti quelli domiciliati in località lontane dalle sedi degli Uffici regionali non si curarono di recarsi a fare la denuncia ben sapendo che nulla avrebbe loro fruttato». *Relazione sulla Colonia Eritrea del R. commissario civile deputato Ferdinando Martini*, cit., p. 183.

promotore dell'invio in Eritrea di una missione scientifica composta dai medici Giovanni Memmo, Ferdinando Martoglio (quest'ultimo rimarrà in colonia per tutta la sua carriera), e il veterinario Carlo Adani³²³. I sanitari individuano nell'applicazione del siero antipestoso, secondo la formula elaborata da Wilhelm Koller e George Turner - impegnati in quegli anni nella lotta contro la stessa malattia in Sud Africa³²⁴ - la soluzione alla diffusione del morbo: «Tale metodo si rivelò nella pratica di una indiscussa efficacia mentre le misure di polizia veterinaria, che avevano così bene corrisposto nei paesi europei a zootecnica progredita, fallirono completamente»³²⁵.

Le tecniche sieroterapiche si erano sviluppate nell'alveo della medicina pasteuriana, con le scoperte di Emil von Behring e Émile Roux sulla cura della difterite, e di pari passo con la chemioterapia di Paul Ehrlich. In Italia, nel 1894, è aperto l'Istituto sieroterapico Milanese, con il compito di produrre, per i medici della penisola, l'antidoto contro la difterite, e successivamente contro il carbonchio e il vaiolo³²⁶.

Dopo il successo della spedizione promossa da Celli - «su 5999 vaccinazioni eseguite infatti, in quel periodo di tempo, si ebbe la perdita, per la vaccinazione stessa, del 0,5 %»³²⁷-, anche la colonia Eritrea sarà dotata, nel 1905, di un centro per l'elaborazione di sieri e vaccini, con sede ad Asmara.

Già nel 1904, ancor prima dalla fondazione ufficiale dell'Istituto, Martoglio e i suoi collaboratori avevano provveduto alla vaccinazione di circa 50.000 capi di bestiame affetti da peste bovina³²⁸. L'obiettivo stabilito era l'immunizzazione dell'intero patrimonio zootecnico della colonia, stimato a 500.000 capi, entro un periodo minore di tre anni; in realtà, le campagne di vaccinazione procederanno con lentezza, anche per l'esiguità del personale addetto alla produzione di siero, e l'istituto difficilmente riuscirà a superare la quota di 50 mila bovini immunizzati prima degli anni venti³²⁹.

In linea con l'estensione dei compiti assegnati, il centro verrà ampliato e riorganizzato³³⁰, grazie anche all'opera del maggiore veterinario Leopoldo Baruchello inviato in Eritrea nel

³²³ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 14, *L'opera svolta in Eritrea dall'Istituto vaccinogeno zooprofilattico di Asmara. Testo di Vittorio Cilli*; Sull'Istituto siero-vaccinogeno si segnala: M. Zaccaria, *Feeding the War: Canned Meat Production in the Horn of Africa and the Italian Front*, in S. Bekele, U. Chelati Dirar, A. Volterra, M. Zaccaria (a cura di), *The First World War from Tripoli to Addis Ababa (1911-1924)*, Centre français des études éthiopiennes, Addis Abeba 2018.

³²⁴ D. Gilfoyle, *Veterinary Research and the African Rinderpest Epizootic: The Cape Colony, 1896-1898*, in «Journal of Southern African Studies» 29, n (2003), pp. 133-54.

³²⁵ *L'opera svolta in Eritrea dall'Istituto vaccinogeno zooprofilattico di Asmara*, cit. Le misure di polizia sanitaria prevedevano un forte controllo del territorio, per impedire l'importazione di capi bestiame da altri paesi e la trasmissione delle malattie tra animali selvatici e di allevamento.

³²⁶ E. Nenci, *L'Istituto sieroterapico di Serafino Belfanti. Un "Institut Pasteur" in riva al Naviglio*, in «Milano scientifica 1875-1924», 2 (2008), pp. 237-257.

³²⁷ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 13, sf. 21, *Appunti Istituto Siero Vaccinogeno Eritrea 1909*. Scrive il veterinario Gaetano Conti: «Gli studi dei tre sanitari si rivolsero anzitutto, come era loro compito, alla peste bovina, ma non trascurarono l'accertamento delle altre infezioni degli animali domestici e di quelli selvatici. La loro attenzione fu richiamata dai parassiti del sangue, specialmente piroplasmii e tripanosomi, di cui studiarono la biologia in relazione all'infezione pestosa. Accertarono la presenza di altri parassiti, plasmodi, spirilli e gregarine che identificarono con grande precisione. Ivi, f. 14, *Il servizio veterinario in Eritrea. Testo di Gaetano Conti* [s.d.]. Il documento è sicuramente successivo al 1941.

³²⁸ *L'opera svolta in Eritrea dall'Istituto vaccinogeno zooprofilattico di Asmara*, cit.

³²⁹ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 13, sf. 21 *Appunti Istituto Siero Vaccinogeno Eritrea 1909*. cit.

³³⁰ I bovini produttori di siero saranno aumentati a 300 unità.

1906, che ne collegherà l'azione con l'attività dei Commissari Regi delle diverse zone della colonia³³¹. La produzione di siero vaccino sarà estesa, nello stesso anno, alla preparazione della linfa vaccinica contro il vaiolo, che fino al 1914, anno della fondazione dell'Istituto sierovaccinogeno di Merca, rifornirà anche i territori somali³³².

Una relazione del 1909 evidenzia il ruolo di crescente importanza, politica, economica e scientifica, giocato dall'Istituto all'interno della colonia. Attraverso la sua opera profilattica - scrive l'autore - il centro siero vaccinogeno interviene a tutela del patrimonio zootecnico del paese, e dunque a difesa della salute della popolazione, il cui benessere è la base per la potenza dell'intera colonia. L'attività dell'istituto consolida inoltre il consenso del governo italiano tra le popolazioni indigene, che riconoscono ormai i vantaggi della immunizzazione del bestiame³³³. Per questo, suggerisce, sarebbero necessarie alcune modifiche, prime fra tutte l'abolizione delle tasse sulla vaccinazione e la costituzione di un indennizzo per i bovini deceduti in seguito all'applicazione della profilassi. La tassa pone un problema di rapporto fra coloni e colonizzati e di rappresentazione del dominio italiano:

Occorre [...] dire subito che la tassa di vaccinazione è impolitica ed odiosa, onde ne sarebbe altamente consigliabile l'abolizione, anche perché ciò eserciterebbe una influenza morale assai benefica sull'anima di quelle popolazioni. Non risulta invero che simile provvedimento sia in vigore presso le Colonie di altre nazioni ed un Governo coloniale non può nei rapporti dei suoi governati esercitare una funzione di alto interesse generale che abbia carattere speculativo come appunto la tassa in parola la quale sembra rappresentare un vero balzello sulla calamità. Ragioni analoghe consiglierebbe che, per i bovini morti in seguito alla vaccinazione, il cui numero normalmente può calcolarsi l'1% dei vaccinati, fosse corrisposto adeguato indennizzo, se non l'intero prezzo, agli indigeni che ne erano possessori³³⁴.

Il valore dell'Istituto è però anche propriamente scientifico:

Sotto l'aspetto scientifico occorre osservare come effettivamente l'Istituto siero-vaccinogeno sia stato fondato per lo scopo precipuo della preparazione del vaccino antipestoso cui più tardi si aggiunse quella del vaccino antivaioleso, ma che tuttavia vi dovrebbe trovare posto ancora un largo studio delle altre numerose malattie coloniali (tripanosomiasi, spirillosi, piroplasmi, ecc.) taluna delle quali finora poco conosciute³³⁵.

Le competenze del centro siero vaccinogeno in effetti tenderanno ad estendersi negli anni

³³¹ *Appunti Istituto Siero Vaccinogeno Eritrea 1909*, cit.

³³² Il servizio veterinario viene istituito in Somalia con il decreto governatoriale n. 723 del 28 agosto 1911, a seguito di una missione compiuta da Martoglio, che aveva messo in luce le condizioni non buone del bestiame, affetto da peste e tripanosomiasi. Il decreto emanato dal governatore De Martino prevede la creazione di un ufficio di vigilanza e assistenza e di un gabinetto per lo studio delle malattie del bestiame. Nel 1912 è poi creata un'unica direzione dei servizi zoiatrici presieduta dal medico veterinario Provenzale, che progetta l'impianto in colonia di un Istituto sierovaccinogeno sull'esempio di quello di Asmara, con il compito anch'esso di provvedere alla produzione di siero anti-pestoso. La direzione dell'Istituto è affidata dal 1915 al 1919 a Paolo Croveri. ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, *Il servizio veterinario in Somalia. Testo di Dario Pellegrini*.

³³³ Scriverà nel 1913 Martini: «Nel frattempo gli indigeni stessi, mi inducevano nel convincimento che gli esperimenti fatti erano completamente riusciti poiché, quando si furono accertati dei risultati ottenuti, fu una vera ressa presso tutti gli uffici per implorare l'intervento dei vaccinatori e non passava giorno senza che sotto la finestra del mio ufficio si presentassero tutti gli abitanti di questo o di quel paese domandando la vaccinazione». *Relazione sulla Colonia Eritrea del R. commissario civile deputato Ferdinando Martini*, cit., p. 184

³³⁴ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 13, sf. 21, *Appunti Istituto Siero Vaccinogeno Eritrea 1909*, cit.

³³⁵ *Ibidem*

successivi, su modello dell'organizzazione e dell'attività svolta dagli istituti Pasteur d'oltremare, esempio più alto della medicina fattasi *scienza* nei decenni a cavallo tra ottocento e novecento.

Nel 1914, con decreto governatoriale n. 2012 del 30 giugno, sarà affidato all'Istituto di Asmara il compito di «provvedere allo studio delle malattie tropicali dell'uomo e all'attuazione della lotta contro di esse»³³⁶. Dal controllo delle affezioni del bestiame, l'istituto passerà alla vigilanza delle malattie umane e sull'igiene della colonia, configurandosi sempre più come un polo di scienza in colonia. Al direttore del centro perverranno dal 1914 «statistiche nosografiche e periodiche compilate dai vari luoghi di cura della colonia» e, grazie al perfezionamento dei laboratori micrografici e batteriologici istituiti nella sua sede, il centro siero vaccinogeno inizierà ad occuparsi dell'analisi delle acque della colonia³³⁷. Nuove pubblicazioni sui metodi della preparazione del siero antipestoso saranno poi edite dall'Istituto, la cui opera scientifica verrà celebrata all'Esposizione di Genova del 1914³³⁸.

Un ampliamento di competenze e funzioni che va di pari passo con l'estensione geografica dell'attività della struttura, diretta a facilitare il processo di «penetrazione pacifica», secondo una formula consolidata e di larga diffusione tra i medici coloniali, nei territori confinanti, quello etiopico in primo luogo. Dal 1910 i sanitari dell'istituto attueranno alcuni interventi in Tigray per combattere la diffusione della peste bovina, con l'iniziale ostilità, e poi favore, delle autorità locali, tra cui anche il vescovo Abuna Petros³³⁹. Il vaccino antivaioloso prodotto dall'Istituto sarà inoltre distribuito, oltre che in Somalia, anche alla Legazione italiana ad Addis Abeba³⁴⁰ e all'Agenzia Commerciale di Dessiè³⁴¹. Negli anni successivi anche il Sudan, lo Yemen e l'Arabia Saudia verranno riforniti dal centro di Asmara. Nel 1917 la struttura cambierà denominazione, divenendo «Istituto di Patologia Tropicale»: ma il progetto di costituire un centro di ricerca scientifica in colonia che abbracciasse patologia umana e animale, passaggio obbligato per la formazione di «tutti i medici e veterinari destinati a svolgere la loro attività nel territorio dell'Eritrea», non sarà duraturo. All'inizio degli anni venti il centro tornerà alla sua denominazione iniziale, orientandosi definitivamente verso la medicina veterinaria.

Sul piano della pratica medica (produzione vaccini, polizia veterinaria) sia dal punto di vista

³³⁶ ASDMAE, *Archivio Eritrea* (d'ora in poi AE), b. 139, f. Relazioni generali 1915, *Istituto siero vaccinogeno, relazione statistica per l'anno 1914*.

³³⁷ *Ibidem*

³³⁸ *Ibidem*

³³⁹ «In esito al foglio del Governo. Direzione Affari Civili n. 1438 del 30 dicembre 1913 circa l'efficacia degli interventi contro la peste bovina eseguiti dall'istituto oltre confine abissino era stato compilato il seguente rapporto [...]. Gli interventi in Tigray sono stati eseguiti nei vari anni dagli Ufficiali veterinari Sig. Ciamei, Conti, Milanese. Il dottor Cimei che non appartiene più a questo Istituto riportò impressioni favorevoli che ebbe a riferirmi. Egli eseguì il primo intervento e fin da allora poté rilevare quanto vivo desiderio [avessero] di assicurare definitivamente il proprio bestiame contro l'insidia della peste i paesani». ASDMAE, AE, b. 1034, Interventi oltre confine - Sanità 1916, Foglio 759/10, Asmara 29 Maggio 1916 da Istituto Siero Vaccinogeno alla Dir. Aff. Civ. Oggetto: *Circa l'effetto dell'intervento dell'Istituto contro la peste bovina oltre il confine abissino*; Ivi, Relazione Conti, Asmara 14 gennaio 1914. Oggetto: *sulle vaccinazioni eseguite in Tigray nel novembre e dicembre 1911-1912*; Ivi, *Relazione Vaccinazioni in Tigray compilata da Milanese*, Asmara 18 febbraio 1914.

³⁴⁰ Tra 1901 e 1904 sono circa 2000 le vaccinazioni effettuate da Lincoln De Castro, medico della Legazione italiana ad Addis Abeba; ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, sf. 51, *Relazione sulla vaccinazione in Etiopia settembre 1904*, da De Castro al Ministero degli Affari Esteri.

³⁴¹ *Ibidem*

“teorico” (il centro è promotore di pubblicazioni, monografie, ricerche ecc.) l’istituto siero vaccinogeno costituisce dunque un vero e proprio polo “scientifico” in colonia. Il fallimento del progetto di trasformazione dell’organismo in centro di ricerca sulle malattie che colpiscono i coloni e i colonizzati farà sì che lo sviluppo teorico della disciplina rimanga in gran parte però, considerando la medicina tropicale italiana in una prospettiva ampia, legato a istituzioni della madrepatria, dipendente dunque dal “centro” europeo, invece che svilupparsi sul terreno di applicazione, come si vedrà nei prossimi capitoli.

4.14 Mobilità dei saperi e modelli di organizzazione: derivazioni, prestiti, circolazione

In questo paragrafo si cercherà di delineare un quadro riassuntivo degli studi di medicina coloniale prodotti in epoca liberale, e non solo, adottando una prospettiva finora solo accennata: quella della circolazione dei saperi.

Per una ricerca che si occupa del *come* si sviluppa la conoscenza, tale questione costituisce un problema di primo piano. Due sono le accezioni attraverso cui verrà declinato questo tema nell’ambito dello studio condotto sullo sviluppo della medicina tropicale in Italia, accezioni che corrispondono a diverse forme di “movimento” del sapere: mobilità come *derivazione*, somma, stratificazione della conoscenza e mobilità, secondo il significato più frequente, come *circolazione* di modelli, teorie e prassi.

Sul piano della storia e filosofia della scienza, parlare di circolazione dei saperi pone alcuni problemi e nodi cruciali perché tocca la questione, spinosa, della produzione di conoscenza. Da una parte i saperi circolano sì, superano i confini nazionali - come accade alle conoscenze di medicina coloniale -, si arricchiscono, si incrostano di esperienze “particolari”; dall’altra parte però si sviluppano anche omogeneizzandosi, stabilizzandosi, irrigidendosi attorno ad un canone, ad un paradigma egemonico, con un movimento contrario a quello che presuppone la circolazione³⁴². Potremmo dire che i saperi sono “mobili” quanto più si sono stabilizzati, quanto più si cristallizzano in qualcosa di solido. La loro possibilità di circolazione dipende dalla posizione dunque che occupano nella scala dei saperi.

Tornando alla periodizzazione della ricerca, si è indicato come la fine dell’ottocento rappresenti il momento in cui la medicina tropicale si costituisce come settore specifico della conoscenza medica. Ma cosa significa tutto ciò, cosa si intende per medicina «tropicale», e perché questa periodizzazione dal momento che la costituzione di saperi medici sui e nei territori dell’espansione coloniale europea non è certo una questione che riguarda la sola epoca contemporanea?

Si è visto come siano gli studi di Patrick Manson, insieme alle scoperte della malariologia, a fissare la base concettuale entro cui si svilupperà la disciplina. Allargando lo sguardo, è la microbiologia di Pasteur e Koch, l’idea che siano i germi le cause specifiche delle malattie infettive, a fornire il quadro generale, il paradigma entro cui si muovono le conoscenze. Il modello messo a punto da Manson è una complicazione di questo quadro, un sotto-canone che

³⁴² Per questa prospettiva si veda T. S. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2007.

indirizzerà, gli studi successivi, che orienterà, pur in modo non totale, le pratiche mediche. Ma a livello dei procedimenti pratici di sviluppo della disciplina, come si osserva questo processo?

Leggendo i manuali di medicina coloniale appare chiaramente come le opere pubblicate sia in età liberale che durante il fascismo si trovino connesse le une alle altre da un sistema di rimandi, non semplici citazioni, ma veri e propri richiami e topos concettuali. Si costruiscono perciò per stratificazione, cumulazione, derivazioni da alcuni studi che dettano il canone di organizzazione e la strutturazione della materia. Si tratta di una circolazione “disciplinata”.

Nel volume *Patologia tropicale e parassitaria* del 1932, ristampato nel 1935, Paolo Croveri si chiedeva «che cos'è la patologia esotica?» concludendo «in realtà» come «i suoi limiti [siano] difficili da stabilirsi. Lo stesso nome della materia fu molto discusso: alcuni vogliono che si chiami *patologia coloniale*, altri *tropicale*»³⁴³. La questione dei limiti della disciplina, e il problema della sua definizione, è costantemente al centro delle riflessioni mediche come chiaro portato dell'impostazione adottata da Patrick Manson per il suo manuale fondativo. Una questione che verrà risolta spesso con le stesse parole del tropicalista: passi interi del volume del medico britannico sono tradotti e ripresi da Filippo Rho nella sua già citata introduzione al volume di Carl Mense: «il medico [...] dovrebbe essere foderato un po' della stoffa del naturalista»³⁴⁴. Anche Croveri si affida alle definizioni di Manson:

Il corso completo per formare il medico coloniale dovrebbe chiamarsi Medicina Coloniale poiché comprende non solo la parte patologica pura ma anche l'igiene, la parassitologia, la batteriologia applicata alle malattie coloniali. Ad ogni modo questa è una questione di parole. Io ho creduto di essere più comprensivo intitolandolo *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*. Uno dei fondatori della medicina coloniale, Patrick Manson, diceva: se per le malattie tropicali si intendessero solamente quelle peculiari e confinate nei paesi tropicali, un trattato di malattie tropicali dovrebbe essere ridotto a ben poche pagine. Ma se noi intendiamo sotto tal nome tutte le malattie che si trovano ai tropici, il lavoro dovrebbe includere quasi tutti i capitoli della medicina³⁴⁵.

Al centro del discorso di presentazione della scuola di medicina coloniale di Modena, pronunciato dal medico e orientalista Tommaso Sarnelli³⁴⁶ alla Mostra Triennale d'Oltremare,

³⁴³ P. Croveri, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, Coop. Libri Del Gruppo Univ. Fascista (Sten, Soc. Tip. Edit. Nazionale), Torino 1935, p. 15.

³⁴⁴ «Più studiamo la distribuzione geografica delle malattie ed il loro modo di diffondersi più ci persuadiamo che il clima è la temperatura non hanno per sé che una scarsa e indiretta azione patogeni, e più ci persuadiamo che nelle malattie tropicali tutto dipende dalla fauna e dalla flora locale» F. Rho, *Introduzione*, in C. Mense, *Trattato delle malattie dei paesi tropicali*, p. XI, cit.

³⁴⁵ P. Croveri, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, cit., p. 15; per una riflessione sui limiti si veda anche C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit., p. 1.

³⁴⁶ Tommaso Sarnelli, medico ed orientalista. Inviato nel 1917 in Somalia come sanitario civile, consegue il diploma di medicina coloniale nel 1924-25 presso dell'appena inaugurata Scuola di patologia tropicale di Bologna diretta da Giuseppe Franchini. Tra 1930 e 1932 è missione sanitaria a San'a' in Yemen. Nella seconda metà degli anni trenta diviene direttore del Centro di medicina indigena dell'Istituto di Modena, nuova sede della scuola bolognese, in virtù dell'interesse sviluppato nell'osservazione delle pratiche mediche dei colonizzati. Cfr. *Il nostro Centro di studi per la medicina indigena dei paesi tropicali*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 7 (1935), pp. 481-484. Queste alcune pubblicazioni dello studioso: T. Sarnelli, *La malattia del latak in Tripolitania*, «Giornale di medicina militare», 2 (1924); Id., *Notizie preliminari sui risultati della mia missione sanitaria nell'Alto Yemen (1930-1932)*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», (1934); Id., *La scuola di patologia coloniale di Bologna*, in «Riforma medica», 47 (1925); Id., *La cecità nei paesi coloniali e i mezzi per prevenirla*, in «Atti della XXV riunione della Società italiana per il

c'è non a caso il tema della specificità, e dunque dei limiti, della medicina tropicale: «non credo di poter assolvere il mio compito odierno meglio che soffermandomi - si legge nel resoconto della conferenza - su un concetto di *specificità* che è sempre ricorso e che ricorrerà ancora nel mio pensiero, nelle mie parole e nelle mie azioni». Due sono per Sarnelli i principi con cui si deve confrontare la preparazione del medico coloniale: la fisionomia propria della medicina tropicale e «la *tropicalità* di tutto il nostro impero»:

Dagli ambiti della morfologia e della biotipologia razziale, dalla fisiologia – sia dell'immigrato che del nativo – e della patologia di razza, della clinica – tutte le cliniche – e dell'igiene, emergono numerosi elementi caratteristici che differenziano la medicina dei tropici da quelli dei nostri paesi³⁴⁷.

Dunque non è solo l'instabilità del paradigma della medicina tropicale a costringere i sanitari italiani a fare i conti con il problema dello “spazio” occupato dal nuovo campo del sapere, e con la sua legittimità, ma anche l'influenza esercitata da Manson e la direzione imposta dal tropicalista inglese alla disciplina.

Se l'impostazione del problema è in Sarnelli di derivazione mansoniana, le conclusioni non ricalcano però quelle del medico britannico. A giustificare l'esistenza di un campo di sapere separato dal ramo della clinica generale non è il rapporto peculiare, biologico, che si instaura fra agente patogeno e ambiente (tropicale in questo caso), e che determina una certa tipologia di fauna e flora “patologica”, ma gli andamenti anomali delle malattie, il loro decorso non riconducibile a quadri consolidati, in continuità con le concezioni della medicina prebatterologica. Sarnelli è uno specialista dalla lunga esperienza coloniale, la cui pratica d'oltremare orienta in senso *localistico* le rappresentazioni dei saperi di patologia tropicale. Mentre per l'igienista Ivo Bandi «il medico moderno non può assolutamente disinteressarsi della conoscenza di quei complessi di particolari ai quali è intimamente collegata la biologia degli agenti» patogeni³⁴⁸, secondo Sanarelli è la conoscenza dei paesi coloniali, delle loro

progresso delle scienze», (1937); Id., *Gli studi italiani di oculistica tropicale*, in *Atti del XXXIV Congresso della Società oftalmologica italiana*, Roma 1937; Id., *Magia e misticismo nella medicina indigena delle nostre colonie*, «Bollettino Regia società geografica di Roma», 5-6, (1937); Id., *Le acque salutari miracolose dell'Africa italiana*, «Atti del III Congresso di studi coloniali», 4 (1937), pp. 204-214; Id., *L'aspetto medico-legale e medico-sociale delle malattie tropicali nei riguardi delle genti di mare, degli aeronauti, dei colonizzatori e dei lavoratori e funzionari all'estero*, in «L'assistenza sociale», 10-11 (1937); Id., *Le scuole moderne di medicina antica in India*, in «Rivista di biologia coloniale», I, 3 (1938); Id., *Medicina coloniale, medicina politica*, in Partito nazionale fascista, *Dizionario di politica*, vol. II, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma 1939-1940; Id., *Etnologia ed etnoiatria*, «Rivista di antropologia», XXXIII, 40-42 (1941); Id., *Il principio collaborativo in medicina indigena: parole pronunziate all'apertura della prima seduta del centro per lo studio della medicina indigena presso l'Istituto per il medio ed estremo oriente*, Roma, 26 gennaio 1941, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», 6 (1941); Id., *La medicina Araba*, in Conferenze e Letture del Centro studi per il vicino Oriente, *Caratteri e modi della cultura araba, Volume II*, Reale accademia d'Italia, Roma 1943.

³⁴⁷ T. Sarnelli, *L'insegnamento universitario e la preparazione dei medici coloniali: relazione al congresso regionale della scuola (settore universitario) organizzato dalla Mostra triennale d'oltremare per iniziativa dell'Istituto fascista d'Africa*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 5 (1941), pp. 193-210.

³⁴⁸ La citazione, tratta dal volume I. Bandi, *Spunti di patologia nordafricana. Ricordi di un'escursione scientifica in Tunisia. Conferenza con proiezioni di preparati isto-patologici e parassitologici, tenuta alla Società Toscana d'Igiene nell'adunanza del 24 gennaio 1913*, Tip. Claudiana, Firenze 1913, è ripresa in *Introduzione*, in *Collezione di pubblicazioni scientifiche sull'Eritrea, Vol. I. Studi di medicina tropicale compiuti da ufficiali medici e veterinari del R. Corpo di truppe coloniali dell'Eritrea*, Istituto italiano di Arti grafiche, Bergamo 1914, p. XV.

specificità, a consentire al medico di decifrare la natura delle malattie e la pluralità dei fattori che le determinano. L'ambiente tropicale è pur sempre un ambiente patogeno, in cui si annida una «plurimità» di elementi dannosi per l'organismo. Sono dunque i problemi "localistici" che conferiscono la fisionomia speciale, specifica, alla medicina riguardante il mondo tropicale.

Se, a proposito della patologia, è vero che non sono numerosi gli agenti morbosi – e quindi le entità nosologiche – propri ed esclusivi dei paesi tropicali, vero è pure le malattie ubiquitarie, cosmopolite, comuni ai nostri climi e che tutte esistono nei tropici, assumono laggiù dei caratteri tipici e degli andamenti clinici differenti, molto differenti di quelli che si osservano da noi, e, ciò che è più importante danno colà luogo a problemi particolarissimi di vario genere in relazione alle condizioni locali: clima in senso stretto, suolo, fauna, flora, ambiente antropico e sociologico. Così la clinica, per esempio, in tutti i suoi rami, si trova laggiù di fronte a dei problemi sconosciuti nelle regioni temperate, in mezzo a della gente evoluta: e, primo fra tutti, quello della *plurimità* delle cause coesistenti e concorrenti o sommantisi molto più spesso di quanto si creda nello stato morboso di uno stesso individuo. *Plurimità*, questa, che punta contro la nostra consueta metodologia, e arriva a volte fino a deviare i nostri comportamenti e i nostri orientamenti e a deformare se non a capovolgere ogni nostro abituale schema semiologico, nosologico e clinico³⁴⁹.

Questo non è però l'unico esempio di omogeneizzazione (che non significa però omologazione) dei saperi. Nella trattazione del tema dell'acclimatazione, dell'adattamento cioè del colono alla fisionomia patologica delle terre conquistate, non c'è manuale che non affidi la risoluzione del problema alle statistiche di mortalità e morbilità per malattia dei corpi di spedizione nei territori d'oltremare, come prova del difficile e mutevole rapporto che intercorre tra la salute dell'europeo e l'ambiente tropicale³⁵⁰. Un'egemonia dei metodi statistici, all'origine del tema ricorrente delle malattie come pericolo maggiore del fuoco nemico, dovuta alla centralità, negli studi di patologia "esotica", delle fonti della medicina militare, tra le prime branche della scienza medica a fare proprio, assieme all'epidemiologia,

³⁴⁹ *Ibidem*

³⁵⁰ Si legge ad esempio, nel volume E. Persano, *Igiene dei Paesi caldi. II edizione*, Istituto Agricolo Coloniale Italiano, Firenze 1929, come in molti altri: «È noto che le condizioni di salubrità dei paesi caldi sono peggiori di quelle dei paesi temperati tanto che, secondo l'opinione comune - in gran parte vera - paese caldo è sinonimo di paese malsano. Effettivamente nella maggior parte di essi, e specialmente prima che l'igiene vi facesse sentire la sua benefica influenza la mortalità era parecchio alta, e se si osservano le statistiche riguardanti le spedizioni militari di conquista e i primi periodi di occupazione delle principali colonie, si è veramente impressionati dal trovare delle cifre annuali che vanno dal 60 fino ad oltre 200 morti per mille come dimostra la seguente tavola». Aldo Castellani scrive a proposito della guerra d'Etiopia: «Il pensiero che mezzo milione di giovani soldati bianchi avrebbero combattuto nell'Africa tropicale - in gran parte con un clima torrido - suscitò molti dubbi tra gli esperti in quanto si riteneva da anni (e gli ufficiali di Stato maggiore lo consideravano un assioma) che allo scopo di impedire che le perdite dovute a malattia mettessero in pericolo la vittoria nelle guerre coloniali, era necessario che il grosso dell'esercito combattente fosse formato da indigeni. In molti giornali e riviste apparvero articoli in cui si affermava che gli Italiani anche se non battuti dall'esercito abissino sarebbero stati distrutti dalle malattie. Queste profezie erano basate su solidi argomenti storici, dei quali cito qualche esempio. Nel 1890 i Francesi persero a Tonchino 1.125 uomini su 8.505 militari bianchi impiegati. Nella spedizione francese a Madagascar del 1895 durante i dieci mesi da marzo a dicembre oltre un terzo del personale morì di malattia. Le forze bianche contavano 9.600 uomini e i morti per malattia furono 3.417. Nel Camerun le perdite tedesche dovute a malati furono del 112 per mille, mentre in patria la mortalità dell'esercito era 5 per mille». A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., pp. 378-379. Il tema sarà sviluppato, in modo più approfondito, nel capitolo VI e VII della tesi.

un approccio quantitativo per la valutazione dello stato di salute di ambiti circoscritti di popolazione³⁵¹.

L'osservazione del movimento "disciplinato" della conoscenza non è l'unica possibilità di lettura delle dinamiche di produzione della cultura. Sul tema della *circolazione* dei saperi - intesa come mobilità più "libera", dipendente dalle "situazioni" e dalle strategie degli "attori" coinvolti nel processo di formazione della scienza -, hanno fortemente insistito gli studi più recenti di storia e sociologia dei saperi, concentratisi nella ricostruzione dei trasferimenti culturali, dei fondamenti condivisi, della diffusione dei saperi nello spazio europeo ed extraeuropeo³⁵². Una prospettiva che va di pari passo con la messa in questione della rappresentazione della scienza come entità "universale", e della sua frammentazione in una molteplicità di saperi intesi come pratiche più che come sistemi teorici. È questa la seconda accezione di mobilità che questa ricerca tiene presente nell'osservare i meccanismi di sviluppo degli studi igienico-sanitari sui tropici.

Si è visto come gli studi italiani prendano il via in ritardo rispetto a quelli delle altre potenze coloniali. La conoscenza dei sanitari della penisola è però, già a fine XIX sec., fortemente connessa agli sviluppi della letteratura internazionale. Gli indicatori di tale relazione sono molteplici, a partire dallo spazio riservato alle opere straniere nelle riviste specializzate di patologia tropicale. Sia gli «Annali di medicina navale», che il «Giornale di medicina militare», e più avanti il periodico «Archivio italiano di scienze mediche coloniali» fondato nel 1920, ospitano al loro interno ampie rassegne di lavori stranieri sulle malattie «esotiche». Tali rubriche costituiscono un vero condensato di scienza europea sui tropici, oltretutto un serbatoio dei saperi accumulati dai corpi militari nel campo dell'organizzazione sanitaria dei conflitti coloniali³⁵³; rappresentano la chiave di accesso alle pubblicazioni estere e dunque uno strumento di aggiornamento per i medici italiani rispetto alle novità scientifiche circolanti nello spazio europeo e in quello coloniale.

Le traduzioni di volumi stranieri e la presenza, anzi prevalenza, di opere estere nelle bibliografie dei primi due lavori manualistici di medicina esotica - il volume di Rho e la monografia di Carlo Muzio - costituiscono un'ulteriore testimonianza della dimensione non limitata ai confini nazionali in cui si muove l'appena nata scienza italiana. Un ancoraggio internazionale, segnale da un lato della dipendenza dei lavori italiani dagli studi esteri, dall'altra della loro capacità di orientarsi all'intero panorama degli studi prodotti, inserendosi in un campo già strutturato e occupato dalla ricerca straniera.

³⁵¹ J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, in «Le Mouvement Social», 257 (2016).

³⁵² A. Romano, *Des sciences et des savoirs en mouvement: réflexions historiographiques et enjeux méthodologiques*, in «Diasporas», 23-24 (2014), pp. 66-79; C. Jacob, *Qu'est-ce qu'un lieu de savoir?*, OpenEdition Press, Marseille 2014.

³⁵³ Nelle sezioni «Rivista di tecnica e servizio medico militare», «Rivista di chirurgia di guerra» e «Rivista di statistica medica», il «Giornale di medicina militare» ospita periodicamente recensioni di studi italiani e stranieri sull'organizzazione sanitaria delle campagne di guerra, europee o coloniali. Alcuni esempi tratti dal 1886: Mosevig-Moerhef, *Notizie sul servizio sanitario nella guerra Serbo-Bulgara*; Roth, *Relazione Sanitaria dell'armata del Caucaso nella guerra contro la Turchia del 1877-78*, 2 (1886); *La introduzione della medicatura antisettica nella chirurgia di guerra presso l'esercito germanico*, 9 (1886); Hiller, *Sulla economia del calore del soldato di fanteria nelle marce e sul trattamento del colpo di calore*, 10 (1886).

Tra 1906 e 1909 Ernesto Bertarelli, docente di igiene all'Università di Torino, e Filippo Rho curano la traduzione dell'opera collettanea in più volumi di Carl Mense, *Handbuch der Tropenkrankheiten*³⁵⁴. L'edizione italiana è un'occasione di ridefinizione dei contenuti della pubblicazione, ampliata dall'aggiunta di saggi di studiosi della penisola; un'occasione per la conquista di spazi accademici da parte della scienza nostrana. Nel 1909 è pubblicato, con il titolo *Manuale delle malattie dei climi caldi*, il manuale di Patrick Manson e in anni successivi, due ulteriori volumi saranno tradotti in italiano: le opere dei medici tedeschi Martin Mayer e Reinhold Ruge, la prima curata da Giuseppe Franchini nel 1926, la seconda pubblicata nel 1933 con l'introduzione di Umberto Gabbi³⁵⁵.

Rispetto al movimento "contrario" - la circolazione cioè delle opere italiane al di fuori dei confini della penisola - il quadro si presenta più articolato e meno omogeneo. L'opera di Rho è conosciuta da Manson probabilmente attraverso la mediazione di Westenra Sambon³⁵⁶, studioso italo-francese formatosi all'Università di Napoli e diventato a fine ottocento collaboratore del tropicalista inglese, che aiuterà nella redazione di *Tropical diseases*³⁵⁷. Nell'edizione originale del trattato di Mense è inoltre contenuto un saggio del medico della marina, dedicato alle intossicazioni da veleno vegetale «esotico»: si tratta di uno dei pochi casi, se si eccettuano le ricerche effettuate sulla malaria, di traduzione di contributi italiani in testi di patologia esotica tra fine XIX e inizio XX sec.

Le opere che conoscono fortuna nei contesti medici europei sono infatti quelle della scuola romana di malariologia. Qui il rapporto si capovolge: è la rivista «Atti della Società per gli studi della malaria» a ospitare i contributi stranieri ponendosi come centro di elaborazione delle conoscenze della medicina occidentale in ambito di parassitologia. Libri e articoli di Celli, Marchiafava, Golgi, Grassi circolano nello spazio accademico europeo tradotte in inglese, francese, tedesco, trovando spazio nelle più importanti riviste mediche, negli atti delle conferenze internazionali o come monografie³⁵⁸. Una conferma della distanza e delle logiche contrarie che separano, in Italia, i due campi di indagine circoscritti al medesimo ambito della ricerca.

³⁵⁴ C. Mense, *Handbuch der Tropenkrankheiten*, voll. 3, Barth, Leipzig 1905-1906.

³⁵⁵ M. Mayer, *Malattie esotiche. Manuale pratico, traduzione dei dottori Cosimo Basile ed Emerico Funck; diretta dal prof. Giuseppe Franchini* (tit. or. *Exotische Krankheiten. Ein kurzes Lehrbuch für die Praxis*), UTET, Torino 1926; R. F. Ruge, *Malattie e igiene dei paesi tropicali (traduzione italiana sulla terza edizione tedesca a cura di C. Calza e C. Ofenheimer; prefazione di Umberto Gabbi)*, Ediz. Minerva Medica, Torino 1933.

³⁵⁶ Louis Westenra Sambon (Milano 1867 - Parigi 1931). Nato a Milano da un diplomatico francese e da una madre inglese, Sambon si forma presso l'Università di Napoli, e nella città compie le prime ricerche durante l'epidemia di colera del 1884-1887. Nel 1896 si trasferisce a Londra, dove inizia la sua attività sotto il patronage di Manson. Sono note le sue posizioni ottimiste sulle possibilità di acclimatazione del bianco in colonia, che susciteranno forte discussione all'interno comunità medica del tempo. G. H. Rée, *Louis Westenra Sambon. Pioneer of Tropical Medicine*, Paradigm Print Media, Brisbane 2017.

³⁵⁷ La copia di *Malattie predominanti nei paesi caldi* (I edizione) conservata presso la Wellcome Library, ed ora digitalizzata, proviene dai fondi della London School of Tropical Medicine di Londra ed era di proprietà di Sambon come testimonianza la dedica contenuta sul frontespizio del libro.

³⁵⁸ Per ragioni di spazio non si riporteranno tutti gli articoli pubblicati sulle riviste inglesi, francesi, tedesche degli autori ma solo le opere monografiche tradotte: C. Golgi, *Untersuchungen über den feineren Bau des centralen und peripheren Nervensystem*, Jena 1894; A. Celli, *Malaria according to the new researches; translated from the 2nd Italian edited by John Joseph Eyre; with an introduction by Patrick Manson*, Green, Longmans 1900; Id., *Die Malaria: nach den neuesten Forschungen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1900; B. Grassi, *Die Malaria. Studien eines Zoologen*, Gustav Fischer, Jena 1901.

A muoversi nello spazio “imperiale” non è solo il sapere nella forma materiale del libro. Assieme alle opere circolano uomini³⁵⁹, pratiche di intervento profilattico e terapeutico, come si vedrà a proposito delle tecniche di vaccinazione, e modelli di organizzazione della sanità coloniale.

Nel 1908, una relazione destinata, probabilmente, al Ministero degli Esteri fa il punto sulla nosografia dell’Eritrea e della Somalia e sullo stato di sviluppo del servizio sanitario d’oltremare francese, britannico e tedesco³⁶⁰. Il rapporto esamina le forme di organizzazione medica adottate dalle potenze europee, confrontando il numero dei sanitari addetti al servizio e l’articolazione degli organi amministrativi predisposti, a livello centrale e periferico, per il governo igienico dei possedimenti d’oltremare.

Francia e Gran Bretagna, mette in evidenza il testo, si sono dotate di un «corpo sanitario speciale per le colonie», il che comporta «vantaggi incontestabili, poiché il servizio sanitario è senza dubbio meglio assicurato da un corpo speciale fisso alle colonie, il quale ne viene a conoscere bene ed a fondo il clima, l’igiene e lo stato sanitario»³⁶¹. Per l’organizzazione delle questioni mediche ciascuna nazione ha inoltre istituito un consiglio di sanità nell’ambito dell’amministrazione centrale coloniale (consiglio in Inghilterra presieduto da Patrick Manson). La Germania invece - si legge -, affida ancora ai «medici dell’esercito e dell’imperiale marina militare», formati grazie a specifici corsi di patologia esotica, l’esercizio sanitario nei territori africani, ma può contare, come Francia e Gran Bretagna, su di un apposito ufficio di sanità istituito presso il *Kolonial Ministerium*.

In base all’articolazione adottata dalle nazioni europee, la relazione prende in esame l’assetto istituzionale dell’Italia coloniale proponendo la formazione di un «Ufficio sanitario presso il Ministero degli Esteri» con la funzione di «corpo consulente» e il compito di «dare un indirizzo tecnico con unicità di criterio direttivo nel servizio sanitario, e nello stesso tempo provvedere al personale occorrente ed al materiale adatto per le due colonie». Un’indicazione, proveniente dall’esame dei modelli di governo adottati dalle altre nazioni europee, che verrà recepita nel 1914 in seguito alla creazione del Ministero delle colonie che farà della Direzione generale della sanità pubblica il suo ufficio tecnico consultivo in materia sanitaria³⁶².

Il rapporto interviene poi nella ridefinizione degli aspetti concreti dell’organizzazione sanitaria dei possedimenti italiani suggerendo l’impianto di infermerie ed ambulatori per ogni sede di commissariato regionale o di distaccamento militare in Eritrea, l’ampliamento e la trasformazione delle strutture mediche in Somalia, la separazione tra le competenze mediche civili e quelle dei sanitari a seguito dei battaglioni indigeni, per loro natura “mobili” e dunque

³⁵⁹ Rho è ad esempio presente nel 1899 al congresso della British Medical Association, che l’anno prima ha inaugurato una sezione di medicina tropicale.

³⁶⁰ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 12, *Relazione sui servizi sanitari nelle nostre colonie in riguardi in special modo alle malattie degli uomini e degli animali nelle dette Colonie con raffronti con le organizzazioni sanitarie delle altre colonie africane della Francia, Inghilterra e Germania*.

³⁶¹ *Ibidem*

³⁶² Ministero delle Colonie, *Nel primo anno di vita del Ministero delle Colonie, Relazione dell’on. Pietro Bertolini ministro delle Colonie allegata allo stato di previsione di spesa del Ministero delle Colonie per l’esercizio 1914-15 presentato alla Camera dei deputati il 3 febbraio 1914*, Bertero, Roma 1914. Marinucci, T. Columbano, *L’Italia in Africa. Serie giuridico-amministrativa, vol. 1: 1869-1955. Il governo dei territori Oltremare*, Ministero degli Affari Esteri, Comitato per la documentazione dell’opera dell’Italia in Africa, Roma 1963.

poco adatti ad assolvere funzioni di cura radicate nel territorio. A fronte dell'esiguo numero di dottori presenti nell'oltremare italiano, 13 in Eritrea, di cui 12 militari (e 10 in Somalia)³⁶³ - rispetto ai 170 impiegati nell'impero francese, e i 244 operanti nei territori britannici -, il rapporto ritiene la costituzione di uno specifico corpo sanitario coloniale un «lusso» sproporzionato ai bisogni dell'Italia coloniale. «Ma si potrebbe, anzi dovrebbe - si legge nel testo - provvedere» alla creazione di un «corso di perfezionamento e studi speciali di Patologia esotica ed igiene coloniale, in modo da avere maggiore affidamento ed assicurazione per il perfetto disimpegno del servizio sanitario».

La questione della formazione dei sanitari coloniali è, come si è visto, al centro delle discussioni e delle rivendicazioni della comunità medica. L'istituzione di una cattedra universitaria di patologia coloniale è più volte richiesta da Grassi e da Celli in parlamento tra 1909 e 1912³⁶⁴. Numerosi progetti, rimasti inattuati, si susseguono inoltre fino alla metà degli anni venti per l'apertura di una vera e propria scuola rivolta alla preparazione dei medici inviati oltremare. Luigi Messedaglia, si è visto, ne suggerisce l'impianto a Tripoli³⁶⁵; Luigi Credaro e Pietro Bertolini, ministri del IV governo Giolitti, indicano Napoli (presso l'Istituto orientale o l'università) come sede «naturale» della struttura³⁶⁶. A queste voci si aggiunge quella di Ivo Bandi, igienista formatosi a Messina, poi all'Istituto Pasteur di Rio de Janeiro e in Nord Africa, incaricato nel 1913 dal Ministero delle colonie di relazionare sul funzionamento delle scuole di medicina tropicale visitate nelle diverse nazioni europee³⁶⁷. La pubblicazione è un chiaro prodotto del processo di riorganizzazione degli organi centrali del governo d'oltremare, una testimonianza dei processi di formazione dei saperi amministrativi in materia di sanità coloniale.

Nel testo, il medico siciliano passa in rassegna le modalità di funzionamento degli istituti britannici, francesi, tedeschi e belgi (configurazione dei corsi, materie toccate, finanziamenti ricevuti), mettendo in evidenza i punti di forza e di debolezza, al fine di presentare un modello ottimale di scuola adatta alle esigenze dell'oltremare italiano. La sede, scrive, deve essere un

³⁶³ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 13, sf. 1, lettera n. 1004/8.

³⁶⁴ Camera dei Deputati, *Atti Parlamentari, Legislatura XXIV, I sessione, Discussioni, I tornata del 4 luglio 1914*, p. 5342.

³⁶⁵ Già nel 1912 Messedaglia presentava un'interpellanza alla Camera per la costituzione di un istituto di medicina coloniale. Camera dei Deputati, *Atti parlamentari, Legislatura XXIII, I sessione, discussioni, tornata del 23 febbraio 1912*: «Il sottoscritto chiede d'interpellare i ministri dell'interno e della istruzione pubblica per sapere se - considerando la scoperta di una zona di patologia tropicale nel nostro Mezzogiorno; le possibili incursioni di malattie pestilenziali esotiche in porti italiani; il fatto della occupazione di terre africane da parte dell'Italia - non credano necessaria la fondazione di un Istituto per gli studi di patologia esotica, nell'interesse della scienza e allo scopo di preparare, anche per una più efficace tutela dell'emigrazione e dei commerci, un corpo di medici coloniali, quale esiste in tutte le nazioni civili colonizzatrici».

³⁶⁶ Camera dei Deputati, *Atti parlamentari, Legislatura XXIII, 1° sessione, Discussioni, Tornata del 14 maggio 1913*, cit.

³⁶⁷ I. Bandi, *Lo stato attuale dell'insegnamento della medicina e dell'igiene coloniale in Europa, Relazione a S.E. il Ministro delle Colonie*, Napoli 1913. Bandi è in Portogallo durante l'epidemia di peste del 1899; si trasferisce in Brasile dove prosegue le ricerche iniziate a Messina, per incarico avuto dal Governo di S. Paolo. Visita l'Egitto, il Sudan Anglo Egiziano, la Tunisia, l'Algeria, il Marocco, trattenendosi nella scuola Casr-el-Ayni al Cairo, e negli istituti Pasteur di Tunisi e di Algeri. I risultati del soggiorno in Tunisia sono raccolti in I. Bandi, *Spunti di patologia nordafricana*, cit. Nel 1914 insegna patologia e igiene coloniale all'Istituto coloniale italiano.

porto, che «in virtù della diretta e continua comunicazione colle regioni tropicali» possa offrire «abbondante materiale di studio»:

giacché non si comprenderebbe una Scuola di Medicina e d'igiene coloniale, alla quale mancasse un Ospedale, o almeno un reparto ospitaliero, ove gli studiosi avessero agio di conoscere *de visu* i particolari inerenti alla Clinica e alla Terapia delle malattie coloniali. Questa è la direttiva seguita come abbiamo visto dalla Germania e dall'Inghilterra che possiedono le Scuole di Medicina tropicale meglio organizzate³⁶⁸

Napoli, in questo caso, scrive Bandi, risponde a numerosi i requisiti: «essa è il massimo centro di movimento d'emigrazione» in un territorio, come è quello del Mezzogiorno, già affetto da malattie parte integrante del «programma di studio degli istituti di Medicina coloniale»; una clinica dunque a cielo aperto, che può offrire il materiale di studio anche in assenza di consolidate strutture ospedaliere, specializzate nel campo della patologia tropicale.

La relazione di Bandi non è l'unica testimonianza dell'interesse per i modelli di organizzazione sanitaria adottati dalle potenze straniere. Al 1913 risale anche il volume della Direzione generale di sanità pubblica *L'organizzazione dei servizi sanitari nelle colonie inglesi*³⁶⁹. Il testo contiene un rapporto sull'intera struttura amministrativa della sanità coloniale britannica, con attenzione particolare alle funzioni svolte del Colonial Office in materia di igiene coloniale, alle sue aree di competenza e ai suoi campi di «ingerenza»; ma anche alla descrizione degli organi periferici dell'amministrazione sanitaria e delle istituzioni mediche presenti nell'impero britannico. Gli autori prendono nota dell'«ampia *autonomia* legislativa, di cui godono le Colonie Inglesi, in tutti i rami della pubblica istruzione», dello «sviluppo considerevole dato dai governi coloniali all'assistenza medica in tutte le sue forme, come precipua funzione sanitaria di Stato (assistenza a domicilio, nei dispensari e negli ospedali)»; sottolinea la «notevole ingerenza diretta» che il Colonial Office esercita «in questioni di sanità coloniale»:

a) mediante l'impulso che dà alle ricerche scientifiche sulle malattie tropicali dell'uomo e del bestiame: (commissione consultiva per il fondo destinato alle ricerche sulle malattie tropicali; ufficio della malattia del sonno; commissione veterinaria coloniale; ufficio delle malattie tropicali e sue pubblicazioni; [...]) b) mediante l'istruzione che cerca di diffondere sull'igiene tropicale (corsi speciali impartiti dall'*Imperial Institute* di Londra agli aspiranti agli impieghi coloniali ed ai funzionari coloniali in congedo); c) mediante la coltura specifica che cerca di fare acquistare ai medici coloniali nelle apposite scuole di medicina tropicale di Londra e Liverpool.

Il rapporto registra infine, con stupore, come alcuni governi coloniali prevedano l'assunzione di «*medici indigeni*» e «*dottorresse*» per lo svolgimento del servizio sanitario³⁷⁰.

Editi in anni di trasformazione dei meccanismi amministrativi del governo dell'oltremare, entrambi i volumi costituiscono una traccia del processo di formazione dei saperi in materia di sanità coloniale, dei percorsi seguiti dalla conoscenza amministrativa attraverso le pressioni della comunità scientifica e le logiche interne di riorganizzazione delle politiche italiane. Una testimonianza di come, oltre alla conoscenza medica, alle sue teorie e pratiche, circolano nello

³⁶⁸ I. Bandi, *Lo stato attuale dell'insegnamento*, cit., pp. 17-18.

³⁶⁹ Ministero dell'Interno, *Direzione generale della sanità pubblica, L'organizzazione dei servizi sanitari nelle colonie inglesi*, Tip. I. Artero, Roma 1913.

³⁷⁰ Ivi, pp. 54-56. Il corsivo è nel testo.

spazio “imperiale” anche i modelli di organizzazione; i saperi dunque dell’istituzione coloniale oltre a quelli della cultura scientifica orientata verso i “tropici”.

Capitolo V

Medicina coloniale tra guerra e fascismo

5.1 Guerra vecchia, guerra nuova. Guerra europea, guerra coloniale

Nel maggio 1915, alla vigilia dell'entrata dell'Italia in guerra, l'ispettore capo di sanità Luigi Ferrero di Cavallerleone, pubblica sul «Giornale di medicina militare» un compendio di precetti e disposizioni destinati ai sanitari mobilitati - *Norme per gli ufficiali medici durante la campagna* -, frutto delle acquisizioni maturate dalla sanità militare sul trattamento di feriti e malati in campagna. L'esperienza di riferimento, che condiziona le istruzioni di Ferrero di Cavallerleone, è quella del primo anno di conflitto mondiale. Gli insegnamenti della guerra italo-turca, pur molteplici e fecondi - evidenzia l'igienista, che durante la spedizione in Libia coordina i servizi medici dell'esercito¹ -, non costituiscono una base adeguata, nell'«ora presente», per la normazione degli indirizzi operativi della sanità bellica:

La guerra che si sta combattendo in Europa da dieci mesi, nella quale entriamo ora attori per difendere i nostri sacrosanti diritti di italianità, animati dai più alti ideali, ci ha dato ormai una lunga messe di esperienza, di cui dobbiamo tener conto pel funzionamento del nostro servizio sanitario, per la cura dei feriti e per la difesa delle malattie che continuamente e ovunque insidiano le armate. Di larga esperienza è stata pure per noi la campagna libica; ma se essa ha assodato il principio della chirurgia conservatrice - per le condizioni speciali e locali in cui si svolse, ben diverse da quelle attuali, e per la differenza dei mezzi bellici di cui disponevano i nostri avversari - poco si presta come base di insegnamenti per l'ora presente².

Nello stesso anno, il medico fiorentino Alessandro Lustig³ raccoglie nel volume *La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito* i temi trattati nei corsi di “igiene moderna” promossi, nelle università, in vista della partecipazione dell'Italia al conflitto mondiale⁴. La pubblicazione, attraverso il richiamo alle pratiche mediche e ai dati di mortalità e morbilità delle guerre passate, illustra i compiti del servizio sanitario nella guerra “moderna”, mettendo in evidenza la centralità che le misure di prevenzione hanno assunto per la «conservazione in

¹ Luigi Ferrero di Cavallerleone (Torino 1853 - Roma 1897), è ispettore capo dal 1910. A inizio secolo è direttore dell'ospedale militare di Roma (*Bibliographie*, in «Archives de médecine navale», LXXVI, 26 (1901), p. 466). Noto per aver messo appunto un apparecchio radiologico trasportabile - modello Ferrero - sperimentato durante la guerra italo turca, poi in Montenegro (1913) e adottato durante il primo conflitto mondiale. G. Donelli, V. Di Carlo, *La sanità pubblica italiana negli anni a cavallo della Prima Guerra Mondiale*, Armando, Roma 2016, p. 55. Nel 1907 è in Eritrea, cfr. C. Cipolla, P. Vanni (a cura di), *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914*. Vol. I. *Saggi*, Franco Angeli, Milano 2013, p. 666.

² L. Ferrero di Cavallerleone, *Norme per gli ufficiali medici durante la campagna*, in «Giornale di medicina militare», 5 (1915).

³ Per un profilo biografico del medico fiorentino si veda: S. Arieti, *Alessandro Lustig*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 66, Istituto Italiano dell'Enciclopedia Treccani, Roma 2006.

⁴ Dell'organizzazione di corsi sulla preparazione e difesa dell'esercito, promossa da Lustig, fa cenno il volume G. Donelli, V. Di Carlo, *La sanità pubblica italiana negli anni a cavallo della Prima Guerra Mondiale*, cit., pp. 114-115.

stato di perfetta efficienza del più necessario fra gli strumenti di guerra, cioè del soldato stesso»⁵. Nel ripercorrere i fattori di novità intercorsi fra metà XIX e inizio del XX secolo - l'inversione del rapporto tra feriti e malati⁶, la diminuzione della mortalità degli infermi, lo sviluppo dei metodi di profilassi contro le malattie (tra cui, in primo luogo, la vaccinazione) - Lustig riserva solo brevi cenni alla guerra italo-turca, relegata allo spazio di eccezionalità delle campagne coloniali. Il conflitto, in cui pur si sperimenteranno, come si vedrà più avanti, le prime vaccinazioni antitifiche, generalizzate poi nell'esercito metropolitano nel 1915, non figura come tappa di trasformazione dell'organizzazione sanitaria di guerra, quanto piuttosto come esperienza parallela, le cui acquisizioni attendono di essere trasferite nell'esercito metropolitano per poter essere prese in considerazione.

D'altra parte, le stesse fonti mediche prodotte tra 1911 e 1913 non si mostrano impreparate rispetto al quadro "patologico" generato dalla guerra italo turca. Il conflitto non rappresenta, agli occhi dei medici, un'esperienza davvero inedita. La casistica dei danni "organici" prodotti dagli scontri e le soluzioni operative attuate per il trattamento degli infermi si inseriscono piuttosto nell'orizzonte già conosciuto, anche se solo attraverso la letteratura di settore, della guerra russo-giapponese, «prototype, lointain et presque mythique, de la guerre moderne»⁷ e modello di riferimento per ogni azione efficace di recupero della forza militare.

Nel 1913 il capitano medico Antonino Armenta, direttore del reparto chirurgico dell'ospedale di Palermo, in cui sono ricoverati alcuni casi gravi provenienti dalla Libia, descrive i successi ottenuti nella medicazione dei feriti al ventre, tutti guariti senza l'intervento di operazioni chirurgiche. La redazione del «Giornale di medicina militare», che pubblica il resoconto, commenta: «questi ottimi risultati conseguiti con la cura astensionista delle ferite addominali sono molto confortanti e confermano quanto ebbero già a constatare i chirurghi militari nella guerra russo giapponese»⁸. L'anno successivo, sullo stesso periodico, il maggiore medico Salvatore Salinari trae alcune conclusioni sugli insegnamenti apportati, alla pratica medica, dalle ultime guerre «e specialmente da quella italo turca», considerazioni che egli elabora in base all'attività chirurgica svolta sul campo e negli ospedali territoriali del Regno. Anche qui l'intento è costruire, attraverso l'analisi delle tipologie di ferite riportate dai militari e delle

⁵ A. Lustig, *La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito*, Ravà&C., Milano 1915, p. 3.

⁶ Per questo topos della letteratura medica si rimanda alle riflessioni del capitolo dedicato all'analisi dell'organizzazione sanitaria della guerra d'Etiopia.

⁷ M. Scarfone, *La psichiatria italiana au front: l'expérience fondatrice de la guerre de Libye, 1911-1912*, «Le Mouvement Social», 257, 4 (2016), pp. 109-126, p. 126.

⁸ A. Amenta, *Rendiconto clinico dei feriti d'arma da fuoco provenienti dalla Libia e ricoverati nel primo reparto chirurgico, diretto dal capitano medico Amenta Antonio*, in «Giornale di medicina militare», 1 (1913), p. 75. Così continua il resoconto: «durante la quale furono costretti ad abbandonare completamente la laparotomia immediata, per il fatto che tutti i feriti all'addome, che avevano subito un intervento chirurgico presso le unità sanitarie mobili, morivano negli ospedali di seconda linea, mentre invece con la sola cura a spettante si ottenne perfino il 44% di guarigioni. L'unica e principale questione, di cui si dovrà occupare il chirurgo per detti feriti, sarà quella del trasporto e cioè di cercare di evitarlo, per quanto è possibile, coll'ospitalizzare in sito il ferito o tutt'al più trasportarlo con le migliori cautele all'ospedale più vicino». Le difficoltà della pratica di guerra rendevano infatti, ancora a inizio novecento, molto difficili gli interventi operatori sui feriti all'addome, al torace e alla testa, interventi nella maggior parte dei casi destinati all'insuccesso. Di conseguenza il principio dell'astensione chirurgica – queste tipologie di ferite dovevano solamente essere medicate, non operate – era divenuto un dogma per la pratica medica.

soluzioni terapeutiche applicate, un compendio di precetti di chirurgia di guerra, confrontando i risultati con quanto sperimentato durante le guerre balcaniche:

Il succedersi o, per dir meglio, il coincidere della guerra italo-turca colla micidiale guerra balcanica, se dal lato umanitario ha costituito una calamità grandissima, è stata invece per la chirurgia di guerra una fortunata combinazione, in quanto che ha permesso di definire molte importanti questioni, che non avevano avuto dalla guerra manciurica una completa soluzione, né potevano averla da una guerra coloniale, come la nostra, combattuta con direttive tattiche e mezzi logistici speciali⁹.

Le conclusioni a cui perviene il medico, dall'esame dell'esperienza libica e di quella balcanica, non sono altro che una riconferma - come egli stesso dichiara - delle linee d'azione sperimentate nella guerra russo-giapponese, una validazione degli indirizzi adottati nel biennio 1904-1905, sia sul piano dell'organizzazione del servizio sanitario (importanza della prima medicazione) che sulla frequenza degli sgomberi dal campo di battaglia (intensa eccetto per alcuni infermi gravi), sul trattamento dei feriti all'addome, al cranio e al torace (astensionismo chirurgico) e dei vulnerati agli arti (chirurgia conservativa). Questi precetti - scrive Salinari - sono «ribadimenti di quelli ricavati dalla campagna di Manciuria»¹⁰, la prima guerra in cui, nello schieramento giapponese, si erano sperimentati gli effetti di una “perfetta” organizzazione sanitaria, capace di massimizzare la forza combattente anche sotto il peso delle nuove armi tecnologiche.

Agli occhi dei medici mobilitati tra 1911 e 1913, la guerra italo-turca offre dunque conferme più che nuove soluzioni per la pratica medica, soprattutto per quella chirurgica che rimarrà, secondo i precetti di inizio XX secolo, astensionista e conservativa¹¹. Esiste però un aspetto in cui la campagna di Libia si rivela inedita, singolare, nuova (un carattere di novità disgiunto, questa volta, dall'idea di “modernità”). A colpire i medici militari inviati oltremare è la natura ambigua degli effetti della guerra sui corpi dei combattenti, effetti in cui vecchio e nuovo, “europeo” e coloniale si confondono e mescolano insieme.

La guerra italo-turca - scrive il capitano medico Eugenio De Sarlo, direttore della sezione di chirurgia dell'ospedale da campo impiantato a Derna - bene a ragione può considerarsi, dal punto di vista chirurgico, come un vero studio sperimentale intorno all'influenza che hanno le qualità fisiche e dinamiche dei proiettili sulla natura e gravità delle ferite, poiché le armi portatili, impiegate in Libia dai turco-arabi, sono, come è noto, di calibro e di sistemi diversi. Sul nostro tavolo chirurgico è passata come una *interessante cinematografia*, tutta una serie multiforme di lesioni, da quelle minuscole, scolpite dalle pallottole incamiciate di piccoli calibri, a quelle più o meno ampie ed irregolari prodotte dai proiettili di piombo di calibro maggiore¹².

⁹ S. Salinari, *Insegnamenti chirurgici ricavati dalle ultime guerre e specialmente da quella Italo Turca*, in «Giornale di medicina militare», 4 (1914), p. 278.

¹⁰ Ivi, p. 281.

¹¹ Solo nel corso della Grande Guerra i principi dell'astensionismo chirurgico per le ferite all'addome e al torace, principio dovuto ai fallimenti della pratica in guerra che rendeva troppo complesse tali operazioni, e della conservazione per i vulnerati agli arti saranno rivisti; una revisione nel senso dell'interventismo (che per i feriti agli arti si tradurrà in operazioni di amputazione) favorita dal rifiuto dell'abbandono terapeutico dei soldati e dalla trasformazione del conflitto in guerra di posizione che consentiva la creazione di strutture sanitarie specialistiche non lontane dalle linee di guerra. S. Delaporte, *Medicina e guerra*, cit.

¹² E. De Sarlo, *Note chirurgiche sulle ferite osservate a Derna durante la guerra Italo turca*, in «Giornale di medicina militare», 4 (1912), p. 260. Il corsivo è mio.

Nel suo contributo, allo stesso modo, anche il maggiore medico Salinari evidenzia le vaste possibilità di osservazione offerte dal conflitto italo-turco. Le lacerazioni inferte da armi «di modelli più svariati»¹³ costituiscono una base “ideale” per analizzare l’anatomo-patologia delle infermità prodotte dagli scontri bellici e per elaborare i protocolli di intervento della chirurgia militare.

A me cui fu data l’opportunità di vedere e curare durante la guerra Italo-turca numerose ferite sia in primo tempo - sul luogo del combattimento - che secondariamente - in un grande ospedale territoriale - e di seguire in tal guisa la evoluzione di esse, tocca l’obbligo di ricavare dal complesso delle conclusioni pratiche quelle che possano assicurare all’importanza di veri precetti. Tanto più poi le mie osservazioni possono riuscire interessanti in quanto che esse riguardano ferite prodotte da qualsiasi genere di arma da fuoco, in guisa da rappresentare un vero studio di confronto e di differenziazione¹⁴.

I corpi dei soldati infermi costituiscono dunque la prova “organica” del carattere di transizione del conflitto italo-turco, il precipitato di una temporalità complessa in cui si iscrive la guerra per la conquista della Libia¹⁵. Proclamata dai fautori dell’intervento come un conflitto della “modernità”, la campagna si basò in realtà in modo discontinuo su mezzi di tecnologia avanzata. Artiglierie e aerei (usati più per ricognizione che per i bombardamenti) furono meno determinanti per l’andamento del conflitto di quanto propagandato. Lo stesso si può dire, ha evidenziato Nicola Labanca, per l’uso militare della radio, del telegrafo e del telefono ma non per i mezzi di comunicazione di massa, che conosceranno una mobilitazione senza precedenti a sostegno della spedizione di conquista¹⁶.

Il carattere ambiguo della guerra italo-turca non emerge però solo dalla casistica di ferite riportate dai soldati. Anche il potenziamento dell’organizzazione medica risente di spinte di ordine contraddittorio. L’attenzione ad esempio prestata, in Libia, dai comandi di sanità militare italiani per l’efficienza dei servizi di sgombero dei feriti e caduti sul campo di battaglia, precetto cardine delle guerre moderne - nella campagna si farà anche uso di aerei per il trasporto degli infermi¹⁷ -, è sia la testimonianza dell’avvenuta razionalizzazione del

¹³ Eugenio De Sarlo scrive: «Come dicevamo adunque, le armi da fuoco portatili appartengono ai modelli più svariati. Quelle che ho avuto agio di osservare a Derna sono le seguenti: fucile Martini Henry di mm 11,43; fucile Mauser di 11 mm; fucile Mauser mod. 1900 di mm 7,65. I primi due hanno cartucce con pallottole di piombo non incamiciate mentre nell’ultimo la pallottola è rivestita d’acciaio nichelato e vi sono caricatori con cinque cartucce ciascuno. Ho osservato inoltre delle cartucce da pistola montenegrina, aventi pallottole di grosso calibro ed infine proiettili conici, per fucili ad avvanca, che vengono introdotti con forzamento nella canna e che hanno alla base un calibro di mm 13. [...] Inoltre sarebbero usati dai turco arabi altri modelli ancora, quali, il Gras, un Mauser di mm 9,5 ed infine un fucile di mm 14,4 tutti con proiettili di piombo». *Ibidem*

¹⁴ S. Salinari, *Insegnamenti chirurgici ricavati dalle ultime guerre e specialmente dalla guerra italo-turca*, cit., p. 243.

¹⁵ È Nicola Labanca che ha evidenziato il carattere intermedio, di passaggio verso le nuove modalità di scontro bellico della guerra italo turca: cfr. N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, Il Mulino, Bologna 2012, pp. 76-79, 119-120.

¹⁶ Su media italiani e conflitto libico: L. Mazzei, *L’occhio insensibile. Cinema e fotografia durante la prima Campagna di Libia (1911-1913)* in E. Menduini, L. Marmo, *Fotografia e culture visuali del XXI secolo*, vol. II, Roma Tre-Press, Roma 2018; A. Forti Messina, *La guerra spiegata alle donne. L’impresa di Libia nella stampa femminile (1911-1912)*, Biblink, Roma 2011; S. Gentili, I. Nardi (a cura di), *La grande illusione: opinione pubblica e mass media al tempo della Guerra di Libia*, Morlacchi, Perugia 2009; A. Angrisani, *Immagini dalla guerra di Libia: album Africano*, a cura di N. Labanca, L. Tomassini, Lacaia, Manduria 1997.

¹⁷ A. Casarini, *La medicina militare nella leggenda e nella storia: saggio storico sui servizi sanitari negli eserciti onorato del primo premio nel concorso 1927 per lavori su temi militari*, Giornale di Medicina Militare,

servizio, che l'esito delle "speciali" condizioni di svolgimento delle spedizioni coloniali. Prendendo posizione rispetto alla controversia che vedeva contrapposti in quegli anni i medici dell'Accademia di medicina di Parigi, primo fra tutti l'ispettore Edmond Delorme¹⁸, e gli ufficiali sanitari inviati al fronte¹⁹, Salinari sottolinea l'importanza che ha assunto, per la pratica medica, l'evacuazione degli infermi dal campo di battaglia:

Consideriamo [...] i vantaggi delle evacuazioni in massa. Li abbiamo sperimentati noi nella guerra libica, come li hanno sperimentati gli eserciti alleati nella guerra balcanica. Essi sono stati incalcolabili ed hanno compensato largamente gli inconvenienti contrapposti. I feriti vi si attaccavano come ad un'unica salvezza e non a torto perché, mercè loro, sfuggivano ai due più terribili nemici: l'ingombro, fonte costante di infezione, e la grande depressione morale che annienta qualsiasi resistenza organica. Io quindi, con tutto il rispetto dovuto al prof. Delorme e ai suoi seguaci, propondo per i trasporti in massa eseguiti al più presto possibile²⁰.

Il medico ammette però come l'esigenza di provvedere a frequenti sgomberi provenisse anche «dalla necessità impellente di sottrarre al più presto i nostri feriti alle turpi violenze di un nemico feroce e selvaggio» anche con «mezzi improvvisati» del tutto inadatti a trasportare categorie delicate di infermi come i colpiti agli arti²¹. Non diversamente si pronunciava l'anno precedente, sulle pagine degli «Annales d'hygiène et de médecine coloniales», il maggiore medico Jacquin sugli aspetti medico-organizzativi della campagna del Marocco, evidenziando come sotto questo profilo «l'exécution du service de santé dans des conditions spéciales au Maroc [...] ne sont ni celles d'une guerre européenne, ni tout à fait celles de nos autres expéditions coloniales». Provvedere al trasporto dei feriti agli stabilimenti sanitari di prima linea (da cui poi saranno smistati) costituisce il vero imperativo, sottolinea, per il servizio sanitario del conflitto marocchino, un imperativo "morale" più che "tecnico":

Ici, comme dans les autres guerres coloniales, la Convention de Genève est lettre morte; les blessés qui tombent aux mains de l'ennemi ne sont pas respectés, les corps mêmes sont mutilés; d'où cette obligation primordiale, absolue, de relever rapidement blessés et tués et de les mettre promptement en lien sûr. C'est au médecin de troupes qu'il appartient de diriger cette opération et de prendre, à cet effet, toutes les dispositions que commandent les circonstances. Ce soin prime même le premier pansement et l'on a vu des cas où le médecin devait renoncer à ce pansement, pendant l'action, pour assurer jilus rapidement l'enlèvement des hommes mis hors de combat²².

Roma 1929. Si tratta di uno dei primi esempi di uso, in guerra, di aerei con funzione esclusivamente sanitaria, una novità sperimentata a inizio secolo in Europa. Le fonti purtroppo non fanno cenno al numero di apparecchi utilizzati a tal scopo. Sicuramente si tratta però di una quantità esigua: i mezzi più utilizzati durante il conflitto per il trasporto dei soldati colpiti saranno semplici camion: USSME, L-8, b. 208, f. 3, Relazione sul funzionamento della Direzione di Sanità del Corpo di Occupazione della Libia dal giorno della soppressione dell'ufficio staccato di Intendenza, dal 22 maggio fino al 31 agosto 1912, compilata da Bonavoglia.

¹⁸ Sul ruolo Edmond Delorme nella definizione degli indirizzi operativi della chirurgia, nei primi anni della Grande Guerra, si veda S. Delaporte, *Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la première Guerre Mondiale*, Thèse de doctorat, sous la direction de S. Audoin-Rouzeau, Université de Amiens, 1999.

¹⁹ S. Salinari, *Insegnamenti chirurgici ricavati dalle ultime guerre e specialmente dalla guerra italo-turca*, cit., p. 281.

²⁰ Ivi, p. 282.

²¹ *Ibidem*

²² Jacquin, *Notes du service de santé en campagne au Maroc (Défense de Fez et colonnes autour de Fez)*, in «Annales d'hygiène et de médecine coloniales», XVI, (1913), p. 340.

I medici italiani evidenzieranno poi in più occasioni l'assenza di un "moderno" servizio di sgombero dei feriti nelle file del campo nemico: «Durante il combattimento - scrive il tenente medico Giovanni Piccoli - i feriti leggeri [della *mehalla* di Zavia] s'allontanavano da sé», curandosi da soli; «i gravi invece venivano raccolti dai parenti o dai compagni della stessa cabila, e trasportati a braccia o dentro baracconamenti della zona battuta e poi su cavalli o su cammelli, o su barelle improvvisate con reti di corda»²³; «solo ai gravi era concesso d'essere trasportati e ricoverati all'infermeria di Zavia». Nell'arco dell'intera campagna (fino alla sconfitta di Assaba nel marzo del 1913), secondo l'autore che basa le sue osservazioni sui registri conservati dai capi militari della milizia²⁴, saranno 1.150 le perdite nella *mehalla* di Zavia, su una forza combattente di 2500 armati, con 400 decessi e 750 feriti. Una percentuale di perdite alta se messa in relazione con le precedenti guerre: «nel '70 le perdite dei tedeschi, compresi gli scomparsi, furono 16,3 p. 100, [...] nella guerra russo-giapponese le perdite russe [...] furono del 30,6 p. 100». Ma è il rapporto tra morti e feriti - di 1 a 1,84 - sottolinea Piccoli - a rivelare il carattere anomalo dello scontro rispetto ai conflitti europei: «il numero dei feriti è scarso rispetto al numero dei morti, e ciò in conseguenza della deficiente assistenza sanitaria, come lo attesta la notevole mortalità consecutiva» dei vulnerati.

Un secondo contributo prende in esame, sulle pagine del «Giornale di medicina militare», i dati di mortalità dello schieramento arabo-turco mettendoli in relazione con i numeri e le tipologie di feriti prodotti dalle armi italiane. Lo studio è questa volta condotto sugli armati della *mehalla* di Zuara e sottolinea con chiarezza le difficoltà di adeguare i consolidati e "moderni" schemi di calcolo statistico all'andamento dei tassi di mortalità e inabilità al servizio registrati nel campo avversario:

Per il fatto, non consueto negli eserciti moderni, del mancato allontanamento dal campo d'azione dei feriti di una certa gravità avveniva che questi, rimanendo sempre in armi, anche prima che fossero guariti delle lesioni toccate, si esponevano di nuovo al nostro fuoco, dividendo i rischi degli altri rimasti ancora incolumi. Per poter dunque conservare alla proporzione fra morti e feriti il suo vero significato, in una statistica complessiva è necessario sommare le perdite dei singoli scontri, non potendosi tener conto solo del numero degli individui che al termine della campagna risultavano caduti o traumatizzati, perché alcuni dei primi erano già stati feriti in combattimenti precedenti a quello, nel quale avevano incontrata la morte e degli altri molti hanno riportato lesioni di più fatti d'armi²⁵.

Su 1500 armati, il tenente medico Virginio De Bernardinis segnala 540 morti e 1700 ferite riportate dai combattenti (un numero che riporta accompagnato da un punto esclamativo). Se

²³ G. Piccoli, *La mehalla di Zavia nella guerra libica*, in «Giornale di medicina militare», 8 (1915), pp. 608-609.

²⁴ Si legge nell'articolo: «I morti e i feriti venivano volta a volta nominativamente elencati dai rispettivi scek in appositi registri, e il Caimacan e il Mudir di Sorman possiedono tuttora questi quaderni, che io ho consultato. Nella compilazione di questo modesto lavoro, oltre di tali registri mi sono servito delle osservazioni fatte nelle numerose visite a indigeni che richiesero sin dai primi tempi l'opera mia per postumi ed esiti di ferite riportate in guerra, dalle notizie assunte da molti indigeni che facevano parte della *mehalla*, e dai capi che furono presenti ai combattimenti, notizie che erano a volta a volta sempre vagliate e controllate. Dapprima incontrai qualche difficoltà ad ottenere tali notizie, dato il carattere diffidente e sospettoso degli Arabi, ma in seguito riuscii a conoscere quanto desideravo». *Ibidem*

²⁵ V. De Bernardinis, *Gli armati di Zuara morti e feriti nella guerra di Libia*, in «Giornale di medicina militare», 6 (1914), p. 484-488.

nella battaglia di Mukden l'esercito russo riportava una proporzione tra morti e feriti di 1 a 5,4 il rapporto è, per la mehalla di Zuara, di 1 a 3,15:

solo ai gravissimi era concesso farsi trasportare ad un'ambulanza impiantata a Zelten dove erano alla meglio curati da un medico turco, il tenente Abdeslam Effendi el Mesellati. Gli altri dovevano da sé medicarsi sul campo con mezzi insufficienti e inadatti. Ciò spiegherebbe - come in confronto ad altre guerre recenti tra eserciti dotati di eccellenti organizzazioni sanitarie - il numero dei feriti sia relativamente scarso rispetto a quello dei morti, e come sia stata tanto elevata la mortalità consecutiva.

Ciò che emerge dunque è il tipico scenario di guerra premoderno in cui i soldati vulnerati non vengono recuperati, andando progressivamente ad ampliare le file dei decessi sul campo di battaglia. Allo stesso tempo sono però i medici operanti nello schieramento avversario, e non i sanitari italiani, ad osservare le conseguenze della pur intermittente "modernità" della guerra italo-turca sui corpi dei combattenti.

Vengo così a parlare - scrive un medico della Croce Rossa tedesca in missione tra le file dello schieramento arabo-turco in Tripolitania - delle ferite prodotte dalle bombe degli aeroplani. Di esse ce ne furono portati nove casi, tutti dovuti ad una bomba caduta il 2 maggio 1912 presso Saniet Beni Aden, che aveva fatto trenta vittime. In generale, voglio qui nortarlo, le bombe ebbero pochissimo effetto. A Redgalin delle 17 cadute ne esplosero solamente tre, che non produssero alcun danno [...]. Le ferite sono in massima parte prodotte dalle pallottole di shrapnell, meno dalle schegge. Le loro caratteristiche sono: 1 la molteplicità; 2 che ritrovano, soprattutto, agli arti inferiori ed al tronco; 3° il decorso del canale della ferita da basso in alto. In uno degli otto colpiti dalle bombe vi erano 27 ferite; in quattro si trattava di ferite delle parti molli, che erano però molto profonde [...]: in uno, oltre a numerose ferite delle parti molli, vi era anche una frattura cominuttiva del femore; in un altro oltre a frattura complicata della gamba, vi era una ferita delle parti molli, larga quanto una mano (morto dopo l'amputazione)²⁶.

Ma è la gestione dei malati, e non il recupero dei feriti, a rivelare con più forza il carattere "incerto" e intermedio del conflitto italo-turco, nell'organizzazione sanitaria dello schieramento italiano come in quello arabo turco. Durante la guerra nuove forme di profilassi contro malattie infettive - tra cui, come si è accennato, la vaccinazione contro il tifo e un intervento esteso di contrasto delle affezioni veneree²⁷ -, sono sperimentate dalle forze di sanità militare italiane: metodi che verranno ripresi e perfezionati nel corso della Grande Guerra. Ma le carenze del servizio di cura, pur articolato secondo i canoni dei conflitti "moderni", e l'applicazione spesso trascurata delle regole d'igiene militare, su cui insisterà a più riprese l'ispettore Ferrero di Cavallerleone, manterranno elevati i tassi di mortalità per malattia per tutto il corso della campagna (e anche successivamente negli anni della guerra mondiale), assegnando ai morbi epidemici la responsabilità dell'alto numero di decessi per infezione dei soldati inviati oltremare.

²⁶ Goebel, *Note sulla chirurgia di guerra praticata dai medici della Croce Rossa tedesca in missione presso il campo turco arabo della Tripolitania*, in «Annali di Medicina Navale», II, 5 (1913), pp. 505-506. Si tratta del testo di una conferenza pubblicato sugli «Archiv für Deutsche Chirurgie» e tradotto in italiano sulle pagine del periodico della marina.

²⁷ L. Ferrero di Cavallerleone, *Norme per gli ufficiali medici durante la campagna*, cit.

Tra 1911 e 1912 su 3.439 caduti nel campo italiano, 1.948 sono infatti i morti causati da malattia²⁸, un dato che conferma la ripartizione della mortalità tipica delle campagne coloniali ottocentesche, in cui - scrivono le fonti - la natura uccide più del fuoco nemico e indebolisce i sani, mascherando le “reali” capacità di resistenza dei combattenti.

La proporzione si era invece invertita nelle guerre “europee” dalla seconda metà dell’ottocento. La riorganizzazione del corpo sanitario seguita al disastro medico della guerra di Crimea²⁹, l’ultimo scontro bellico a offrire, con le sue «micidiali epidemie», uno «scenario tipicamente premoderno»³⁰, aveva posto le basi per un processo di riorganizzazione del servizio di cura. Per effetto della centralità sempre maggiore accordata ai medici nel quadro della macchina bellica, il rapporto tra tassi di mortalità per ferite e per malattie si era dunque riconfigurato a favore del primo dato. Nel 1870, l’esercito tedesco riportava un tasso di mortalità per ferite del 1,6% sullo 0,9 % di decessi per malattia; nel 1904-05 nell’esercito giapponese registrava 58.900 morti sul campo di battaglia e solo 27.200 decessi per infezione, numero raggiunto in virtù di una “perfetta” organizzazione sanitaria. Come scrive Lustig:

È ormai noto che nelle guerre più antiche le perdite di uomini erano causate più dalle malattie che dalle ferite. [...] Nella guerra di Crimea caddero per ferite 1,7 per cento dei combattenti, per malattie il 6,4. Nelle campagne napoleoniche del 1793 al 1815 morirono 5 milioni e mezzo di uomini, e nelle guerre dal 1815 al 1865 altri 2 milioni e mezzo; di questi 8 milioni, un milione e mezzo morirono per ferite e sei milioni e mezzo per malattie [...] Nella guerra di Crimea, sopra ricordata, il rapporto fra malattie e ferite fu per l’esercito inglese di 3,7 a 1, per quello francese di 3,3, a 1 [...]. Per la prima volta nella guerra franco prussiana del ‘70 le perdite dovute a malattie nell’esercito tedesco non superarono quelle causate da armi³¹.

In Libia, a mantenere elevato il numero di morti causati da affezioni, tra gli italiani come nelle file nemiche, sarà non una singola epidemia ma una molteplicità di malattie epidemiche. Colera, dissenteria, febbre ricorrente, ittero infettivo, tifo addominale e tifo esantematico, malaria si abatteranno sul contingente militare, causando preoccupazione tra i vertici militari e politici³².

A minacciare la salute dei soldati in Tripolitania e Cirenaica non sono dunque pericolose malattie “esotiche”, se si escludono i casi di febbre ricorrente, ma affezioni comuni allo spazio coloniale e a quello metropolitano. I metodi di lotta, di conseguenza, non si discosteranno, se non in parte come si vedrà, da quelli sperimentati già in patria dalla sanità pubblica: isolamento, disinfezione, adozione di misure igieniche per assicurare la salubrità dello spazio militare e di quello urbano; una testimonianza del carattere d’azione integrato che regola i rapporti tra sanità militare e igiene pubblica. «Quando fra i soldati si presentino

²⁸ Il dato è contenuto nel volume di Labanca che trae il dato dal volume di Edoardo Scala, *Storia delle fanterie italiane. II: Le fanterie italiane nelle conquiste coloniali*, Roma, Tipografia regionale 1952. N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., p. 101 e p. 260. Le riviste di medicina militare non pubblicheranno lavori complessivi di riassunto sulla mortalità, morbilità, numero e tipologia di feriti del contingente inviato in Libia tra 1911 e 1912. L’interesse per il conflitto italo turco è limitato dallo scoppio della conflagrazione mondiale.

²⁹ C. Fredj, *Compter les morts de Crimée. Un tournant sur l’identité professionnelle des médecins de l’armée française (1865-1882)*, in «Histoire, économie et société», XXIX, (2010), pp. 95-108.

³⁰ A. Gibelli, *L’officina della guerra*, cit., p. 109.

³¹ A. Lustig, *La preparazione e la difesa sanitaria dell’esercito*, cit., pp. 5-6.

³² Sarà l’epidemia di tifo a generare preoccupazioni più forti tra le gerarchie militari e politiche: USSME, L-8, b. 207, f. 8, lettera n. 1157, 4 luglio 1912, da Spingardi al Corpo di Stato Maggiore.

forme morbose contagiose o sospette - ricorda Lustig nel 1915 - si devono prendere le stesse misure che si applicano in tempo di pace: la pronta diagnosi della malattia; l'isolamento dei malati e l'osservazione in contumacia dei sospetti; la ricerca e l'isolamento di eventuali individui che chiamiamo portatori di germi [...], la disinfezione degli oggetti e delle località contaminate»³³.

A partire da un esame della dimensione "epidemiologica" del conflitto italo-turco, senza tralasciare l'analisi delle pratiche chirurgiche di recupero della forza combattente e la ricostruzione dell'assetto del servizio medico delle forze armate italiane, i prossimi paragrafi guarderanno agli aspetti sanitari della campagna libica, nel triennio 1911-13 e negli anni successivi, cercando di restituire al conflitto una dimensione complessa e differenziata che lo integri, pur prestando attenzione alle discontinuità della pratica medica, nel più ampio quadro dei processi di trasformazione e razionalizzazione dell'istituzione militare in atto nel corso del XIX secolo³⁴. Questo permetterà di sottrarre il conflitto dalla dimensione di eccezionalità che una parte della pubblicistica medica, riconvertitasi in tempi brevi alle necessità della conflagrazione mondiale, le ha assegnato (una rappresentazione non messa in discussione dalla letteratura successiva, anzi permessa dall'esiguità degli studi storiografici su questo aspetto dello scontro³⁵) e di interrogarsi, allo stesso tempo, su quanto c'è di coloniale, dunque di "specifico", nella fisionomia medica della guerra di conquista.

Schiacciata dalla vicinanza temporale con il primo conflitto mondiale, la campagna libica si presta facilmente a letture centrate sulla sola dicotomia antico-moderno, specialmente quando al centro dell'analisi si trovano i rapporti fra guerra e scienza. Attraverso un esame delle strategie messe in atto dal corpo di sanità militare, che tenga conto della lunga durata dei processi di sviluppo delle concezioni mediche, senza però mettere in discussione il carattere periodizzante del primo conflitto mondiale, questa ricerca si interrogherà sul nesso medicina-guerra a partire dall'analisi delle forme di gestione dei malati e feriti tra i soldati e la popolazione civile. Non si tratterà di misurare l'accelerazione impressa dalla guerra alle pratiche e teorie sanitarie quanto di avviare una riflessione sui caratteri e la "natura" della scienza coinvolta nella conduzione della guerra, sui meccanismi di lunga durata di formazione e circolazione delle concezioni e strategie, sulla posizione che la disciplina medica rivolta ai "tropici" assume durante il conflitto, sugli effetti infine che la dimensione

³³ A. Lustig, *La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito*, cit., p. 11.

³⁴ Per una riflessione sui processi di lunga durata della "medicalizzazione del warfare" e "militarizzazione della medicina", influenzata dalla categoria weberiana di razionalità: R. Cooter, M. Harrison, S. Sturdy, *Medicine and Modern Warfare*, Amsterdam 1999. Un'analoga impostazione attenta alla dimensione di continuità dei processi, ma derivata da diversi riferimenti culturali, si trova in S. Bertschy, *De la médecine de guerre à la médecine en guerre: administration des blessés et malades de guerre et métamorphoses du champ médical en 14-18*, Thèse de doctorat, sous la direction de F. Rousseau et de F. Buton, Université Montpellier 3, 2018.

³⁵ Fanno eccezione gli studi: M. Scarfone, *La psichiatria italiana au front*, cit.; M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana*, cit.; sulle rappresentazioni, nelle memorie dei soldati, della malattia, delle condizioni igieniche di vita, dello stato dei servizi sanitari a Tripoli durante il conflitto si veda il primo capitolo del testo: G. Mamone, *Soldati italiani in Libia. Trauma, scrittura, memoria (1911-1912)*, Unicopli, Milano 2016; per un'analisi degli aspetti della sanità civile, si veda il già citato volume: P. Pellitteri, *Igea in colonia*, cit.; per una ricostruzione dell'azione della Croce Rossa italiana durante il conflitto: A. Galazzetti, F. Lombardi, *La Croce Rossa italiana nella guerra di Libia 1911-1912*, in C. Cipolla, P. Vanni (a cura di), *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914*. Vol. I. Saggi, cit., pp. 721-758.

pubblica, di mobilitazione della scienza in favore dell'impresa coloniale avrà nella strutturazione del sapere medico e sulle rappresentazioni del nuovo territorio d'oltremare.

5.2 Sanità militare: processi di sviluppo, congiunture belliche.

L'8 ottobre 1911, a guerra già iniziata, l'ispettore Luigi Ferrero di Cavallerleone detta alcune disposizioni sull'organizzazione medica del corpo di spedizione - *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania* - a completamento delle indicazioni sanitarie diffuse dal *Manualetto per l'ufficiale in Tripolitania*, curato dal Comando del Corpo di Stato Maggiore e distribuito tra le file del contingente italiano prima dello sbarco:

Il comando del Corpo di Stato Maggiore sul *Manualetto per l'ufficiale in Tripolitania* edito nel settembre scorso, ha già sommariamente esposto quali sono le malattie predominanti tra gli indigeni in quelle regioni, quali quelle cui erano più facilmente soggetti gli stranieri che vi soggiornavano, quali le norme igieniche da seguirsi in rapporto al clima, alle [...] stagioni, alle acque e tenendo presente ancora le norme sanitarie dettate per i medici delle truppe in Africa del marzo 1885 nonché le norme igieniche speciali per le truppe destinate all'estremo Oriente diramate nell'agosto 1900 e l'aurea istruzione per la igiene dei militari del Regio Esercito, gli ufficiali medici hanno il loro codice igienico [...] in modo che essi non possono fallire nella cura da seguire per ben salvaguardare la salute delle truppe che è a loro affidata³⁶.

Alla base dell'azione della sanità militare c'è dunque - oltre alle scarse informazioni provviste dal *Manualetto* sul clima «sanissimo» della regione, sulle infezioni dominanti nell'«indigeno»³⁷ e tra gli «stranieri» (ancora non coloni)³⁸ -, una conoscenza stratificata in cui le esperienze in territori «esotici» si sommano e aggiungono al sapere maturato dai corpi medici dell'esercito sull'igiene della vita militare in tempo di pace e di guerra.

«Tuttavia - scrive Ferrero di Cavallerleone, che ritiene le informazioni offerte dal *Manualetto* siano incomplete - mi parse che non fosse superfluo il richiamare ancora in modo speciale la loro attenzione su alcune malattie e misure profilattiche e curative, e pratiche di chirurgia di guerra più importanti»³⁹. Le modalità di lotta contro il colera, la peste - contro la quale «nessuna misura, per quanto rigida, potrebbe parere eccessiva» -, la malaria e il tracoma assorbono l'attenzione dell'igienista, che dedica all'esame delle forme di prevenzione contro le tre affezioni largo spazio, lasciando in secondo piano l'esposizione delle regole operative del servizio di cura dei feriti: «per la chirurgia di guerra ben poco stimo necessarie aggiungere perché i nuovi precetti sono ben conosciuti da nostri ufficiali onde nessun timore che essi siano per fallire al compito loro»⁴⁰.

³⁶ USSME, L-8, b. 207, f. 8, Luigi Ferrero di Cavallerleone, *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania*, 8 ottobre 1911.

³⁷ Si tratta di «febbri reumatiche, malattie di petto, oftalmie, le malattie parassitarie, la sifilide, la scrofula e il tifo», Comando del Corpo di Stato maggiore, *Manualetto per l'ufficiale in Tripolitania. Carte e schizzi topografici*, Laboratorio foto-litografico d'Artiglieria, Roma 1911, pp. 10-11.

³⁸ Gli europei sono colpiti da «dissenterie e febbri reumatiche». *Ibidem*

³⁹ USSME, L-8, b. 207, f. 8, *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania*, cit.

⁴⁰ Sono queste le brevi disposizioni impartite dall'ispettorato in merito alla chirurgia di guerra: «Che la prima medicazione è quella da cui dipende l'esito delle ferite, che il mantenere la ferita asettica deve essere lo scopo

Nell'analisi delle affezioni individuate come più pericolose per il corpo di spedizione, non una volta compare, nelle disposizioni del medico, il termine "tropicale" a conferma della percezione di omogeneità di cui sono oggetto spazio metropolitano e ambiente d'oltremare, nella visione dell'igienista; una percezione rafforzata dall'idea, diffusa fra i vertici militari, di trovarsi nel corso di una guerra europea, e non coloniale, che li avrebbe opposti ai turchi "oppressori" e non alla popolazione araba-berbera⁴¹. Gli stessi morbi presi in esame da Ferrero di Cavallerleone, ad esclusione della peste scomparsa dall'Europa in forma epidemica a fine settecento, ma non come casi isolati -, sono parte integrante della nosografia alla penisola. Proprio all'avvio della campagna alcune città italiane - Livorno⁴², Genova, Napoli, Palermo, per citarne solo alcune - sono interessate dall'infezione colerica; si tratta dell'ultimo, e ben più contenuto, scoppio epidemico del morbo asiatico nella lunga serie di pandemie che avevano interessato l'Europa dall'inizio del XIX secolo⁴³.

Per la difesa del contingente militare dalle affezioni citate Ferrero di Cavallerleone ribadisce l'importanza dell'isolamento degli ammalati, della disinfezione degli ambienti e dei vestiti, di uno «scrupoloso» esame batteriologico, per evitare errate denunce che comprometterebbero il morale dei combattenti. Bollitura ed epurazione chimica dell'acqua⁴⁴, rispetto delle norme di igiene militare e sorveglianza, ma non esclusione, dei possibili "portatori sani di bacilli", sono le misure raccomandate contro il colera; la somministrazione di 20-25 cg di chinino al giorno,

principale da prefiggersi del chirurghi, che i modi di trasporto del ferito ha non minore importanza di qualsiasi operazione a meno che dettata dal pericolo imminente di vita; che anche alla sezione di sanità [...] l'intervento deve essere limitato a quei soli casi in cui potrebbe essere danno il ritardo nell'operare; che nelle ferite cavitare e specialmente nell'addome la astensione ha dato risultati ben più favorevoli che non l'intervento operativo che dovrà essere perciò praticato soltanto in via tutt'affatto eccezionale, quando lo imponga in modo assoluto la natura e la gravità della lesione e lo permettano le condizioni di ricovero. Che il trasporto di tali feriti a distanza deve essere assolutamente condannato, e poiché per la difficoltà di una larga provvista di acqua sarà ben difficile [...] che gli Ufficiali Medici possano disinfettarsi le mani ed all'occorrenza disinfettare il campo operativo colle dovute lavature così sarà bene ricordare loro e prescrivere l'uso della tintura alcoolica di iodio, sia per rendere sterile la regione sui cui si dovrebbe intervenire, sia per rendere sterili le proprie mani ragione per cui, fu sensibilmente aumentata la quantità di iodio nelle dotazioni dei medicinali per il corpo di spedizione. Circa il funzionamento del servizio sanitario prima e dopo il combattimento non è possibile né opportuno dare delle disposizioni tassative, dovendo esse svolgersi con sano e retto criterio secondo lo svolgersi del combattimento stesso e delle condizioni speciali delle località. Precipua cura dovrà però sempre essere quella che il soccorso giunga il più sollecito possibile a seconda delle circostanze». *Ibidem*

⁴¹ N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., pp. 60-61; M. Zaccaria, *Anch'io per la tua bandiera. Il V battaglione ascari sul fronte libico*, Giorgio Pozzi Editore, Ravenna 2012, pp. 19-41. Anche nel *Manualetto per l'ufficiale in Tripolitania* l'aggettivo "tropicale", per descrivere il clima della Tripolitania, compare in una sola occasione.

⁴² I. Bandi, *Epidemia colerica 1911. Relazione (Municipio di Livorno)*, Tip. Fagiolini e C., Livorno 1912. L'igienista Ivo Bandi, docente, come si è visto, di medicina coloniale presso l'Istituto orientale di Napoli, fondatore dell'istituto Pasteur a Rio de Janeiro, è incaricato come sovrintendente dell'Ufficio d'Igiene della gestione dell'epidemia a Livorno. M. Moschei, *Quando a Livorno c'era il colera*, in Percorsi, 4, Portale Archivistico Toscano, 2015, consultato on line il 3/01/2020.

⁴³ E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, cit.; A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'ottocento di fronte al colera*, cit.

⁴⁴ USSME, L-8, b. 207, f. 8, Luigi Ferrero di Cavallerleone, *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania*, cit. Per la disinfezione delle acque durante la campagna saranno largamente utilizzati i mezzi chimici (bromuro di sodio). Con l'aggravarsi dell'epidemia di tifo, sarà però richiesto l'invio di potabilizzatori. USSME, L-8, b. 207, f.8, lettera n. 684, 2 maggio 1912, dal Comando della IV Divisione speciale Stato maggiore, al Ministero della Guerra e a Pollio; Ivi, telegramma n. 1062, Bengas 16 luglio 1912, da Briola a Pollio.

secondo il metodo , la cura per impedire la diffusione della malaria⁴⁵; contro la peste l'ispettore prescriverà, oltre alle misure già ricordate, la «distruzione dei topi» e delle pulci portatori del morbo, attraverso l'uso degli insetticidi di cui sono state dotate le unità sanitarie⁴⁶, e l'osservazione dei casi che si presentano nella popolazione civile. Uguale attenzione sugli abitanti della regione va mantenuta, secondo Ferrero di Cavallerleone, per poter vincere le oftalmie endemiche in Tripolitania e Cirenaica contro cui raccomanda l'uso degli occhiali acquisiti dall'intendenza⁴⁷.

Questa attenzione a favore della trattazione delle malattie infettive, e a scapito dell'analisi dei sistemi di "amministrazione" e presa in carico dei feriti, è la prova della preoccupazione diffusa per l'impatto che le malattie (ancorchè non "tropicali") possano avere sul corpo di spedizione in una regione ben poco conosciuta sul piano nosografico⁴⁸ (ma anche qui non percepita come "esotica"), e più in generale una testimonianza della centralità che, nel corso dell'ottocento, l'igiene ha guadagnato all'interno dei saperi militari⁴⁹, come nel pensiero dei sanitari civili impegnati nel risanamento urbano delle città europee; un'igiene riscritta, a fine secolo, dalle scoperte della batteriologia, ma che all'interno dell'istituzione militare sarà

⁴⁵ Alla partenza le truppe saranno dotate di un quantitativo di chinino sufficiente per i primi cinque giorni (5 tavolette). I documenti non chiariscono le dinamiche del rifornimento per i mesi successivi. È probabile in ogni caso che la profilassi non sia avvenuta in modo rigoroso. «A completamento di quanto è previsto nelle *Disposizioni esecutive zone pianeggianti circa il servizio sanitario*, questo comando ha determinato che, oltre alla quantità di chinino compresa nelle dotazioni del deposito di materiali sanitari, ogni riparto o servizio del corpo d'armata speciale sia provvisto di una certa quantità di chinino, sufficiente ai bisogni dei primi giorni. Pertanto gli enti mobilitati preleveranno nelle località d'imbarco, rispettivamente dagli ospedali di Napoli e Palermo (il quale ultimo provvederà mediante spedizione al fabbisogno per il reggimento fanteria Catania) 5 giornate di tavolette di chinino di Stato per ogni uomo che hanno in forza (ufficiali, truppa, non militari) in ragione di una tavoletta al giorno per ogni individuo». USSME, L-8, b. 207, f. 8, Circolare n. 1332, 17 settembre 1911 dal Comando del Corpo di Stato Maggiore.

⁴⁶ USSME, L-8, b. 207, f. 8, Luigi Ferrero di Cavallerleone, *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania*, cit. In generale la dotazione di materiale sanitario destinata ai corpi di spedizione sarà modellata sulle indicazioni dell'Ispettorato di sanità e Direzione di sanità. *Ibidem*

⁴⁷ «È notorio che in Tripolitania sono numerosissime le oftalmie e facilmente se ne sviluppano negli immigrati anche per l'azione irritante della vive luce delle regioni non alberate e della sabbia sollevata dal vento. In seguito ad intese coll'Ispettorato di Sanità militare, per la profilassi di tali affezioni questo Comando ha l'onore di proporre a codesto Ministero l'acquisto di 10.000 occhiali da dare in dotazione all'Intendenza del Corpo di spedizione, secondo il campione approvato all'Ispettore stesso e già presentato alla Direzione Generale». Ivi, lettera n. 1868, 14 ottobre 1911 dal Comando del Corpo di Stato Maggiore a Ministero della Guerra-Direzione generale dei servizi logistici e amministrativi.

⁴⁸ Le conoscenze di geografia medica della Tripolitania e Cirenaica, prima del conflitto, sono alquanto scarse. Questo nonostante il lavoro del medico Paolo della Cella, che a inizio ottocento aveva raccolto osservazioni sulla nosografia della Tripolitania e Cirenaica, venga celebrato durante la guerra dalla stampa di settore come opera pionieristica e base di partenza per la conoscenza delle malattie predominanti nella costa libica. Il volume sarà ristampato in appendice alle pagine degli «Annali di medicina navale e coloniale» del 1912, preceduto da una presentazione di Filippo Rho. Sarà inoltre ripreso e commentato dal testo del medico, nonché parlamentare, Luigi Messedaglia: L. Messedaglia, *Per lo studio della patologia e dell'igiene della Libia*, cit. I lavori successivi, "suscitati" dal conflitto, saranno invece molti: C. Muzio, *La Libia (il nuovo lembo d'Italia). Ambiente fisico, suolo, clima, flora, fauna, genti, malattie*, Tip. C. Ferrari, Venezia 1912; F. Eredia, *Tripolitania e Cirenaica. Climatologia di Tripoli e Bengasi. Studio eseguito nel R. Ufficio Centrale di Meteorologia e Geodinamica per cura di Filippo Eredia*, Bertero, Roma 1912; altre pubblicazioni saranno citate nelle seguenti note.

⁴⁹ A. Rasmussen, *Expérimenter la santé des grands nombres: les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914*, in J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, in «Le Mouvement Social», 257 (2016).

ancora fortemente connotata in senso epidemiologico e dunque dalla visione plurale delle cause del sorgere della malattia, come si cercherà di mostrare più avanti⁵⁰.

Quando Ferrero di Cavallerleone verrà inviato in Libia nell'estate 1912, per frenare l'espandersi dell'epidemia tifica, le sue direttive saranno integralmente indirizzate al *controllo* e all'*organizzazione* dello *spazio militare* secondo le prescrizioni dell'igiene moderna. L'ispettore si occuperà della disposizione degli accampamenti, dell'allontanamento delle latrine dalle tende, della rimozione dei rifiuti dal campo, dei metodi di approvvigionamento ed epurazione chimica dell'acqua⁵¹; disporrà la chiusura di «osterie e fonduchi che sono veri focolai di infezioni», «l'intensificazione della sorveglianza degli alimenti», impartirà una riduzione della razione di carne prevista per i soldati⁵², secondo una concezione supportata da Filippo Rho nelle pagine degli «Annali di medicina navale e coloniale»⁵³. Interverrà sull'ubicazione degli ospedali da campo, sulla disposizione dei malati all'interno delle sezioni di cura, sulle forme di isolamento degli infetti non sempre rigorose e, a metà mese, darà disposizioni per la vaccinazione dei soldati contro il tifo⁵⁴, metodo già sperimentato da altre potenze europee in colonia, ma che il contingente italiano adotterà solo come forma volontaria. A conclusione della relazione riassuntiva del suo operato in Libia Ferrero di Cavallerleone ribadirà l'importanza dell'adozione delle misure di igiene militare, utili soprattutto per prevenire l'infezione tifica:

E speciale attenzione credo mio dovere richiamare ancora, in analogia a quanto già fece la Direzione di Sanità del Corpo di Occupazione sulla importanza di tutta l'igiene dei campi e delle trincee, e specialmente in rapporto alla tenuta delle latrine e sulla necessità di impedire, nel modo più rigoroso, a che i soldati soddisfino i loro bisogni corporali fuori dalle latrine stesse, come disgraziatamente ha avuto non raramente a constatare, essendo questo uno dei mezzi principali, anzi il maggiore, di trasmissione delle infezioni intestinali⁵⁵.

La disciplina igienica è dunque il pilastro che guida le azioni dell'ispettorato di sanità, il modello d'azione privilegiato per assicurare la tutela della salute del corpo di spedizione (anche se, con la vaccinazione antitifica, si affacceranno, come si vedrà, altre forme di difesa della collettività militare).

D'altra parte, alcuni anni prima, nel 1908, l'ufficiale medico Edmondo Trombetta aveva sottolineato con forza la necessità di una preparazione igienica e batteriologica, oltretutto chirurgica, dei medici delle forze armate, rivendicando l'importanza del ruolo assunto del corpo sanitario militare, adeguatamente formato, nella conduzione della guerra:

⁵⁰ M. Osborne, *French Military Epidemiology and the Limits of the Laboratory*, in A. Cunningham, P. Williams (eds.), *The Laboratory. Revolution in Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1992, pp. 189-208.

⁵¹ USSME, L-8, b. 208, f. 6, Relazione di Cavallerleone n. 2666 del 18 dicembre 1912, dall'Ispettorato di sanità militare al Ministro della Guerra e al Comando del Corpo di Stato Maggiore.

⁵² Ivi, f. 3 Relazione sul funzionamento della Direzione di Sanità del Corpo di Occupazione della Libia dal giorno della soppressione dell'ufficio staccato di Intendenza fino al 31 agosto 1912.

⁵³ F. Rho, *Il regime alimentare dei militari in rapporto ai moderni concetti sulla fisiologia dell'alimentazione*, in «Annali di medicina navale e coloniale», II, 4 (1912), pp. 430-434.

⁵⁴ USSME, L-8, b. 208. f. 6, lettera di Cavallerleone ai Comandi di presidio, da Ferrero di Cavallerleone. Oggetto: Vaccinazione antitifica. Il documento è senza data: certamente però è stato compilato dall'ispettore nel mese di agosto 1912.

⁵⁵ Ivi, *Relazione di Cavallerleone*, cit.

Nella campagna dell'indipendenza italiana (1859) gli Austriaci ebbero 4620 morti per ferite e 40760 per malattia, la qual cosa dovrebbe convincere una buona volta coloro che ancora non ne fossero persuasi, come le campagne di guerra siano quasi sempre più micidiali per il diffondersi delle malattie epidemiche contagiose fra le truppe che per il piombo nemico, e come un tale disastro possa soltanto evitarsi (il Giappone informi) con un corpo sanitario completo in tutti i suoi quadri, colto, istruito, preparato, di lunga mano, durante il periodo di pace alle difficoltà del servizio in genere, ove non occorre la sola abilità del chirurgo, ma ben anche la speciale *coltura del batteriologo, dell'igienista e del medico*⁵⁶.

Parole riprese nel primo volume della collana dedicata alla medicina nell'esercito, promossa tra 1911 e 1912 dallo stesso Ferrero di Cavallerleone in occasione del cinquantenario dell'unità d'Italia (e durante i mesi della campagna libica). Tra 1912 e 1931, la collezione pubblicherà più di venti testi di approfondimento sulla patologia e fisiologia del soldato, sui temi di medicina legale del reclutamento, sulle "novità" sanitarie della Grande Guerra, sull'igiene coloniale⁵⁷.

Nell'introduzione del volume del 1912 - *Storia retrospettiva dell'igiene nell'esercito italiano* - affidato a Francesco Testi, Ferrero di Cavallerleone così presenta il progetto editoriale:

Da molti anni la produzione scientifica del corpo sanitario dell'esercito è andata felicemente crescendo non solo sotto forme di memorie e di contributi clinici pubblicati nelle varie effemeridi riviste e specialmente nel nostro Giornale di medicina militare, ma anche di monografie di trattati e opere voluminose, molte delle quali hanno avuto nel mondo scientifico la più bella e calda accoglienza. Parmi dunque ormai giunto il momento di maturare un disegno che da parecchio tempo mi ero andato formando, di iniziare cioè una ordinata collezione di opere riferentisi ad argomenti di medicina militare⁵⁸

A testimonianza della centralità che la disciplina igienica ha acquisito come strumento di tutela della collettività dei coscritti, considerata indice e specchio dello stato di efficienza

⁵⁶ E. Trombetta, *Il servizio sanitario nell'esercito*, Francesco Vallardi, Milano 1908, in A. Celli e A. Tamburini, *Trattato di medicina sociale, vol. I, Sanità fisica*.

⁵⁷ I volumi della collana, edita dall'Ispettorato di Sanità Militare e dalla Direzione di Sanità Militare sono i seguenti: I - F. Testi, *Storia retrospettiva dell'igiene nell'esercito italiano*, 1912; II *Ricerche biologiche sull'aviazione: eseguite negli uffici psico-fisiologici italiani dell'aviazione militare*, 1919; III - E. Santoro, *Ferite addominali di guerra*, 1920; IV - A. Lustig, A. Businco, *I "gas di guerra". Impiego ed effettivi provvedimenti e cura*; V - A. Lustig, *Brevi cenni sulla evoluzione delle maschere contro i gas durante la guerra mondiale (1915-1918)*; VI - F. Caccia, *Trattamento e sgombero dei fratturati degli arti di guerra*; VII - S. Salinari, *Insegnamenti dell'ultima guerra sul trattamento delle ferite osteo-articolari*; VIII - A. Casarini, *La medicina militare nell'antica Roma*; IX - *La celebrazione dei medici caduti in guerra*; X - N. Rodinò, *La profilassi delle malattie infettive dominanti nelle nostre colonie italiane Roma*, 1925; XI - A. Casarini, *La scelta dei piloti per la navigazione aerea*, 1925; XII - G. Cappelli, *La chimica militare e le sue relazioni con l'ordinamento dell'Esercito e della guerra*; XIII - S. Salinari, *L'autolesionismo nelle sue varie forme e nei suoi vari esiti*, 1926; XIV - F. Caccia, S. Ricci, *Le occlusioni intestinali*; XV - G. Grixoni, *Geografia medica dei nostri possedimenti coloniali*, 1926; XVI - S. Salinari, *La razione alimentare del soldato in pace e in guerra*, 1926; XVII - A. Casarini, *Per le nozze di diamante del Giornali di medicina militare*; XVIII B. Palmieri, *L'ospedale militare di Napoli e le vicende del servizio sanitario*; XIX - G. Memmo, *L'alimentazione del soldato in tempo di pace*; XX - A. Casarini, *La medicina militare nella leggenda e nella storia*, cit.; XXI - *Lipovaccini e vaccinazioni antitifo e paratifiche nell'Esercito. Studi e ricerche (1926-1927)*; XXII - G. Piccoli, *Lesioni del midollo spinale per traumatismi di guerra*, 1930; XXIII - A. Casarini, *Profili di chirurghi militari italiani*, 1931; XXIV - A. Casarini, *I pionieri italiani della Croce Rossa*, 1931; XXV - U. Cassinis, *Il servizio militare e l'indirizzo costituzionalistico in biologia e patologia*, 1931.

⁵⁸ F. Testi, *Storia retrospettiva dell'igiene nell'esercito italiano*, Giornale di Medicina Militare, Roma 1912, p. VII.

“fisica” e “morale” della nazione⁵⁹, al primo volume della serie è affidato il compito di descrivere «gli immensi progressi di igiene realizzati dall’esercito nazionale nel suo primo cinquantennio» tratteggiando la storia «breve e recente» della scienza medica militare italiana. Si tratta dunque di una descrizione dei provvedimenti riguardanti l’«alimentazione del soldato», il «vestiario ed equipaggiamento», i luoghi di vita - caserme ed ospedali - e le malattie dei coscritti⁶⁰; disposizioni prese dal corpo di sanità militare italiano, nato sulla base dell’organizzazione medica nell’esercito sardo, che nel 1832 aveva istituito un corpo sanitario con ordinamenti militari. Oltre alle riforme apportate da Alessandro Riberi⁶¹, nell’organizzazione medica dell’esercito del Regno di Sardegna, e da Cesare Ricotti dopo l’Unità⁶² sarà, come sottolinea Testi, la Scuola di applicazione di sanità militare di Firenze, inaugurata nel 1883, uno dei più forti veicoli di “modernizzazione” e professionalizzazione degli ufficiali sanitari, un luogo di elaborazione del sapere medico aperto alle nuove scoperte batteriologiche, ma in cui la disciplina igienica gioca ancora un ruolo fondamentale:

Vivaio permanente degli ufficiali medici di complemento e di quelli effettivi, serve ottimamente come centro di studi per la preparazione degli ufficiali medici [...] A proposito anzi dell’igiene militare diremo, per la storia che dal 1886 al 1888 furono aggiunti corsi di microbiologia e di epidemiologia con sviluppo notevole dei laboratori designati a tali insegnamenti; che nel 1891 si fece un corso speciale di microbiologia; che dal 1899 al 1905 si fecero corsi annuali bimestrali di igiene pratica [...]; che nell’anno presente fu fatto un corso speciale pratico sul colera, sulla peste e sulle disinfezioni. Ed è da apprezzarsi altamente questa corrente odierna che cerca di allargare sempre più l’importanza degli insegnamenti batteriologici giacché, come disse il compianto tenente generale medico Radone, già ispettore capo di sanità militare, [...] “un’efficace profilassi contro le malattie infettive non è possibile senza una conveniente preparazione batteriologica la quale nei laboratori universitari non si concede che a pochi”⁶³.

Una cultura igienica e batteriologica acquisita grazie alla collaborazione fra sanità militare e istituzioni pubbliche, come sottolinea l’autore:

Citerò a tal proposito la circolare 1888 colla quale il Ministero della guerra, dietro accordi presi col Ministero dell’interno, determinava che il corpo sanitario farmaceutico prendessero parte [...] al corso d’igiene pubblica che aveva luogo dal 1° gennaio a tutto maggio 1889 nei laboratori della allora scuola di perfezionamento annessa all’Istituto di igiene sperimentale della R. Università di Roma⁶⁴.

Non solo però osservando le dinamiche di formazione e applicazione del sapere medico per la difesa e cura dell’esercito, è possibile cogliere la concorrenza fra il dato congiunturale e le forme strutturali di sviluppo della conoscenza. Anche i caratteri della mobilitazione del corpo di sanità della marina nella campagna di Libia offrono un orizzonte d’indagine sull’intreccio

⁵⁹ A. Gibelli, *La guerra laboratorio: eserciti e igiene sociale verso la Guerra totale*, in «Movimento operaio e socialista», V, 3 (1982); J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen, *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, cit.

⁶⁰ F. Testi, *Storia retrospettiva dell’igiene nell’esercito italiano*, cit., p. VII.

⁶¹ P. Gentile, *Alessandro Riberi*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 87, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, Roma 2016.

⁶² Su Ricotti si veda N. Labanca, *Il generale Cesare Ricotti e la politica militare italiana dal 1884 al 1887*, USSME, Roma 1986.

⁶³ F. Testi, *Storia retrospettiva dell’igiene nell’esercito italiano*, cit., p. 6.

⁶⁴ Ivi, p. 74.

che lega processi di modernizzazione del servizio sanitario militare e la novità, il tempo della “prima volta”, rappresentato della guerra⁶⁵. Un tempo di novità spesso non “vissuto”, ma sperimentato, come si è visto, attraverso il filtro della letteratura di settore.

Durante il conflitto gli «Annali di medicina navale e coloniale» ospiteranno alcune relazioni sull’operato della sanità militare marittima durante la guerra. Relazioni confluite, nel 1913 in una pubblicazione di sintesi - *I servizi sanitari e la chirurgia di guerra durante la Campagna di Libia e d’Egeo sulle navi-ospedale e negli ospedali dipartimentali* - promossa dalla stessa rivista e dal Ministero della marina. Nel primo rapporto si legge:

Il piroscafo Re d’Italia della società di navigazione Lloyd Sabauda - scrive il direttore della nave Rosati - passò a disposizione della R. Marina per funzionare da nave ospedale militare la mattina del 26 settembre 1911. L’adattamento per la speciale destinazione s’iniziò lo stesso giorno nell’Arsenale di Spezia e la mattina del 4 ottobre il piroscafo partiva alla volta di Augusta, perfettamente preparato e corredato per la missione. I sette giorni di preparazione però non occorsero strettamente tutti all’allestimento sanitario della nave, bensì il maggior tempo fu speso per la installazione a bordo di una lavanderia e di due barche a vapore [...]. Questo risultato di così sollecito allestimento si deve tutto alla previdente preparazione. Da anni tutta la nostra flotta mercantile era stata sottoposta, piroscafo per piroscafo, a minuzioso esame, così che alla occorrenza si avesse piena nozione delle capacità e del più conveniente impiego di ciascuna nave, raccogliendo per ognuna tutti i dati necessari in una specie di matricola⁶⁶.

La rapidità dell’allestimento delle due navi ospedali della marina, effettuato in soli «sette giorni», è dunque merito - si legge sul volume - della lunga preparazione iniziata dal 1895, anno di fondazione del periodico «Annali di medicina navale», «palestra scientifica» e «fucina di miglioramento» per gli ufficiali medici, e momento di avvio del processo di professionalizzazione del servizio sanitario militare marittimo: una trasformazione che coinvolge uomini e mezzi. Il volume si apre infatti celebrando gli effetti del percorso di specializzazione e maturazione scientifica intrapreso dai medici della marina alla fine del XIX secolo e mettendo in evidenza il lavoro per il perfezionamento del materiale di sanità:

L’elevazione morale e professionale di questo corpo sanitario si accrebbe ancora notevolmente quando nel 1895, si cominciò a mandare i medici a studi di perfezionamento negli Istituti e nelle Cliniche universitarie (per cui parecchi presero la libera docenza) e nello stesso tempo venne fondato un loro organo scientifico come gli Annali di medicina navale e coloniale. [...] Del resto l’autorità superiore non solo favorì ogni studio teorico, ma

⁶⁵ È questo il taglio dei lavori di Claire Freji e Anne Rasmussen (si veda: J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, cit.), studi che guardano alla dimensione contingente, temporanea delle situazioni belliche e osservano le campagne militari come campi di sperimentazione per le scienze, senza però postulare che la sperimentazione approdi a definitivi cambi di paradigmi. È una sperimentazione che nasce dalla scala massiva con cui i medici sono chiamati a confrontarsi, dalla casistica più numerosa e spesso nuova di feriti, da cui i sanitari traggono insegnamenti per la popolazione in generale. Le questioni che però queste tesi pongono sono molteplici: la guerra, con i suoi elevati “numeri”, è un potenziamento o una deformazione della realtà, un ampliamento delle conoscenze o una loro specializzazione esclusivamente settoriale? Il susseguirsi di episodi contingenti, vissuti in prima persona dai medici o attraverso la letteratura di settore, non costituiscono forse una modalità di apprendimento “permanente” e strutturale per il corpo di sanità militare? Il sapere della sanità pubblica quanto pesa nell’organizzazione della sanità bellica, per tutto il corso dell’ottocento e l’inizio del novecento funestata dalle malattie infettive?

⁶⁶ Annali di medicina navale e coloniale, Ministero della Marina, *I servizi e la chirurgia di guerra durante la Campagna di Libia e d’Egeo*, Officina poligrafica italiana, Roma 1913, p. 23. Non solo preparazione di piani per la trasformazione delle navi mercantili in ospedali galleggianti, ma anche messa a punto dello strumentario tecnico mobile.

dal 1895 in qua incoraggiò e diresse ogni sorta di saggi e di esperimenti di materiale sanitario, accogliendo benevolmente ogni proposta ragionevole. In questi ultimi tempi si era giunti così ad ottenere un campionario completo di materiale, selezionato attraverso prove e controprove e relative correzioni⁶⁷.

Teorie e strumenti tecnici che trovano spazio nelle conferenze di medicina militare e nelle esposizioni internazionali di materiale sanitario, veri e propri luoghi di validazione, oltre che di circolazione, di concezioni e “oggetti scientifici”.

Il nostro sistema d'imbarco e sbarco di feriti e infermi [utilizzato durante la campagna] [...], fu il solo premiato all'esposizione di materiale sanitario in occasione della recente Conferenza Internazionale della Croce Rossa tenutasi a Washington. L'apparecchio, quale fu inviato a quella mostra e quale figurò anche all'esposizione d'igiene di Roma, consta della combinazione del telaio immobilizzatore ideato dal nostro Roselli, con la cosiddetta branda inglese⁶⁸.

Anche le navi ospedale non sono certo una novità della guerra italo-turca. I primi esperimenti di trasporto infermi su navi appositamente allestite risalgono al XVIII secolo, ma è nel corso dell'ottocento che le potenze europee iniziano a predisporre, in modo più sistematico anche se largamente “imperfetto”, piroscafi riservati esclusivamente all'evacuazione dei feriti ed ammalati.

Si è visto come anche l'Italia, a fine XIX secolo, avesse destinato una nave ospedale a largo di Massaua con funzione di ospedale galleggiante; già però nel 1866, le forze militari si erano servite del piroscavo *Washington* per trasportare infermi e feriti negli ospedali della zona territoriale. Due navi - la *Washington* e la *Garibaldi* - ben distanti però dai criteri di “moderna” organizzazione dei bastimenti ospedalieri, giunti alla massima «perfezione» nelle imbarcazioni appositamente ideate dalla marina giapponese durante la guerra del 1904-05⁶⁹.

Per migliorare l'allestimento dei piroscafi ospedale, nuovi piani saranno predisposti dalla marina italiana a inizio novecento. Tra 1903 e 1908 diverse commissioni militari si susseguiranno per l'individuazione dei bastimenti mercantili adatti alla trasformazione e nello studio delle modalità di adattamento di questi ultimi alle esigenze del servizio sanitario. Nel 1908, sollecitate dalle ricerche di Rho⁷⁰, le commissioni indicheranno nelle navi del Lloyd Sabauda - *Re D'Italia*, *Regina d'Italia*, *Principe di Piemonte*, *Europa*, - i bastimenti che presentano i migliori requisiti; si tratta di navi destinate al trasporto degli emigranti

⁶⁷ Ivi, pp. 9-10.

⁶⁸ Ivi, pp. 14-15. Il sistema di imbarco e sbarco dei soldati vulnerati sulle navi ospedali, utilizzato durante il conflitto italo-turco e anche nella grande guerra, ha una genesi complessa e stratificata: «Il primo modello di telaio immobilizzatore [...] venne improvvisato nel 1899 dall'allora capitano medico Roselli [...]. A questo arnese il colonnello medico Abbamondi aggiunse due teli [...] per avvolgere e proteggere meglio il paziente adagiato e immobilizzato sul fondo del telaio. Nel dicembre 1908, sul Campania armato come ospedale in occasione del terremoto di Messina, il colonnello medico Tacchetti poté imbarcare sollecitamente i feriti mediante imbracatura con quattro funi e relativi ganci. Il tenente colonnello medico Cavalli, nella relazione per l'utilizzazione dei piroscafi del Lloyd Sabauda come navi ospedale, aveva suggerito di adoperare per l'imbarco dei feriti la branda inglese [...] Il Rosati quando si armarono le navi ospedale, combinò insieme i due arnesi, adagiando direttamente il paziente immobilizzato sul telaio Roselli, entro la branda inglese, attrezzata secondo il suggerimento dato dal Cavalli». *Ibidem*

⁶⁹ G. Giorgi, *Le navi ospedale della Regia Marina Italiana, Conferenza tenuta alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 4-5 (1913), pp. 489-419.

⁷⁰ F. Rho, *Sulle moderne navi ospedale*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 6 (1901).

oltreoceano, che per «gli ampi locali destinati ad uso dormitorio», potevano con pochi adattamenti essere facilmente modificate.

Così tra fine settembre e inizio ottobre 1911 si provvederà al rimodellamento degli ambienti dei due bastimenti scelti, dotandoli di sale di operazioni, gabinetti batteriologici e radiologici, farmacie, ambulatori, nuova strumentazione e dando disposizione adeguata ai dormitori trasformati in sale di degenza. «Installazioni più complesse, organizzazioni più perfette non si potrebbero avere» si legge su «La Stampa», a proposito della nave ospedale *Re d'Italia*: «ho udito - scrive il corrispondente - persone che di navi e di cose ospitaliere non hanno da imparare, fare addirittura le meraviglie di quest'ultima istituzione navale sanitaria»⁷¹.

Questi “miraggi della tecnica” non saranno però esenti da difetti. La predisposizione dei piani di trasformazione dei piroscafi e la preparazione del materiale sanitario consentiranno sì l'allestimento dei due piroscafi in tempi brevissimi (e “moderni”), ma non preserveranno il servizio di sgombero da gravi inefficienze, costringendo i comandi militari a operare continui aggiustamenti.

Preparate per il trasporto di rispettivamente 500 e 600 passeggeri, la *Re d'Italia* e la *Regina d'Italia* si troveranno ad ospedalizzare numeri più consistenti di soldati vulnerati, rendendo necessarie modificazioni nell'articolazione dell'originale dei piroscafi. I letti della *Re d'Italia* sono portati a 700 a fine dicembre 1911, e ad un simile ampliamento sarà costretta anche la *Regina d'Italia*⁷². Numeri a cui non sempre il personale riesce a fare fronte:

Il personale sanitario - scrive il colonnello medico Tacchetti, direttore della *Regina d'Italia* -, calcolato in base al lavoro per la ospedalizzazione di 600 persone, si rese, in seguito insufficiente per l'aumento del numero dei ricoverati, che crebbe a 750-800, in ogni viaggio, e per l'aumento dei viaggi stessi, nei quali si giunse a farne fino a tre al mese, con fermata in Italia talora di sole 12 o 24 ore. Fummo perciò costretti a richiedere altri dieci infermieri, che pur essendoci stati concessi dal Ministero, non potemmo mai avere⁷³.

In più di un'occasione i comandi direttivi della sanità militare interverranno sui metodi di sgombero degli infermi, partecipando alle operazioni di cernita del personale da rimpatriare, per evitare l'imbarco di feriti o malati gravi, troppo deboli per sostenere la traversata, o di soldati con infermità lieve, che presto sarebbero potuti rientrare in servizio. Il 27 ottobre il colonnello medico Minici si recherà «a bordo della *Regina d'Italia* per visitare i feriti e fare una cernita di quelli che debbono rimpatriare»: i “lievi” saranno «trasbordati sulla nave Garibaldi»; il 5 novembre la Direzione di Sanità interviene nuovamente a disciplinare l'imbarco, avvertendo «che fra gli ammalati che rimpatriano non devono essere compresi gli ammalati leggeri e che a quelli che rimpatriato *siano ritirati armi e munizioni*». A pochi giorni di distanza dall'ultimo avvertimento, l'11 novembre le autorità ritorneranno sull'importanza del rispetto delle norme «per evitare che siano rinviati in patria individui affetti da malattie leggere guaribili in pochi giorni»⁷⁴. Anche Ferrero di Cavallerleone

⁷¹ *La nave ospedale Re d'Italia ammirata a Costantinopoli dagli ufficiali della flotta internazionale*, in «La Stampa», 24/12/1911.

⁷² *Annali di medicina navale e coloniale*, Ministero della Marina (a cura di), *I servizi sanitari e la chirurgia di guerra durante la Campagna di Libia e d'Egeo*, cit., p. 26.

⁷³ *Ivi*, p. 155.

⁷⁴ USSME, L-8, b. 120, f. 18, Direzione di sanità, corpo di occupazione della Tripolitania, *Diario storico militare tenuto da questa direzione durante la guerra italo-turca*. Il corsivo è mio.

lamenterà numerose inefficienze nel servizio di evacuazione, tra cui lentezza dell'imbarco dei feriti sulle navi, l'affollamento delle navi ospedale, l'evacuazione di infermi che non necessitano di lunghe cure⁷⁵. Sulla questione interverrà anche l'Intendenza:

I militari ammalati rimpatriati a mezzo delle navi ospedale sono, prevalentemente convalescenti, venerei, od affetti da infermità di così piccole entità da non aver bisogno di cure ospedaliere e una gran parte di essi si sofferma nei luoghi di cura designati appena il tempo necessario per l'espletamento delle pratiche per il loro invio in licenza. Un così grande numero di imbarcati sulle Navi ospedaliere fa sì che le Navi stesse non possano più effettuare completamente il giro periodico prestabilito, e sgomberati due o tre porti debbono ritornare in Italia, fare un primo sbarco, e riprendere al giro interrotto. Questo fatto, oltre al rappresentare un danno non indifferente per la maggiore durata del viaggio di ciascuna nave, è causa di un inconveniente gravissimo per la circostanza che le navi ospedaliere sono anche adibite al servizio di rifornimento per i vari presidi di medicinali e materiali sanitari, nonché di ghiaccio, e la mancanza di quest'ultimo prodotto si è già in qualche presidio dovuta deplorare⁷⁶.

In totale, tra l'ottobre 1911 e i mesi novembre-dicembre 1912, le navi *Re d'Italia* e *Regina d'Italia* trasporteranno circa 26.000 soldati, 11.112 rimpatriati con la *Re d'Italia* (in 25 viaggi) e 15.009 con *Regina d'Italia* (in 14 viaggi)⁷⁷. Di questi, 2.715 sono soldati feriti⁷⁸, mentre i restanti 22.215 militari colpiti da malattie: il motivo più frequente di inabilità, oltrechè di decesso, tra le truppe impegnate nello scontro, è dunque la contrazione di affezioni (epidemiche) e non il fuoco nemico. Una prevalenza di infermi, rispetto ai feriti, che metterà in difficoltà i sanitari a servizio delle navi ospedali: l'organizzazione degli spazi di ricovero (sezioni chirurgiche, sezioni mediche, reparto infettivi) dovrà modificarsi nel corso della campagna per fronte all'enorme afflusso di malati⁷⁹. Anche i servizi di terra si troveranno a

⁷⁵ USSME, L-8, b. 208, f. 6, Relazione a S.M. il Tenente Generale Caneva, Tripoli, 30 Agosto 1912. Gli effetti di queste imperfezioni di servizio si sentiranno negli ospedali territoriali: i feriti più gravi spesso non supereranno la traversata, mentre negli ospedali territoriali accoglieranno molti infermi lievi, la cui degenza - sottolineano le relazioni mediche - è breve e la guarigione immediata. Così le ferite riportate dai soldati in Libia - si leggerà - si rimarginano facilmente, hanno "naturalmente" un decorso settico, non necessitano di interventi (se non della medicazione) o amputazioni. Il decorso benigno delle ferite, che raramente generano infezioni (il vero problema della prima guerra mondiale), sarà possibile anche grazie all'utilizzo della tintura di iodio, disinfettante brevettato dall'istriano Antonio Grossich nel primo decennio del novecento e utilizzato per la prima volta su larga scala dalla sanità bellica francese e italiana, rispettivamente nella campagna marocchina e nel conflitto italo-turco. Il medico Filippo Petroselli così la definisce nel suo diario: «tintura di iodio, il sanguigno disinfettante della guerra moderna. Ne ho a tracolla una fiasca. Tintura d'odio. Così spesso la chiamano i soldati analfabeti; ma fabbricanti inconsapevoli di una più veritiera parola». F. Petroselli, *Ospedale da campo: memorie di un medico cattolico, dalla guerra di Libia a Caporetto*, a cura di G. Scipione Rossi Rubbettino, Soveria Mannelli, 2017.

⁷⁶ «Ho rivolto in modo speciale la mia attenzione al trasporto dei malati, illustrando le circolari antiche e recenti mandate dallo scrivente in proposito, deplorando le morti di non pochi ammalati avvenute durante il trasporto sulle navi dalla Libia all'Italia o appena ricoverati negli Ospedali territoriali». USSME, L-8, b. 208, f. 7, lettera n. 785, Napoli 5 giugno 1912, dall'Ufficio sanità dell'Intendenza alla Direzione dei Servizi sanitari.

⁷⁷ *I servizi sanitari e la chirurgia di guerra durante la Campagna di Libia e d'Egeo*, cit., p. 179.

⁷⁸ Sulla *Re d'Italia* saranno ricoverati 1.335 soldati con lesioni violente, sulla *Regina d'Italia* 1.380 feriti; ivi, p. 42 e p. 157.

⁷⁹ Il direttore della *Regina d'Italia* annota a fine campagna: «La gran sala ospedaliere, nel primo corridoio fu divisa in quattro reparti: due per la chirurgia, uno per la medicina, ed il quarto per altre affezioni; ma dopo i primi scontri esse riceverono tutti, più o meno, i feriti della guerra. Fu solo in seguito (tre mesi dopo) che si poté fare una vera divisione fra i ricoverati, come si era prestabilito: andò cioè, per numero cresciuto degli infermi e diminuito quello dei feriti, si occuparono anche alcuni locali del secondo corridoio. Poi scemando ancora il numero dei feriti, e crescendo quello degli infermi si ridusse ad un solo il reparto chirurgico. [...] Indi cresciuto il

fronteggiare l'inaspettata prevalenza di malati, rispetto alla quale è evidente l'impreparazione e la sorpresa degli operatori: «Nel suo diario - si legge nello studio di Mamone sulle memorie degli italiani inviati in Libia -, l'infermiera Gnifetti racconta di un milite aiutante che si rifiuta categoricamente di medicare un degente contagiato da colera asserendo "io questo male non lo curo, sono venuto a curare i feriti e non i malati infetti»⁸⁰.

Le due navi organizzate dalla marina non saranno i soli piroscafi ospedale in funzione durante la guerra. Ai 26.000 rimpatriati dalla *Re d'Italia* e *Regina d'Italia*, si devono sommare i feriti e malati accolti dai piroscafi ospedale *Menfi* e *Regina Margherita*, capaci di 250 e 180 letti e gestiti dalla Croce Rossa Italiana e dall'ordine dei Cavalieri di Malta. Le due navi avranno però un utilizzo limitato - saranno in funzione dalla fine di ottobre 1911 all'inizio del mese di marzo 1912, dismesse proprio a pochi mesi dallo scoppio dell'epidemia di tifo⁸¹.

Altri feriti o malati lievi saranno riportati in Italia a bordo di piroscafi militari, non appositamente predisposti al servizio di cura. Le cifre dunque dei rimpatriati non sono certe. A fine campagna, il senatore Santini parlerà di 32.000 malati 3.000 feriti giunti in Italia tra 1911 e 1913 grazie al servizio delle navi ospedali⁸². La sua relazione in parlamento non contiene però ulteriori indicazioni.

Tenendo conto dell'impossibilità di giungere a cifre esatte, non si rischia di esagerare affermando che circa un terzo del contingente militare italiano verrà rimpatriato nel corso della campagna, a testimonianza dell'impatto che i morbi epidemici, amplificati dall'inefficienza dei servizi, avranno sul corpo di spedizione italiano in Libia.

L'attenzione per le inefficienze, pur fondamentale per capire la reale pratica di guerra e misurare l'effettiva preparazione del corpo di sanità militare, non deve però distogliere dall'osservazione dell'impatto avuto dall'evento bellico sui processi di sviluppo dei saperi militari come dalla valutazione delle dinamiche di lunga durata che presiedono alla loro formazione. Se poi la circolazione delle conoscenze permette ai medici di fare i conti con le "novità" della guerra senza che i problemi della pratica di guerra siano effettivamente vissuti, si è di fronte ad un rimescolamento di piani in cui l'evento bellico diviene un *continuum* e la congiuntura si trasforma in processo.

5.3 Guerra e governo delle epidemie: strutturare lo spazio della nuova colonia libica

Pochi giorni dopo l'inizio del conflitto, si registrano a Tripoli tre casi di colera tra i 244 soldati turchi ricoverati nell'ex ospedale militare cittadino, alloggiato nei locali della Scuola Arti e Mestieri e affidato, dopo la requisizione, alla direzione del maggiore medico della

numero degli infermi e raggiunta la media di 750 per viaggio, fu definitivamente costituito il quinto reparto. [...] Si venne così equilibrato il numero dei ricoverati che in media raggiunse la cifra di 150 per reparto, in ogni viaggio: numero eccessivo, quando si consideri che, facendo due o tre viaggi al mese si avevano da 3 a 450 infermi da curare, specie da un solo medico». Ivi, pp. 154-155.

⁸⁰ G. Mamone, *Soldati italiani in Libia*, cit., p. 40.

⁸¹ USSME, L-8, b. 208, f. 3, *Relazione Croce Rossa 1911-1912*. La nave *Menfi* trasporterà in totale 1.238 soldati.

⁸² Resoconto sommario Seduta del Senato del 3 marzo 1913, in «Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia», 4/03/1913, pp. 1294-5. Santini aggiunge inoltre: «Per la guerra libica, a tutto il 1912, furono mobilitati 764 ufficiali medici, mentre l'organico totale del corpo, in tempo di pace è di 773 e furono richiamati dal congedo ben 11 classi di ufficiali medici».

marina Repetti⁸³; a questi si aggiunge il caso di un «suddito maltese» contagiato dal morbo nel centro della città, anche esso denunciato l'11 ottobre. Gli ufficiali medici della marina, a cui è affidata l'organizzazione della sanità militare di terra nei giorni che precedono lo sbarco delle prime truppe dell'11 ottobre, stabiliscono un provvisorio posto di isolamento per colerosi all'interno dell'ospedale turco - «il suddito maltese in città fu lasciato nella casa che si fece isolare e piantonare da agenti di polizia» - e si dedicano alla preparazione del Lazzaretto del porto, destinato ad ospitare tutti gli infetti. Il 12 ottobre si verifica il primo caso tra le fila dello schieramento italiano - un marinaio della nave *Garibaldi* -, immediatamente trasportato all'orfanotrofio della missione cattolica francescana, prescelto come luogo dove impiantare un «Lazzaretto per l'isolamento e la cura dei marinai della R. Marina»⁸⁴. L'orfanotrofio continuerà a funzionare come reparto di isolamento degli ammalati anche all'arrivo delle truppe a Tripoli, colpite ugualmente dal morbo «asiatico» a pochi giorni dallo sbarco (il 18 ottobre il primo caso)⁸⁵.

Giunto a Tripoli, il direttore di sanità del corpo di occupazione della Tripolitania - il colonnello medico Minici - ispeziona le strutture di cura e i mezzi di approvvigionamento idrico della città; visita l'ospedale militare turco, l'acquedotto di Bu Meliana e il lazzaretto della dogana, che constata essere «in pessime condizioni igieniche» e «male ubicato», «pericoloso perché prossimo agli sbarchi e al porto»⁸⁶. Nonostante però l'evidente malfunzionamento dell'istituto, e i numerosi richiami della direzione di sanità militare per provvedere alla sua chiusura, nessuna modifica sarà fatta dal corpo di sanità militare italiano prima dell'8-9 novembre, quando il risanamento della struttura è affidato all'igienista Arcangelo Ilvento⁸⁷, che interverrà inoltre sul funzionamento del servizio di sanità marittima, sulla riattivazione della stazione di osservazione meteorologica⁸⁸ e sulla riorganizzazione dell'ospedale civile della città⁸⁹. «Intanto, per non affollare il lazzaretto - si legge in una relazione diretta al generale Caneva (senza firma) - la maggior parte dei colerosi viene curata in casa; ma manca il personale per una vera sorveglianza che garantisca da una rapida diffusione del morbo e provveda alle disinfezioni»⁹⁰.

Deboli sono infatti le misure di contrasto all'epidemia impartite dal colonnello medico Minici; l'ufficiale dispone «l'isolamento con cordoni militari, sia del fabbricato Arti e Mestieri, sia del Lazzaretto alla dogana» e mette «a disposizione del R. Vice Console italiano il maggiore medico Madia e il capitano Mancinelli e due tenenti medici per organizzare i

⁸³ Annali di medicina navale e coloniale, Ministero della Marina (a cura di), *I servizi sanitari e la chirurgia di guerra durante la Campagna di Libia e d'Egeo sulle navi-ospedale e negli ospedali dipartimentali*, cit., p. 18.

⁸⁴ *Ibidem*

⁸⁵ USSME, L-8, b. 120, f. 18, Direzione di sanità, corpo di occupazione della Tripolitania, *Diario storico militare tenuto da questa direzione durante la guerra italo-turca*.

⁸⁶ *Ibidem*

⁸⁷ USSME, L-8, b. 120, f. 18, Direzione di sanità, corpo di occupazione della Tripolitania, *Diario della soppressa Direzione generale dei servizi sanitari militari e civili*.

⁸⁸ Mario Crespi, *Arcangelo Ilvento*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 62, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma 2004.

⁸⁹ P. Pellitteri, *Igea in Colonia*, cit.; M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana*, cit.

⁹⁰ USSME, L-8, b. 207, f. 8, *Relazione a S.E. Generale Caneva Governatore Generale della Tripolitania e Cirenaica*, senza data e senza firma. Il documento è sicuramente successivo al 1 ottobre 1911.

servizi sanitari cittadini e la lotta contro il colera, dando loro le necessarie istruzioni e direttive»⁹¹.

A fine mese i casi di colera - ora accertato “scientificamente”, grazie all’utilizzo di uno dei tre gabinetti batteriologici di cui è dotata la spedizione (due forniti dalla Direzione di Sanità pubblica)⁹² - inizieranno infatti ad aumentare tra i militari italiani e nella popolazione araba. Per avere però un conteggio accurato del numero degli affetti bisogna attendere l’inizio di novembre: i combattimenti di Sciara Sciat e di Henni distolgono l’attenzione dei medici italiani - impegnati nello sgombero e cura dei feriti -, dai problemi di diffusione del morbo asiatico (il diario della Direzione di sanità non registrerà più i casi di colera tra il 23 e il 31 ottobre); una disattenzione permessa dalla mancanza, per tutto il mese di ottobre, di un sistema di registrazione del movimento degli ammalati nei presidi sanitari del corpo di spedizione⁹³.

A inizio novembre i tassi di morbilità salgono vertiginosamente: 122 soldati italiani colpiti dalla malattia tra l’1 e il 2 novembre (con 35 morti), 241 nuovi affetti tra il 3 e l’8 novembre (77 morti)⁹⁴, 191 dal 10 al 16 novembre (53 decessi). Anche la popolazione locale risulta fortemente colpita: i documenti della direzione di sanità militare annotano, per il 2 novembre, «69 casi di gastroenteriti con 63 decessi», e per il giorno successivo, altri 62 casi con 52 decessi⁹⁵, ma è probabile che si tratti di numeri ben inferiori alla realtà, riguardando i soli casi denunciati.

L’epidemia è alimentata dallo stato di indigenza in cui si trova la popolazione araba: «si ha ragione di ritenere - si legge nei diari della Direzione dei servizi sanitari militari e civili, affidata al generale medico Claudio Sforza, giunto a Tripoli il 3 novembre per far fronte all’emergenza⁹⁶ - che molti dei cadaveri rinvenuti nella pubblica via non appartengano a colerosi ma ad individui morti per altre malattie e per la fame»⁹⁷. Giuseppe Bevione, corrispondente da Tripoli per il quotidiano «La Stampa», restituisce nel volume *Come siamo andati a Tripoli* il quadro drammatico della situazione del presidio: «Eravamo a Bu Meliana, sede del villaggio dei miserabili che avevamo visitato la scorsa primavera. Il Governo turco aveva cessato di fare la distribuzione del pane, aveva ritirato le tende [...]; e quelli non si erano mossi; avevano cercato rifugio sotto gli ulivi; avevano mangiato radici, erbe, erano caduti in preda ad uno strano male che li fa strisciare lentissimamente, come lumache, sulla terra. Ogni giorno, dieci, venti, di queste ombre rendono l’anima a Dio, senza che alcuno se ne avveda»⁹⁸.

⁹¹ USSME, L-8, b. 120, f. 18, *Diario storico militare*, cit.

⁹² USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 1404, 28 settembre 1911, Promemoria per l’Ufficio di S.E. il Capo di Stato maggiore; oggetto: Servizio sanitario per il corpo d’armata destinato a spedizione in zone pianeggianti.

⁹³ I meccanismi di registrazione saranno avviati solo a inizio novembre. USSME, L-8, b. 120, f. 18, *Diario della soppressa Direzione generale dei servizi sanitari militari e civili*, cit.

⁹⁴ I dati sono il risultato della somma delle cifre segnalate nel Diario storico militare della Direzione di Sanità del Corpo di occupazione: USSME, L-8, b. 120, f. 18, *Diario storico militare*, cit.

⁹⁵ *Ibidem* (2 e 3 novembre).

⁹⁶ USSME, L-8, b. 120, f. 18, *Diario della soppressa Direzione generale dei servizi sanitari militari e civili*, cit., 2, 3 novembre.

⁹⁷ *Ibidem* (12 novembre).

⁹⁸ Citato in A. Del Boca, *Gli italiani in Libia*, vol. II, Laterza, Roma-Bari 1986, p. 106.

Anche le condizioni dell'ex ospedale turco, che ospita i colerosi (arabi) provenienti da tutte le zone della città, vanno progressivamente peggiorando. Già a fine ottobre tra i ricoverati sono alti i tassi di decesso⁹⁹, anche per la scarsità di sanitari impiegati nella struttura, dotata solo di «personale subalterno locale», «essendo nelle istruzioni del Governo centrale di conservare per quanto è possibile l'elemento locale arabo, che messo sul lastrico, costituirebbe un pericolo e un focolare di malcontento»¹⁰⁰. L'affollamento dell'istituto, come nota il medico Camillo Barba Morrihy¹⁰¹, a cui viene affidata dal 20 ottobre la direzione dell'ospedale, si farà sempre più forte, per la presenza di colerosi vivi e morti:

L'ospedale, ad epidemia sviluppata, che progrediva di pari passo con quella diffusasi in città, fu preso d'assalto dagli arabi, che vi trasportavano a mucchi i colpiti dal morbo, quelli che n'erano morti e quelli che arrivavano per esalare l'ultimo respiro. L'aspetto dell'Ospedale e del giardino che lo circonda divenne, in quei giorni, quello di un carnaio umano, a cui si aggiungevano ad ogni momento nuovi cadaveri che venivano gettati anche a traverso i cancelli del muro di cinta¹⁰².

Per impedire l'espandersi dell'epidemia, l'ospedale sarà chiuso a nuovi ingressi e i colerosi isolati in appositi locali; i medici Barba Morrihy e Ilvento verranno incaricati di redigere un piano di trasformazione dell'ospedale, presentato e approvato da Caneva nel marzo 1912¹⁰³. Di fronte al continuo afflusso di infermi italiani, il lazzaretto impiantato all'orfanatrofio sarà ampliato¹⁰⁴ e un deposito convalescenti verrà creato a Caracol¹⁰⁵ per garantire una massimizzazione delle forze del contingente, evitando il “dannoso” rimpatrio di soldati prossimi alla guarigione¹⁰⁶. Nel maggio 1912 le autorità sanitarie predisporranno inoltre un ospedale per contagiosi nella pianura di Hammangi diretto da Ilvento con il concorso dei medici della Croce Rossa (poi chiuso nell'agosto 1912 e riaperto nel giugno 1913)¹⁰⁷. Ma gli sforzi della sanità militare non saranno indirizzati alla sola riorganizzazione delle strutture igieniche del centro urbano. Il generale medico Claudio Sforza, coadiuvato dal medico Gaetano Basile, voluto da Rocco Santoliquido come Direttore della sanità pubblica di

⁹⁹ «I primi cadaveri di colerosi furono anch'essi portati dalla città nell'Ospedale, ove furono lavati, con quanto danno per l'igiene dell'Ospedale ognuno può immaginarsi, infatti, dopo 5 o 6 giorni (terza decade di Ottobre 1911) si sviluppa il colera in proporzioni allarmanti tra i degenti dell'Ospedale stesso, tanto da raggiungere in un solo giorno la elevata cifra di 37 morti, in un locale contenente 102 ricoverati» C. Barba Morrihy, *L'Ospedale civile Vittorio Emanuele III di Tripoli: appunti storici*, Tip. Ditta C. Nava, Siena 1913, p. 5.

¹⁰⁰ USSME, L-8, b. 207, f. 8, *Relazione a S.E. Generale Caneva Governatore Generale della Tripolitania e Cirenaica*, cit.

¹⁰¹ Il medico è presente a Tripoli dal 1902, incaricato dal Ministero degli Affari Esteri della direzione dell'ambulatorio civile Guido Baccelli.

¹⁰² C. Barba Morrihy, *Epidemia di colera, anno 1910 (ambulatorio G. Baccelli in Tripoli di Barberia)*, Siena 1911.

¹⁰³ M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana*, cit., pp. 230-231.

¹⁰⁴ USSME, L-8, b. 120, f. 18, *Diario storico militare*, cit.

¹⁰⁵ A. Casarini, *La medicina militare nella leggenda e nella storia*, cit., p. 557.

¹⁰⁶ Nell'agosto 1912, Ferrero di Cavallerleone raccomanderà l'ampliamento del convalescenziario e l'impianto di depositi convalescenti in tutti gli altri presidi militari della Tripolitania e Cirenaica: «A risolvere la questione rimpatri ritengo opportuno proporre all'E.V. quanto già proposi a S.E: il Ministro della Guerra, che vengano cioè immediatamente stabiliti in tutti i presidi della Libia reparti di convalescenza, e che sia ampliato in Tripoli il deposito convalescenti della Croce Rossa di Caracol». USSME, L-8, b. 208, f. 6, *Relazione al S.E. Tenente Generale Caneva, Tripoli 30 Agosto 1912, da Ferrero di Cavallerleone a Caneva*.

¹⁰⁷ A. Ilvento, P. Tria, F. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, Bertero, Roma 1914, p. 61.

Tripoli¹⁰⁸, orienterà la sua azione in generale verso problemi del risanamento cittadino. Primo fra tutti la rimozione del *pericoloso* ostacolo alla “rinascita” di Tripoli rappresentato dalle «turbe di mendicanti» che vivono «in stato di squallida miseria e luridume, accoccolati di notte sotto i portici della città o addensato nelle numerose luride capanne accumulate nella piazza del Mercato del Pane»¹⁰⁹. Anche qui, come nella penisola, sono le fasce più povere della popolazione al centro degli interventi di controllo sanitario, controllo esteso in tempo di epidemia.

Tra i primi provvedimenti presi dalla Commissione sanitaria incaricata «di coordinare le misure di profilassi per la città e per le truppe di occupazione»¹¹⁰ - composta da Sforza, Basile e dal colonnello Lazzaro Negrotto della Croce Rossa Italiana - vi è appunto la gestione e il ricollocamento forzato nella popolazione “indigente” proveniente, nella maggior parte dei casi, dalle regioni interne, e considerata, per le sue misere condizioni di vita, un impedimento per garantire un’adeguata sorveglianza sanitaria dello spazio cittadino. Una pratica frequente - quella dello spostamento della popolazione indigena “infetta” in spazi segregati, lontani dalla città, tra le altre potenze europee per impedire la diffusione, nei territori d’oltremare, di epidemie (in particolare di colera, peste e malattia del sonno), attuata durante periodi di guerra ma anche nel corso della stabilizzazione e normalizzazione del dominio¹¹¹.

Il 10 novembre, le autorità provvederanno allo «sgombero di una moschea nei pressi dell’intendenza ove si sono avuti decessi per colera. 162 persone che vi erano installate sono [...] trasportate in un giardino fuori paese, gli infermi al lazzaretto civile». A metà mese saranno costruiti «baraccamenti per il ricovero di donne e fanciulli che dormono sotto i portici delle pubbliche vie», e si provvederà al miglioramento dell’«alimentazione degli indigeni isolati nei vari fonduchi». Squadre di disinfezione, formate anche da personale della Croce Rossa, sono incaricate di perlustrare i quartieri della città, coadiuvate dalle forze di polizia, organizzate dai Carabinieri:

l’arma dei Carabinieri Reali cooperò efficacemente nelle ricerche dei malati contagiosi e per il loro trasporto nei locali d’isolamento, nelle disinfezioni pubbliche e private e per l’esplicazione del servizio sanitario nei fonduk e nelle moschee. Così sistemati i servizi più importanti si procedette al risanamento dei locali contaminati. I fonduk e le moschee, dove era sempre agglomerata una folla miserabile e cenciosa di arabi, furono sgomberati e accuratamente disinfettati. I cadaveri abbandonati furono interrati: i malati furono trasportati negli ospedali mentre gli individui riconosciuti sani furono sottoposti ad una rigorosa pulizia personale, con ricambio degli abiti, e isolati in giardini recintati fuori città [...] ¹¹².

Simili provvedimenti sono disposti per la popolazione nomade che si trovava in città al momento dello sbarco italiano: «furono inoltre presi accordi - scrive Arturo Casarini nella sua

¹⁰⁸ E. Cea, *Il governo della salute nell’Italia liberale: Stato, igiene e politiche*, Franco Angeli, Milano 2019.

¹⁰⁹ C. Sforza, *Patologia e climatologia libica*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 4 (1912), pp. 442-447, p. 443. L’articolo riporta una relazione del generale Sforza, apparsa sull’«Avvenire di Milano» del 4-11 aprile 1912.

¹¹⁰ *L’azione italiana in Libia*, in «Gazzetta Ufficiale», 23/04/1912, p. 2358.

¹¹¹ M. Zeheter, *Epidemics, Empire, and Environments. Cholera in Madras and Quebec City, 1818-1910*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh 2015; W. Beinart, L. Hughes, *Environment and empire*, Oxford University Press, Oxford 2007, pp. 167-169.

¹¹² A. Casarini, *Storia della medicina militare*, Editore Arte e Storia, Milano-Roma 1943, p. 561.

retrospettiva sulla storia della sanità militare - con l'autorità comunale e fatti sgomberare alcuni attendamenti di beduini nomadi accampati in vari luoghi della città, internandoli in baracche appositamente costruite: e l'autorità comunale ebbe cura di provvedere al necessario sostentamento»¹¹³. Dunque, come parte integrante del risanamento cittadino, che vede le autorità sanitarie impegnate nell'espletamento dei servizi igienici (nettezza urbana, servizi mortuari, nella costruzione della condotta dell'acquedotto di Bu Meliana), la direzione di sanità opererà per una strategia di dislocamento della popolazione¹¹⁴, in cui le ragioni igieniche, nonché *scientifiche*, come si vedrà più avanti, si sovrappongono a motivazioni di ordine politico. Un provvedimento dal carattere tutt'altro che temporaneo: ancora nel 1914 Ilvento segnala la presenza dell'accampamento alle porte di Tripoli:

L'attuale villaggio arabo-beduino è il residuo del grande campo di concentrazione istituito durante la guerra italo-turca, allo scopo di riunire sotto speciale vigilanza le numerose famiglie che vivevano sparse nell'oasi Tripolina, o veniva incontrate durante l'avanzata delle truppe italiane verso l'interno della colonia. In complesso il campo di concentrazione ospitò circa 12 mila indigeni, con un massimo di forza presente, negli ultimi mesi del 1912, di circa ottomila persone¹¹⁵.

Ed è proprio nelle popolazioni deportate, nelle «turbe di mendicanti» della città, che Sforza aveva individuato il primo focolaio della malattia, minimizzando la possibilità che il colera fosse stato importato dagli stessi italiani: come si è visto più di una città della penisola era interessata, nel 1911, da epidemie di morbo asiatico e le possibilità di trasmissione della malattia a seguito delle truppe erano elevate. Ma il colera, sottolinea Sforza, aveva già interessato la città tripolina nel 1910, questa volta, cosa che il medico omette, «sicuramente» importato dall'Italia. Un'epidemia alla cui lotta partecipano i medici Barba Morrihy e Umberto Gabbi, libero docente di patologia esotica, che si trovava a Tripoli in missione inviato dal Ministero dell'interno¹¹⁶. A convalida delle sue convinzioni, Sforza afferma a fine campagna:

Voler ammettere in modo assoluto che fra tutti i militari provenienti dall'Italia e destinati a Tripoli non vi fosse neppure un portatore di germi specifici non è possibile: però si può in modo assoluto affermare che di tutte le migliaia di militari che approdarono ad Homs, Bengasi, Derna e Tobruk nessuno presentò sintomi anche sospetti di colera. Questa prova indiretta, di massimo valore, dimostra evidentemente che la malattia non fu importata a Tripoli dal nostro esercito¹¹⁷.

Per impedire l'esportazione del contagio dall'Italia, l'Ispettorato di sanità militare aveva infatti emanato disposizioni, a fine settembre, per regolare le procedure della visita di idoneità al servizio militare dei richiamati alle armi, evidenziando la necessità di «sospendere la

¹¹³ *Ibidem*

¹¹⁴ Si legge anche sulla Gazzetta ufficiale del Regno d'Italia: «Ad evitare l'inconveniente, grave nei riguardi sanitari, dello agglomeramento di numerosi gruppi indigeni composti per la maggior parte di vecchi, donne e fanciulli, appartenenti alle tribù dell'interno, e rimasti entro la cinta delle trincee, si è provveduto al loro ricovero e sostentamento raccogliendoli in località lontane dalle città e confortandoli di assistenza medica, sicché le loro condizioni sanitarie sono da tempo soddisfacenti», *L'azione italiana in Libia*, cit.

¹¹⁵ A. Ilvento, P. Tria, F. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, Bertero, Roma 1914, pp. 75-90.

¹¹⁶ C. Barba Morrihy, *Il colera a Tripoli*, Tip. Ditta Carlo Nava, Siena 1910.

¹¹⁷ C. Sforza, *Patologia e climatologia libica*, cit., p. 443.

chiamata» in alcuni comuni italiani, date «le condizioni sanitarie speciali» in cui versavano alcune province italiane¹¹⁸. Misure profilattiche rigorose erano state inoltre prese per impedire che l'infezione colerica fosse trasportata da militari imbarcati sui piroscafi destinati in Libia; le riporta, elogiando l'opera delle autorità sanitarie militari italiane, il periodico francese «Gazette des hôpitaux civils et militaires»:

1 - Visite médicale des habitants de toutes les maisons environnant les casernes, afin de dépister les cas de maladies infectieuses échappés à la déclaration; 2 - Surveillance sur tous les services de propreté aux environs des casernes, sur les lingères des soldats et leurs familles; 3 - Enquête sur la provenance et la pureté des eaux distribuées dans les casernes, en même temps que des substances alimentaires vendues dans les cantines militaires et dans les boutiques environnantes; 4 - Enfin *examens des fèces de tous les soldats* avant le départ, au point de vue de la présence du vibrion cholérique. Toutes ces mesures furent rigoureusement appliquées pour les garnisons des villes infectées, et notamment pour Palerme¹¹⁹.

Non solo dunque sorveglianza igienica (estesa agli spazi di vita dei coscritti, prima e dopo l'arruolamento), ma anche ricorso ai mezzi della scienza microbiologica, con la prescrizione dell'esame delle feci di tutti i soldati in partenza - una misura che verrà applicata anche al rimpatrio, per permettere una cernita adeguata del personale da evacuare¹²⁰.

Per quanto, secondo l'osservatore francese, «la bactériologie fut d'un secours indispensable» per vincere l'epidemia¹²¹, è l'igiene e la sua opera di riorganizzazione dello spazio cittadino al centro delle azioni mediche - il colera si vince con l'igiene urbana -, un'igiene riscritta dalle regole di un conflitto questa volta sentito come “coloniale”¹²². Dell'epidemia, domata alla fine del dicembre 1911, con un bilancio di circa 1.080 colpiti e 330 morti¹²³, la stampa italiana non farà che brevi cenni¹²⁴. Il colera compare solo come morbo che imperversa sullo schieramento avversario (e prelude alla sconfitta delle forze arabo-turche) o come sfondo dell'opera risanatrice degli italiani:

¹¹⁸ USSME, L-8, b. 207, foglio n. 630, 23 settembre 1911 dall'Ispettorato di sanità militare a Ministero della Guerra.

¹¹⁹ Orticoni, *A propos de l'organisation sanitaire du corps d'expédition italien en Tripolitaine*, in «Gazette des hôpitaux civils et militaires (Lancette française)», 79 (1912), pp. 1154-1155.

¹²⁰ USSME, L-8, b. 120, USSME, L-8, b. 120, *Diario della soppressa Direzione generale dei servizi sanitari militari e civili*, cit.

¹²¹ *Ibidem*.

¹²² Non per questo la batteriologia sarà assente. I tre gabinetti batteriologici in funzione durante la campagna esamineranno, come si è visto, acque, alimenti, materie organiche alla ricerca del vibrione colerico e del bacillo di Eberth responsabile del tifo. Rizzuti sottoporrà ad analisi i datteri in commercio a Tripoli, scoprendo che sono portatori del bacillo. Ma l'apporto della nuova scienza microbiologica non sarà determinante nella lotta contro le epidemie quanto l'attuazione delle misure della “moderna igiene”. C. Sforza, *Patologia e climatologia libica*, cit.

¹²³ «Dai rilievi statistici della relazione storico sanitaria risulta che in ottobre (dal 18 al 31) si ebbero 160 casi di colera con 29 morti (dei quali 148 con 25 decessi dal 26 al 31), in novembre 805 con 269 morti e in dicembre 115 con 35 morti. L'ultimo caso si verificò il 27 dicembre». A. Casarini, *La medicina militare nella leggenda e nella storia*, cit., p. 563. Cifre leggermente diverse (1048 casi) si trovano in C. Sforza, *Patologia e climatologia libica*, cit., p. 442 e in Del Boca, *Gli italiani in Libia*, cit., pp. 105-106.

¹²⁴ «La notizia dell'epidemia fu tenuta nascosta in Italia, complici i giornalisti. Scrivendo ad Albertini, il 4 novembre 1911, Luigi Barzini confessava: “Il colera infierisce e fa molte vittime. Noi tutti della stampa siamo uniti in un'intesa patriottica alla quale ho molto contribuito, e cerchiamo di non nuocere al paese gettando in piazza certe verità”» (L. Albertini, *Epistolario 1911-1926- Dalla guerra di Libia alla Grande Guerra*, vol. I, Mondadori, Milano 1968, p. 28). Citato nel volume di Del Boca (nota 34, capitolo III). *Ibidem*

Il buon Governo turco aveva lasciata la città in condizioni igieniche deplorabili, specialmente nei quartieri più popolosi. La colpa di una relativa diffusione di malattie più o meno gravi doveva essere divisa tra i costumi di questa popolazioni indigena, l'indolenza, l'ignavia delle autorità ottomane [...]. Prima cura delle nostre autorità militari, anche per l'incolumità delle nostre truppe che giorno per giorno, con l'aumento dei traffici, hanno maggiori rapporti con gli indigeni, è stata quella d'una energica disinfezione e pulizia di quei rioni della città dove la miseria, l'ignoranza, l'indolenza avevano creato delle vere sentine [...]. Ed anche questa bisogna, fra certi momenti ingrata e quasi ributtante, per il ribrezzo che desta il dovere penetrare in catapecchie luridissime [...] è stata affidata all'esercito. Questo nobilissimo esercito che si è voluto, da infami speculatori stranieri, dipingere come un'accozzaglia di feroci briganti, massacratori di donne [...] compie un'alta missione di carità e di civiltà. [...] Per intanto [...] i sobborghi della città che prima offrivano al passante che raramente e a malincuore vi si avventura, uno spettacolo quasi raccapricciante, ora hanno un aspetto lindo e leggiadro, e quasi più pittoresco. Le viuzze non sono più cloache di immondizie; tuguri sono stati sgomberati provvisoriamente dei loro miseri abitanti ed i soldati, sanitari, [...] si sono mutati in imbianchini e muratori¹²⁵.

A conclusione dell'epidemia sarà stabilito a Tripoli, il 30 dicembre 1911, un ufficio igiene a Tripoli, alle dipendenze inizialmente della Direzione di sanità pubblica e successivamente del Ministero delle Colonie, affidato alla gestione del medico Giuseppe Cortese¹²⁶.

Terminata l'infezione colerica, nuovi morbi si affacceranno a minacciare la salute del corpo di spedizione. La malaria, «con massima prevalenza di forme di terzana maligna o tropica» si diffonderà nella stagione invernale, seguita da casi di febbre ricorrente, dissenteria¹²⁷ ma soprattutto dal tifo addominale ed esantematico.

I primi casi di febbre tifoide si verificano tra le truppe già a fine ottobre 1911, per poi decrescere nei mesi invernali, quando invece salirà il numero dei colpiti per dermatifo (267 casi e 65 morti)¹²⁸. L'epidemia di tifo addominale ricomparirà a marzo nei presidi di Tripoli, Bengasi e Derna - in tutto 129 casi con 15 decessi - e andrà progressivamente crescendo d'intensità nei mesi successivi, in particolare nel capoluogo tripolino che a marzo registra 84 soldati infetti e 6 morti, ad aprile 109 con 24 decessi, a maggio 89 con 13 colpiti mortalmente¹²⁹. Le condizioni sono particolarmente preoccupanti a Derna dove il tifo colpisce provocando una elevata mortalità tra i soldati (i decessi corrispondono ad un terzo dei colpiti)¹³⁰. Il vero scoppio epidemico si avrà però nei mesi estivi. Nella sola Tripoli, tra giugno e inizio agosto si manifestano 277 nuovi casi con 48 decessi¹³¹. A seguito delle truppe, nel giugno 1912 il tifo giungerà anche a Rodi¹³².

¹²⁵ *Tripoli rinasce a vita nuova*, «La Stampa», 1/12/1912.

¹²⁶ G. Cortese, *La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 8 (1922), pp. 46-47; G. Franchini, *L'opera sanitaria*, in G. Volpi (a cura di), *La rinascita della Tripolitania, Memorie e studi sui quattro anni di governo del conte Giuseppe Volpi Di Misurata*, A. Mondadori, Milano 1926, p. 387.

¹²⁷ C. Sforza, *Patologia e climatologia libica*, cit., p. 443.

¹²⁸ USSME, L-8, b. 207, f. 8, Relazione sanitaria periodica n. 796, Tripoli 3 marzo 1912, dalla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata speciale al I Corpo d'Armata speciale.

¹²⁹ Ivi, telegramma 25 maggio 1912, dal l'Ufficio Servizi dell'Intendenza a Pollio.

¹³⁰ *Ibidem*

¹³¹ Ivi, promemoria per l'ufficio di S.E. il capo di Stato Maggiore dell'Esercito, dall'Ufficio Servizio dell'Intendenza, giugno 1912; promemoria per l'ufficio di S.E. il capo di Stato Maggiore dell'Esercito, dall'Ufficio servizio dell'Intendenza, 8 Agosto 1912.

¹³² USSME, L-8, b. 123, III ospedale da campo da 1000 letti, *Diario storico*.

L'espandersi dell'epidemia genera preoccupazione tra i vertici militari e politici: Pollio chiede di essere periodicamente informato sull'andamento della malattia¹³³ e il ministro della guerra, Spingardi, invita le autorità a sorvegliare (o a impedire, se le condizioni belliche lo permettono) lo spostamento delle truppe infette.

Come è noto nei vari presidi della Libia, serpeggia, ove più ove meno, un'infezione tifosa che, per quanto non abbia assunto proporzioni gravi non cessa tuttavia di preoccupare; specialmente nei presidi di Derna e Tobruk si hanno dei piccoli focolai in forma di epidemia, nonostante tutte le predisposizioni per combattere il morbo siano state adottate insieme alle norme profilattiche più rigorose. Ora l'Ispettorato di Sanità Militare, allo scopo di evitare ogni causa di propagazione delle malattie, insiste perché in caso di spostamenti di truppe per eventuali operazioni si eviti per quanto possibile, di ricorrere a quelle dei presidi dove il tifo è più intenso; e questo Ministero, nel far noto a cotesto Comando tale proposta lo interessa a tenere il debito conto in quanto le esigenze della guerra potranno consentirlo¹³⁴.

Lo Stato Maggiore dell'Esercito e quello della Marina invitano i membri dei rispettivi ispettorati a redigere «di comune accordo alcuni consigli di igiene elementare, che ricordassero ai soldati e ai marinai combattenti» le norme da seguire per preservarsi dalle malattie in «suddette condizioni». Rho e Casarini elaboreranno un prontuario per la difesa contro i morbi epidemici e il colpo di calore, frequente tra le truppe a causa dell'abuso di alcool¹³⁵, che coniuga le esigenze della divulgazione scientifica - «*frapper l'imagination du peuple*» - e la fedeltà ai principi della scienza, nell'ambito di una visione che affida un ruolo di priorità all'educazione del soldato¹³⁶.

Nell'agosto 1912 Ferrero di Cavallerleone sarà inviato in Libia e nel Dodecaneso per controllare e provvedere al miglioramento delle condizioni sanitarie delle truppe. Il suo intervento si concentrerà, come si è visto, nell'assicurare che l'organizzazione bellica rispetti le norme di igiene¹³⁷. A Misurata, dove le condizioni sono particolarmente preoccupanti¹³⁸, il medico individuerà come cause della malattia:

¹³³ USSME, L-8, b. 207, f. 8, telegramma 15 luglio 1912 n. 4605, da Pollio al generale Briccola.

¹³⁴ Ivi, lettera n. 1157, 4 luglio 1912, cit.

¹³⁵ «Nella presa di Zuara - scrive Rho - vi furono anche 150 casi di insolazione o colpo di calore, e pare che non fosse estranea alla forte proporzione l'aver non pochi soldati saccheggiato certe provviste di cognac e marsala». F. Rho, *Per l'educazione igienica dei militari in Libia*, in «Annali di medicina navale e coloniale», II, 3 (1912), pp. 297-306.

¹³⁶ Rho riporterà sulle pagine del periodico alcune riflessioni sul metodo di elaborazione del prontuario. Non un decalogo dei precetti (da imparare a memoria) ma un'esposizione ragionata e complessa dei «fatti bene assodati e acquisiti dalla scienza fino al tempo corrente» cercando «con qualche esempio e con qualche immagine viva e colorita di meglio impressionare la mente incolta dei militari di bassa forza, ai quali i consigli dovevano essere indirizzati. Era qui infatti il caso, non solo di dare la ragione dei consigli, ma anche di *frapper l'imagination du peuple*, per quanto è lecito e possibile in simile materia, piuttosto refrattaria all'arte della volgarizzazione. Ad ogni modo, era pure nell'intenzione nostra, che i semplici ragionamenti e fatti esposti, dovesse offrire lo spunto di spiegazioni e commenti da parte dei sottufficiali e ufficiali ai loro dipendenti, ricordando che non vi può essere ordine, pulizia ed igiene là dove i graduati e superiori non stanno a continuo contatto con gl'inferiori, sempre pronti a correggerli e sospingerli amorevolmente verso il bene comune». *Ibidem*

¹³⁷ A fine agosto l'ispettore invia una lunga e dettagliata relazione sul suo operato a Spingardi e Pollio. USSME, L-8, b. 208, f. 6, foglio n. 2666, 18 dicembre 1912 dall'Ispettorato di sanità militare al Ministro della Guerra e al Comando del Corpo di Stato Maggiore.

¹³⁸ USSME, L-8, b. 207, f. 8, sf. 25 Condizioni sanitarie di Misurata, telegramma 21 agosto 1912, da Ferrero di Cavallereone a Pollio.

l'inquinamento delle acque; la temperatura caldissima di giorno e l'umidità e il freddo della notte, i difetti di costruzione e di manutenzione delle latrine; la mancanza di ricoveri che diano sufficiente difesa (casa e baracche); l'alimentazione troppo ricca di carne; la mancanza di verdure; l'uso di liquori; il vino di cattiva qualità; l'esaurimento nervoso dei militari residenti da più tempo in Libia, pel clima, disagi, patemi; l'invio da un presidio all'altro di truppe già molto provate da malattie infettive e specialmente dalla tifoide; l'invio in Libia di militari non sufficientemente robusti o che, per disposizione alle malattie gastro enteriche facilmente ammalano e divengono anziché un attivo, un grave danno¹³⁹.

L'analisi ben testimonia la visione plurale che informa le convinzioni eziologiche del medico ispettore, in cui igienismo e acquisizioni della batteriologia si sommano senza risolversi a favore della nuova scienza egemone, orientata verso la ricerca della causa unica delle affezioni. Tra i rimedi proposti da Ferrero di Cavallerleone c'è anche la «vaccinazione antitifica, da eseguire in Italia sui reparti destinati a partire, o almeno [da] cominciare prima della partenza facendo una iniezione subito prima dell'imbarco»¹⁴⁰. A metà mese era infatti stata avviata, su indicazione dell'igienista, l'inoculazione del vaccino antitifico ai soldati che si fossero presentati volontariamente. Non si tratta di una proposta nuova: già nel febbraio 1912 Ferrero di Cavallerleone, inizialmente incerto sull'efficacia del metodo in tempo di guerra, si era pronunciato sull'opportunità di estendere alle truppe italiane in Libia la vaccinazione antitifica utilizzata, in particolare per le armate coloniali, dalle altre potenze europee. Un mutamento d'opinione dovuto proprio ai risultati ottenuti negli stessi anni dalle autorità mediche francesi in Marocco:

La vaccinazione antitifica è stata praticata quasi esclusivamente nell'ambiente militare, e i risultati concordi hanno dimostrato che essa varrebbe a diminuire in una maniera sensibile la morbosità e la mortalità del tifo. Nelle Indie, per es., la statistica medica dell'Armata Inglese dà il 6,6% di malati e il 0,61% di morti nei vaccinati [...]. Nell'Armata Americana si sono verificati casi di tifo nei non vaccinati in una proporzione 12 volte maggiore che nei vaccinati [...] Diversi inconvenienti hanno però limitato finora molto la diffusione di questo metodo di profilassi, e primo fra tutti le reazioni un po' vivaci che pur non essendo pericolose, possono produrre febbre elevata fino a 40° gradi e malessere accentuato per qualche giorno [...]. La preparazione del vaccino richiede [poi] un certo tempo e non basta per assicurare l'immunità una sola vaccinazione, ma occorre ripetere l'inoculazione 3 o 4 volte con l'intervallo di 7-8 giorni. [...] Ma negli ultimi giorni del dicembre 1911 il Vincent ha riferito risultati ottenuti con un nuovo vaccino nelle truppe del Marocco [...] e recentissimi studi pubblicati il 22 gennaio 1912 in Francia dimostrerebbero che con una speciale preparazione del vaccino stesso le inoculazioni sarebbero molto meglio sopportate [...]¹⁴¹.

Il metodo di preparazione scelto non sarà però quello del medico francese Vincent, ma la formula messa a punto dagli studiosi Pfeiffer e Kolle, utilizzata dai tedeschi nella guerra contro gli Herrerros (anche se una parte di campioni sarà fatta anche seguendo il metodo francese). Il vaccino tedesco viene preferito per la semplicità delle tecniche di preparazione e perché già familiare ai laboratori dalla Direzione di Sanità Pubblica, come spiega Ferrero di Cavallerleone:

¹³⁹ Ivi, *Promemoria circa le condizioni sanitarie del presidio di Misurata*.

¹⁴⁰ *Ibidem*

¹⁴¹ *Ibidem*

Prima questione da risolversi era intanto la scelta del vaccino da impiegarsi. Nessuna malattia infettiva ha invero tanti vaccini al suo attivo quanti ne ha il tifo, e in Italia mancava una larga prova di esperienza sulla loro efficacia e sul loro comportamento, perché solo nel 1904 il prof. Sclavo ha eseguito esperimenti a Certaldo e Poggibonsi, e nel 1908, 12 limitate esperienze sono state praticate nella clinica del dott. Ascoli [...]. Non ho creduto di adottare il vaccino Wright Leishman, perché sebbene esso sia di semplice preparazione determina reazioni piuttosto sensibili; ed ho scelto invece il vaccino Kolle - Pfeiffer che aveva dato su larga scala gli stessi ottimi risultati di quello Wright Leishman e che è uguale per la semplicità e la perfezione delle particolarità tecniche della preparazione, anche perché esso veniva di già preparato dalla Direzione di sanità pubblica del Regno; per cui avevo affidamento sicuro che la preparazione del medesimo sarebbe stata fatta con la massima diligenza e con la massima cura e inappuntabile sotto ogni rapporto, data la maestria indiscutibile del direttore dei laboratori scientifici dello stato, prof. Gosio, e dei suoi aiuti, fra i quali, estemporaneo, appositamente comandato, il capitano medico prof. Grixoni, insegnante di igiene nella scuola di Sanità militare¹⁴².

I primi esperimenti di inoculazione sono fatti nel luglio 1912 all'ospedale militare del Celio a Roma, su militari di truppa della Compagnia di sanità «i quali si sono prestati volontariamente»¹⁴³. La pratica verrà generalizzata nel corpo d'occupazione solo, come si è visto, nel mese successivo¹⁴⁴ sulla spinta, anche se le fonti non lo ammettono esplicitamente, della campagna di vaccinazione attuata nel giugno dalla marina tra i militari della base di Tobruk, avviata con il plauso di Rho e di Celli¹⁴⁵.

Nel giugno 1912 - si legge sulle pagine degli «Annali di medicina navale e coloniale» - quantunque fra i marinai della squadra di Tobruk non si fosse avuto che qualche raro caso sporadico di tifo, fu presa l'iniziativa di ordinare la vaccinazione della totalità della nostra gente addetta alla Base navale di Tobruk, perché circondata da truppe in cui il tifo andava sensibilmente aumentando con grave epidemia. Il numero dei militari di Marina vaccinati a Tobruk nel 1912 e 1913 arrivarono a circa 400 e nessun caso di tifo si ebbe fra essi, mentre si verificano tre casi di paratifo B; ma anche questi saranno prevenuti d'ora in poi, aggiungendo il bacillo paratifico B alle colture uccise che servono di vaccino¹⁴⁶.

Come le altre nazioni europee, il mondo coloniale sarà dunque per i medici italiani uno spazio di sperimentazione per i nuovi metodi della medicina pasteuriana, il vero contesto di applicazione e validazione di una scienza terapeutica dalle modalità ben più invasive rispetto all'attendismo della medicina ippocratica; un'arte di cura dai principi di intervento spesso in contraddizione con lo stesso credo liberale che informa le convinzioni e dirige le pratiche dei sanitari nello spazio metropolitano, ma non in quello coloniale¹⁴⁷.

¹⁴² L. Ferrero di Cavallerleone, *La vaccinazione antitifica nell'esercito e in Libia*, in «Giornale di medicina militare», 1 (1914).

¹⁴³ USSME, L-8, b. 207, f. 8, Promemoria per l'Ufficio di S.E. il Capo di Stato Maggiore dell'Esercito, Roma 8 agosto 1912.

¹⁴⁴ USSME, L-8, b. 208, f. 6, lettera di Cavallerleone ai Comandi di presidio, cit..

¹⁴⁵ «In questa circostanza, [...] il prof. Celli, informato della cosa, scrisse una lettera a S.E. il Ministro Leonardi Cattolica plaudendo all'iniziativa dell'ispettorato di Sanità ed incoraggiando alla maggiore diffusione della pratica profilattica»; Rho già nel gennaio 1912 un articolo a sostegno dell'avvio della campagna di vaccinazione: F. Rho, *La vaccinazione antitifica fra i militari per la profilassi del tifo nella Libia*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 1 (1912).

¹⁴⁶ La Direzione, *Che cosa ha fatto la Regia Marina per l'obbligatorietà della vaccinazione antitifica nei militari*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 4 (1914), p. 35.

¹⁴⁷ A. M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine*, cit.

5.4 I “tropicali” nel Mediterraneo: gerarchizzare lo spazio

Il 25 ottobre, a Bengasi, entra in funzione il primo ambulatorio medico affidato alla gestione del corpo di sanità dell'esercito e destinato alla popolazione indigena¹⁴⁸. Le origini del provvedimento sono da ricercare nelle disposizioni dell'ispettorato dell'8 ottobre 1911, diramate agli organi esecutivi di sanità a metà mese dal direttore medico Minici¹⁴⁹. Nelle *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania*, Ferrero di Cavallerleone aveva infatti sottolineato il ruolo determinante che la conoscenza dello stato sanitario degli abitanti della regione e l'avvio di un effettivo servizio di cura potessero avere per garantire un'adeguata profilassi del contingente militare italiano.

Ma a proposito di quanto sono venuto esponendo circa la convenienza di tenere buone le condizioni sanitarie delle popolazioni civili, anche a scopo di profilassi delle truppe, io ritengo che appunto per la grande diffusione delle malattie fra gli indigeni, sarebbe conveniente che codesta Direzione facesse impianto nelle diverse località ove saranno stabiliti presidi militari degli ambulatori per gli ammalati indigeni. Sarebbe questa opera altamente umanitaria e civile e i nostri medici militari potrebbero nel tempo stesso raccogliere osservazioni e notizie esatte e sicure intorno alla natura e decorso delle malattie che dominano nella regione, portare sollievo e soccorso ai tanti infelici¹⁵⁰.

Non si tratta di disposizioni di semplice carattere medico (anche se la conoscenza nosografica della Libia è considerata dall'ispettorato un presupposto fondamentale per ogni efficace azione sanitaria): come più volte sottolineerà Ferrero di Cavallerleone, l'impianto di servizi sanitari nella regione risponde a un'esigenza di governo: è un “atto di umanità”, e soprattutto un veicolo di consolidamento del dominio.

Ad eccezione del servizio inaugurato a Bengasi, le disposizioni di Ferrero Cavallerleone rimarranno per un primo periodo lettera morta, e l'ispettore sarà costretto a sollecitare in più occasioni l'avvio delle prestazioni di cura per la popolazione indigena. Dopo aver lodato i risultati raggiunti dall'ambulatorio aperto in Cirenaica, fonte inoltre di «preziosissime informazioni e indicazioni, che riuscirono molto utili al comando delle truppe»¹⁵¹, Ferrero di Cavallerleone scrive nel gennaio 1912:

A seconda delle norme dettate dallo scrivente alla direzione di sanità del corpo di spedizione per il servizio sanitario mi risulta che a Bengasi è stato impiantato, per il servizio sanitario, fin dall'inizio dell'occupazione, un ambulatorio per ammalati indigeni, che ha già dato e continua a dare ottimi risultati, non soltanto sotto il

¹⁴⁸ USSME, L-8, b. 123, Diario storico del III ospedale da campo SMT. Saranno due poi gli ambulatori militari impiantati a Tripoli.

¹⁴⁹ USSME, L-8, b. 207, f. 8, Tripoli 14 ottobre 1911, dalla Direzione di Sanità del Corpo d'armata Speciale a all'Intendenza, al Capo di Stato Maggiore del Corpo d'Armata Speciale, e al delegato della Croce Rossa presso l'Intendenza. «Ordine di servizio ai rispondenti organi direttivi, all'ufficio di Sanità dell'Intendenza ed alla Direzione di Sanità della truppa suppletiva, perché ne diano le conseguenti comunicazioni agli organi esecutivi e al personale a disposizione, affinché tutti operino in guisa di assicurare il conseguimento ampio e perfetto del triplice scopo: l'apprezzamento sollecito del primo soccorso chirurgico nei ranghi dei combattenti; la profilassi medica di rigore sempre e da per tutto; la cura ambulatori per la popolazione indigena, propagando l'educazione igienica».

¹⁵⁰ USSME, L-8, b. 207, f. 8, *Norme per il servizio sanitario in Tripolitania*, cit.

¹⁵¹ USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 4134, Roma 11 dicembre 1911, da Ferrero di Cavallerleone ad Alberto Pollio.

rapporto medico, ma financo per le notizie di indole riservata che ha potuto fornire al comando. Ritenendo pertanto, come ebbi già ad esprimermi, che questi ambulatori possano grandemente contribuire a far conoscere la patologia delle nuove regioni e nello stesso tempo a compiere atto altamente civile, non avendo ancora rilevato dai rapporti di cotesta Direzione che essi siano stati istituiti altrove, rinnova a cotesta Direzione caldo invito perché voglia disporre che essi vengano aperti in tutte le località ove si trovano le nostre unità sanitarie. A tale scopo questo ufficio procurerà che sia messo a disposizione per il funzionamento di quei dispensari tutto il materiale di medicazione e medicinali, tuttora abbondante, che è stato sostituito con quello di ultima adozione¹⁵².

I richiami non saranno questa volta vani. A inizio febbraio Tripoli verrà dotata di un «ambulatorio per le malattie mediche», di un posto di medicazione chirurgica e oftalmica e di una infermeria per le patologie «dell'orecchio, gola, naso e denti»; reparti diretti rispettivamente dagli ufficiali medici Scalese, Caffarelli, Marri e Tonietti. Le strutture di cura saranno stabilite all'interno dell'infermeria civile Guido Baccelli, costituita nel 1902 a Tripoli sotto la direzione di Camillo Barba Morrihy, medico alle dipendenze del Ministero degli Affari Esteri¹⁵³.

Nei mesi successivi un nuovo posto di medicazione per le popolazioni arabo-berbere sarà stabilito ad Homs e, a Bengasi, oltre al servizio prestato dalle strutture mediche militari, tornerà in funzione, dopo un periodo di arresto, l'ambulatorio civile affidato ad Aldo Mei, inaugurato anch'esso per iniziativa del Ministero degli Affari Esteri nel 1902¹⁵⁴. Tra 1912 e 1913 lo stabilimento, che comprende un reparto ginecologico diretto dall'ostetrica Dolores Mei Ricciardini, accoglierà circa 7 mila infermi (32.555 pazienti visitati in totale nei primi otto anni di apertura tra 1902 e 1913)¹⁵⁵.

Dalle pagine del «Giornale di medicina militare» si possono poi ricavare i dati di affluenza dell'ambulatorio tripolino. Nel primo trimestre di attività (febbraio-aprile 1912), la struttura riceverà circa 3.889 infermi, con una netta prevalenza di pazienti ebrei, e un numero progressivamente crescente di malati di «razza» araba: saranno 467 i «cattolici» visitati nel

¹⁵² USSME, L-8, lettera del 6 gennaio 1912, dall'Ispettorato di sanità militare alla Direzione Generale dei Servizi Sanitari. Oggetto: ambulatorio per ammalati indigeni.

¹⁵³ M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana*, cit., p. 229.

¹⁵⁴ L'ambulatorio, aperto nel 1902, è annesso alle scuole italiane di Bengasi, i primi direttori sono i medici Perrod e Reynaudi della facoltà medica di Torino, a cui si succede Aldo Mei; cfr. A. Salvadori, *La Cirenaica ed i suoi servizi civili*, Bertero, Roma 1914, pp. 95-104. Negli anni dell'espansione italiana in Libia il medico pubblicherà alcuni studi di carattere medico ed etnografico: A. Mei, *La lebbra in Cirenaica e nelle regioni limitrofe, ambulatorio medico chirurgico italiano in Bengasi*, Milano 1911, Id., *Gli abitanti della Cirenaica: studio etnico antropologico*, Bertero, Roma 1914; Id., *La sifilide in Cirenaica con nota preventiva sulla framboesia: studio clinico-statistico*, in «Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle», 1-2 (1917).

¹⁵⁵ A. Salvadori, *La Cirenaica ed i suoi servizi civili*, Bertero, Roma 1914, pp. 93-99. Si tratta probabilmente della moglie di Mei. Nel 1915 gli ambulatori saranno 23, gestiti tutti eccetto uno (l'infermeria civile di Bengasi) da medici militari. Scrive Francesco Testi, Direttore di Sanità militare della Cirenaica: «Attualmente infatti vi sono 23 ambulatori per indigeni fra i quali emerge quello di Bengasi frequentato da non meno di 100 indigeni al giorno, seguito per importanza da quelli di Derna, Merg, Sidi Daud presso Bengasi, Apollonia, Cirene, Tobruk. Io stesso mi occupai del loro funzionamento essendo essi, ad eccezione del R. Ambulatorio e dell'infermeria civile di Bengasi, tutti diretti da medici militari e tutti, meno due, per quanto si riferisce ai locali, amministrativamente gestiti dall'amministrazione militare». USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 109 del 18/01/1915, *Promemoria circa l'azione della Direzione di Sanità in Cirenaica*, da Francesco Testi al Governo della Cirenaica.

trimestre, 1.178 i «musulmani» e 2.241 gli israeliti¹⁵⁶. Analizzando il movimento degli infermi il direttore del reparto otorinolaringoiatrico, il capitano medico Tonietti, sottolinea:

È stato notato come il numero delle donne sia lievemente superiore a quello degli uomini. Questa regola che può ritenersi generale nei popoli civili, assume qui altri elementi che ne modificano il valore. Il numero di 614 [numero totale dei ricoverati nel reparto otorinolaringoiatrico] secondo il sesso dei pazienti va diviso così. Uomini 233, donne 257, fanciulli d'ambo i sessi 134. Ripensando ai legami che in questi paesi limitano la libertà delle donne e il riconoscimento dei loro diritti, si comprende come soltanto la grande fiducia e la serietà del personale abbia potuto vincere notevoli riluttanze¹⁵⁷.

Il capitano medico Sampieri, sostituto del medico direttore del reparto oftalmico dell'ambulatorio, scriverà a proposito dell'attività svolta dall'ambulatorio nei successivi mesi del 1912 (maggio-dicembre):

Se si considera che nella citata relazione del capitano Tonietti il numero dei musulmani che si presentarono all'ambulatorio oftalmico fu nel primo trimestre 385, mentre quello degli ebrei raggiunse la cifra di 567, apparirà più evidente come la preponderanza graduale dell'elemento musulmano stia in diretto rapporto colla fiducia che col serio, disinteressato e coscienzioso lavoro abbiamo gradatamente guadagnata presso la popolazione araba. Chi conosce tutte le superstizioni e la grande diffidenza di questo popolo, che ha avuti splendori di civiltà, ma che oggi è disceso al livello dei popoli barbari è solo al grado di apprezzare il valore della nostra opera di penetrazione pacifica. L'ambulatorio Baccelli, che funzionava già da diversi anni [...], era stato di preferenza frequentato dagli israeliti. Gli arabi, tranne eccezioni, se ne erano tenuti lontani non solo per la loro naturale diffidenza, quanto anche per non avere contatto con gli ebrei, che essi odiano mortalmente. Ebbene, noi pur avendo reclutato il personale degli interpreti tra gli ebrei, abbiamo avuto la meritata soddisfazione di veder aumentare l'elemento arabo a tal punto che mentre esso in principio era esiguo, ha avuto in seguito la preponderanza¹⁵⁸.

Centro dell'attenzione dei medici è infatti, molto più frequentemente di quanto accadeva nei resoconti dei sanitari inviati in Eritrea e Somalia tra fine XIX e inizio XX secolo, il rapporto medico-paziente; un rapporto ostacolato dal «fatalismo» e dall'«irrazionalità» degli arabi che - si legge - si fanno prima «massacrare dai [loro] empirici», e solo «in caso disperato ricor[ono] come ultima *ratio* al medico europeo»¹⁵⁹. A quest'ultimo richiedono - nota Tonietti, a riprova della loro infantilità, «il ripristino assoluto dell'organo o della funzione» malata, senza riuscire a comprendere le finalità specialistiche, e non miracolose, della chirurgia moderna.

Il fatalismo, l'irrazionalità, l'incuria degli arabi sono stereotipi diffusi non solo nella letteratura di settore (i periodici di medicina e psichiatria “tropicale”): accanto alla retorica

¹⁵⁶ Dati elaborati in base alle informazioni offerte dall'articolo: P. Tonietti, *Relazione trimestrale sul funzionamento del R. Ambulatorio Guido Baccelli in Tripoli con speciale riguardo alla sezione otorinolaringoiatrica*, in «Giornale di medicina militare», 7 (1912), pp. 492-493.

¹⁵⁷ Ivi, p. 495.

¹⁵⁸ G. Samperi, *Osservazioni sulle malattie oculari dominanti in Tripoli e sul trattamento della trichiasi*, in «Giornale di medicina militare», 8-9 (1913) pp. 602-603. Il tema della medicina coloniale come veicolo di “penetrazione pacifica” è un vero topos della letteratura scientifica, circolante già nel corso dell'ottocento negli studi francesi sul ruolo della scienza sanitaria nella conquista dell'Algeria.

¹⁵⁹ P. Tonietti, *Relazione trimestrale sul funzionamento del R. Ambulatorio Guido Baccelli in Tripoli*, cit., p. 495. Sul fatalismo dei sudditi libici secondo la psichiatria coloniale si veda la ricerca già citata di Marianna Scarfone.

della «rinascita di Tripoli», anche le riviste coloniali (ma non i quotidiani nazionali) insisteranno sulle difficoltà della relazione medico-paziente e sulle strategie per ottenere la fiducia dei nuovi sudditi “riottosi”:

Si vuol dire - scrive il medico Eugenio Cotta su «Rivista coloniale» - che l'arabo non ama le cure dei medici stranieri, che essendovi costretto non le sopporta, invitato, le rifiuta. Ma è come tanti altri, un pregiudizio. È evidente che l'arabo ha contro noi medici, massima a questi giorni, una naturale diffidenza: siamo, come tutti gli altri, stranieri, non arabi, *adiam*. Ma la ragione vera per cui egli non cerca spesso le nostre cure, non le desidera, va rintracciata nella sua strana mentalità, nella sua concezione fatalista della vita¹⁶⁰.

E aggiunge: «Ma ciò accade principalmente perché il medico e l'ammalato ignorano reciprocamente la loro lingua e non possono avere quella specie di confidenza che dovrebbe unirli»¹⁶¹.

È dunque proprio nel momento in cui la relazione di cura diviene apertamente conflittuale, e la mancata collaborazione da parte delle popolazioni libiche una questione di primo piano per le autorità italiane, il rapporto medico-paziente emerge insistentemente, e fin da subito, come tema nella stampa medica. Anche sotto il profilo medico, come sul piano politico, gli indigeni sono corpi da “conquistare”.

Corollario delle immagini di “indolenza” dell'arabo, sono le rappresentazioni della degenerazione fisica dei nuovi sudditi. Come conseguenza del loro fatalismo - scrive Tonietti - «gli arabi che si presentano» ai servizi di cura «sono spesso in condizioni disperate [...]. Generalmente non hanno una sola malattia ma un complesso di malattie e passano da un gabinetto all'altro».

Sifilide, tubercolosi, ulcere sono diffusissime tra le genti libiche, si legge nel resoconto dell'ortopedico Salaghi in viaggio in Libia tra 1912-1913 - viaggio promosso dal Raffaele Onorato, chirurgo capo dell'Ospedale civile di Tripoli¹⁶²:

Assai più diffusa che in Europa, specialmente fra gli arabi dell'interno, è la sifilide. L'Onorato ha per primo praticato la cura del “606” mediante iniezioni endovenose [...] e su circa 1000 iniezioni di salvarsan e neosalvarsan non ha mai osservato inconvenienti di sorta. Frequentissime sono le epatiti sifilitiche, il che può spiegarsi coi disturbi gastroenterici così frequenti nei paesi caldi: il fegato può presentare degli enormi ingrossamenti e arrivare anche al disotto dell'ombelico [...]. L'autore infine ha potuto osservare un gran numero di fratture esposte da arma da fuoco e da investimenti poiché gli indigeni non hanno ancora imparato a scansarsi dai veicoli e specialmente dalle automobili: in molti casi sono residue pseudoartrosi e si è ritardato il

¹⁶⁰ «Tutto ciò che accade deve accadere: *mechtub*, è stabilito. Per l'arabo ogni essere ha una durata preventivamente stabilita fissata. L'uomo non muore che per volontà di Allah, secondo il libro che fissa il termine della vita, trovasi scritto nel Corano. Questo termine, *adial*, *adial musamma*, non può essere né differito né anticipato: è immutabile. [...] l'arabo dei campi, l'indigeno, il soldato [...] sono convinti che la morte non avviene se non quando deve avvenire [...]. Così sopportano i propri mali con uno stoicismo semplicemente strano e muoiono con una certa rassegnazione». E. Cotta, *Medici ed ammalati in Cirenaica*, in «Rivista Coloniale. Organo dell'Istituto coloniale italiano», I, 11 (1912), p. 405.

¹⁶¹ *Ivi.*, p. 408.

¹⁶² «In un recente viaggio scientifico di breve durata fatto in Libia potei grazie alla squisita gentilezza del Chirurgo primario dell'Ospedale civile di Tripoli prof. R. Onorato vedere molti casi nella popolazione indigena e raccogliere interessanti osservazioni colle relative fotografiche che furono di fresco presentate in una seduta di questa Accademia Medico Fisica Fiorentina», M. Salaghi, *Appunti di medicina tropicale raccolti in Libia*, in «Rivista critica di Clinica medica», 10 (1913), p. 153. Per l'ospedale civile di Tripoli si rimanda alle ricerche già citate di Paola Pellitteri.

consolidamento¹⁶³.

Non si è dunque più di fronte all'immagine degli indigeni "immacolati", privi di affezioni, che caratterizzava la letteratura medica coloniale ottocentesca sull'Eritrea e la Somalia - una letteratura che si fondava sull'ignoranza delle condizioni sanitarie delle popolazioni colonizzate (dovuta all'assenza di servizi) e sull'ottimismo della prima conquista: i nuovi sudditi musulmani sono fin da subito percepiti come individui "malati", anche se non ancora insistentemente rappresentati come veicolo di morbi e causa della contaminazione del corpo europeo; un tema su cui insisterà la letteratura medica di anni successivi, fino alle ossessioni del regime per il rischio di corruzione della "razza dominante" in tempo d'impero. Quello dei nuovi sudditi, è prima di tutto un organismo da "acquisire" più che da respingere (anche se, come si è visto, retorica e pratica non sempre coincidono). Un organismo cioè da studiare, disciplinare e civilizzare; da sottrarre all'incuria della medicina araba di cui non si riconosce più il fondamento ippocratico comune¹⁶⁴.

Queste differenze di rappresentazione, che distanziano la letteratura medica di fine ottocento sull'oltremare eritreo e somalo dagli studi del 1912-1913, sono inoltre l'esito di una percezione di vicinanza e similitudine fra i "paesaggi" della madrepatria e quella dei territori della costa libica: i medici che operano a Tripoli si troveranno di fronte a una realtà dai connotati urbani, più facile da decifrare e da assimilare attraverso le categorie e i linguaggi consolidati della cultura europea. Una realtà tanto urbana che si può parlare di "proletariato indigeno":

Come pionieri di una civiltà che dovrà un giorno nobiliare questi nostri fratelli, non abbiamo trascurato nessuna arte, nessuna virtù onde l'opera nostra riuscisse proficua, benefica e possibilmente gradita. Abbiamo ricevuto con lo stesso riguardo, con affabilità, con gentilezza così il cencioso abbruttito proletario indigeno come l'abbiente, usando amorevolezza somma. Carità e distinzione di modi, onde in nessun modo potesse ver meno l'esatto adempimento del nostro compito¹⁶⁵.

Ciò non significa che i corpi dei nuovi sudditi non siano più oggetto di "meraviglia": anche qui gli indigeni sono insensibili al dolore, strenuamente resistenti alle operazioni chirurgiche come alle pallottole delle armi italiane. Esotismo e rappresentazione del nemico bellico alimenteranno un'immagine di resistenza, durezza, insensibilità "organica" dei sudditi libici.

Non siamo sicuri della vita qui - scrive in una lettera un soldato Veneto del 79° fanteria -, e dicono di voler fare un'avanzata! Ma io non ci credo, se la montagna fosse libera partiremo invece è occupata da beduini arabi e turchi di tutte le qualità. È nota che è gente dura a morire come i gatti che, se non si taglia loro la testa, scappano

¹⁶³ A. Casarini, *Recensione a M. Salaghi Appunti di medicina tropicale raccolti in Libia*, in «Giornale di medicina militare», 6-7 (1913), pp. 502-503.

¹⁶⁴ Quando la lontana origine comune è riconosciuta, subito si denuncia lo stato di decadenza in cui è giunta la medicina araba negli ultimi secoli: F. De Napoli, *L'opera del medico in Libia a proposito delle malattie veneree, sifilitiche e cutanee predominanti nell'oasi di Tripoli e sue dipendenze*, in «Giornale di medicina militare», 2 (1914); E. Cotta, *Medici ed ammalati in Cirenaica*, cit.

¹⁶⁵ P. Tonietti, *Relazione trimestrale sul funzionamento del R. Ambulatorio Guido Baccelli in Tripoli con speciale riguardo alla sezione otorinolaringoiatrica*, in «Giornale di medicina militare», 7 (1912), p. 497.

via per chilometro con due o tre pallottole bucati per fuori come se niente fosse, mentre se le prendiamo noi siamo morti senza dire neppure ahi!¹⁶⁶

Il chirurgo Caccia, nel suo studio delle ferite di soldati nemici rimasti sul campo di battaglia e curati dai servizi italiani, osserva:

Hali Ben Hamed, di anni 38, da Misurata, è stato trasportato al nostro ospedaletto la sera del 23 novembre dai carabinieri. Egli, colpito circa a 150 metri, presenta una ferita al collo con foro di entrata nella regione cervicale posteriore [...] e foro d'uscita nella regione mentoniera con spappolamento di tutto il labbro inferiore e frattura comminuta del mascellare inferiore. Ebbene egli ha fatto un chilometro a piedi, poscia ha sopportato bene l'intervento di circa mezz'ora senza anestesia e poi a piedi è andato in un locale adiacente all'ospedaletto facendo parecchi scalini senza alcun sostegno.

E aggiungendo altri esempi Caccia conclude: «Ho voluto riferire alquanto dettagliatamente questi casi come esempi tipici, per dimostrare da una parte la relativa gravità delle lesioni dei nostri proiettili anche nelle regioni più delicate e dall'altra la grande resistenza di questa razza primitiva semibarbara»¹⁶⁷.

Si tratta però di anomalie e “specialità” - quelle registrate dai medici militari - diluite dall'evidente (o conveniente, ai fini della propaganda)¹⁶⁸ omogeneità nosografica che lega spazi di conquista e ambienti della madrepatria. Come già evidenziato, non c'è insistenza, nelle fonti prodotte - sulla “tropicalità” delle malattie dominanti nella regione, non un tentativo di distinguere, in modo netto, la geografia medica libica da quella caratteristica della penisola italiana¹⁶⁹.

D'altra parte, gli studi di climatologia, pubblicati negli anni della guerra italo-turca, si erano basati sulla comparazione tra le temperature delle regioni libiche e quelle della Sicilia. Temperature pressoché «analoghe», in parte dell'anno, a quelle dei centri urbani dell'isola secondo Filippo Eredia, uno dei più noti esperti di meteorologia “coloniale”, che si dedica nei mesi della campagna allo studio delle medie meteorologiche di Tripoli, Bengasi e delle città del meridione italiano senza mai far ricorso all'aggettivo “tropicale”. Anche lo studio delle malattie non pone l'accento sulla “particolarità” dello spazio coloniale: il kala azar che si osserva a Derna non è differente da quello che si manifesta nel sud della penisola¹⁷⁰. Il tifo ha

¹⁶⁶ I. Da Ros, *Lettere di soldati veneti nella guerra di Libia 1911-12*, Grafiche De Bastiani, Godega di S. Urbano 2001, p. 65.

¹⁶⁷ F. Caccia, *Relazione circa gli effetti dei nostri proiettili sul corpo umano*, in «Giornale di medicina militare», 4 (1912), p. 273.

¹⁶⁸ La propaganda a favore dell'impresa coloniale farà della fertilità della Libia un vero e proprio topos retorico. Cfr. A. Del Boca, *Gli italiani in Libia*, vol. I, cit., pp. 51-64.

¹⁶⁹ Anche nella stampa nazionale si legge: «il microbo – non è vero? – specialmente in Africa è un nemico più insidioso che esista, vi attende sull'orlo del bicchiere, tra le pagine del libro che sfogliate, sulle labbra della donna che bacciate. Immagino le raccomandazioni delle mamme nelle lettere: non bere, non mangiare se non cibi molto cotti, non raccogliere frutti nell'oasi che potrebbero esse molto velenosi, non lasciarti urtare da nessuno [...]. Povere mamme! [...] Tuttavia la paura esiste e bisogna combatterla. Tripoli non più esposta alle epidemie di qualsiasi città dell'Italia meridionale». *La salute pubblica a Tripoli*, in «La Stampa», 26/05/1912.

¹⁷⁰ Il medico Salvatore sostiene l'unità delle manifestazioni infettive, tutte collocabili all'interno di un'unica specie nosografica: le osservazioni fatte a Derna servono - scrive - «da novella prova per autorizzarmi ad affermare ancora una volta la identità clinica ed etiologica fra le due forme infettive, Indiana o asiatica o tropicale, e mediterranea od infantile. In Italia, come è noto, spetta al Gabbi il merito insigne di aver dimostrato per il primo, e irrefutabilmente, contro il dualismo di alcuni autori che vorrebbero contrapporre un Kala azar

un decorso il più delle volte analogo a quello che si riscontra in Italia (le osservazioni sull'andamento del morbo febbrile oscilleranno, durante la guerra, tra constatazioni di specialità e descrizione di uguaglianza dei sintomi, senza mai cristallizzarsi in uno dei due poli)¹⁷¹. Le osservazioni di Ferrero di Cavallerleone sulle condizioni sanitarie delle truppe daranno la colpa del cattivo stato del contingente alle fatiche del conflitto invece che alle speciali condizioni della geografia delle regioni occupate: ad essere patogeno non è tanto l'ambiente coloniale, quanto quello bellico.

Nelle visite fatte ai nostri ospedali ho constatato intanto che le forme morbose che ora predominano nelle nostre truppe - scrive Ferrero di Cavallerleone nell'agosto 1912 - sono quelle intestinali, come avviene del resto in questa stagione anche in Italia, in rapporto con le elevate temperature e con i più facili disturbi gastro intestinali. Certamente le speciali contingenze di queste regioni e le speciali condizioni in cui si trovano le truppe hanno moltiplicato queste forme infettive, in parte per la diminuita resistenza organica degli individui, in parte per le facili e diffuse vie di infezione¹⁷².

Non tutte le rappresentazioni rientrano però in questo quadro; a discostarsi con più forza dal panorama delineato dai medici militari, saranno gli studi elaborati dai tropicalisti inviati in colonia.

Nel febbraio 1912 Ferrero di Cavallerleone aveva infatti dato disposizioni per l'invio oltremare di una «Commissione per lo studio delle malattie tropicali», a somiglianza - ma i risultati saranno ben differenti - della spedizione promossa in Eritrea da Martini, a inizio novecento, che aveva posto le basi per la creazione dell'Istituto siero vaccinogeno ad Asmara:

Difatti recentissime informazioni hanno già constatato la comparsa di qualche caso di malattie tropicali nei nostri soldati, malattie che non esistono in Italia, quali la febbre ricorrente, il tifo esantematico. Il sottoscritto quindi ritiene più che mai che si imponga di necessità lo studio accurato delle malattie tropicali nella Libia, poichè è da questo studio che deriva l'igiene coloniale, la quale permette e assicura la permanenza e l'acclimatazione e la colonizzazione dell'europeo nei luoghi di conquista. Questo ufficio pertanto si onora proporre alla E. V. la costituzione da ora nella Libia di una Commissione scientifica, alla quale affidare per l'appunto lo studio della patologia tropicale delle nuove regioni. Ed a questo scopo oltre il materiale scientifico occorrente e l'assistenza necessaria per le opportune ricerche, la Commissione dovrebbe poter disporre di un padiglione per il ricovero e lo studio dei malati, perché i lavori del gabinetto non possono essere separati dalle indagini cliniche. I benefici che si potranno ricavare dai lavori della Commissione non saranno certo nè pochi, né lievi per l'avvenire economico e civile delle nostre nuove colonie; e più tardi con il concorso di ufficiali veterinari, la Commissione potrebbe anche rivolgere i suoi studi alle malattie diffuse degli animali utili, recando notevole vantaggio all'agricoltura e al commercio, a somiglianza di quanto fece S.E. l'on. Martini

nostrano al Kala azar tropicale, come nessun fatto provi che il parassita del Pianese differisce da quello del Leishman e del Donovan, ed anche come la forma morbosa a cui esso da origine, non sia punto diversa da quella indiana». Salvatore, *Un caso di Kala Azar a Derna*, «Giornale di medicina militare», 6 (1912), pp. 440-441.

¹⁷¹«Riassumendo l'infezione tifica studiata nei soldati reduci dalla Libia ha offerto una sintomatologia e un decorso clinico non diversi da quelli che si osserva negli ammalati della stessa infezione provenienti dalle nostre regioni e se teniamo conto delle condizioni di scarsa resistenza di questi singoli infermi in rapporto col loro genere di vita è logico ammettere che l'infezione contratta in Libia presenta una minore gravità di manifestazioni ed un decorso più benigno di quel che non si abbia assai di frequente fra noi». A. Casarini, *Recensione contributo di Marrassini, Sopra alcuni casi di febbre tifoide in soldati reduci della Libia*, in «Giornale di medicina militare», 11-12 (1912).

¹⁷² USSME, L-8, b. 208, f. 6, Relazione a Caneva, cit.

chiamando nella Colonia Eritrea nel 1903¹⁷³.

Membri della spedizione saranno designati, dal Ministero della Guerra, i medici Rizzuti e Bevacqua, che «già si trovano a Tripoli fin dai primordi della spedizione e sono già pratici della regione». L'ispettore evidenzierà inoltre la necessità che i due sanitari militari siano affiancati da personale medico civile: «Per unità di studi e di ricerche vi si potrebbe anche aggregare qualche altro curatore di medicina tropicale e batteriologia, scegliendolo fra quelli della Direzione di sanità pubblica delle Università del Regno».

Sarà scelto per questo ruolo Umberto Gabbi, medico cremonese, fondatore nel 1910 del periodico «Malaria e Malattie dei paesi caldi» e della Società fra i cultori delle malattie esotiche, libero docente di patologia coloniale all'Università di Roma proprio negli anni del conflitto¹⁷⁴. La Commissione si installerà a Tripoli a fine marzo¹⁷⁵, utilizzando come base operativa l'ospedale per le malattie contagiose sorto nel maggio 1912 a Bab El Gedit¹⁷⁶. Come riporta Gabbi nella sua prima relazione al Ministero dell'Interno e al Ministero della Guerra, pubblicata sulle pagine di «Malaria e malattia dei paesi caldi», il materiale di studio della missione saranno non solo i casi segnalati dalle autorità mediche di Tripoli ma anche, su proposta di Sforza e di Basile, le genti arabo-berbere «raccolte in due grandi campi di campi di concentrazione in prossimità della città stessa»¹⁷⁷. Mentre lo studio batteriologico delle malattie infettive è affidato a Rizzuti e a Francesco Scordo, e l'analisi anatomico-patologica delle affezioni al Capitano Bevacqua, Gabbi indirizzerà la sua attenzione a problemi “generalisti” della “patologia libica”, con particolare attenzione per le affezioni “importate” dalla popolazione nomade:

Lo studio [...] delle forme cliniche della malaria e della epidemiologia restò al sottoscritto, che si propose anche di ricercare la Patologia delle popolazioni arabe raccolte nei campi di concentrazione in sé e nei suoi rapporti con quella delle razze che vivono a Tripoli, per avere elementi ulteriori atti a tenere lontane queste *vere colonne mobili di rifornimento di cagioni di malattie*¹⁷⁸.

E continua:

Quanto al materiale di studio proprio agli [sic] Arabi dei campi di concentrazione attorno a Tripoli io debbo dire qui che sin da quando vi venni per la prima volta nel 1910 mi sorprese la varietà delle razze che la popolano stabilmente, e quella delle popolazioni nomadi che provengono dalle province quasi costiere ed interne alla Libia. Così due altri fatti richiamano sin d'ora la mia attenzione: l'uno del frequente comparire alla periferia della città nuclei di popolazioni nomadi, di beduini di varie tribù e la loro libera penetrazione in città, e l'altro del notevole scambio di merci tra costa e interno della Libia [...]. Era logico il pensare che con queste popolazioni e con questo flusso e riflusso di uomini e di merci dall'interno della costa, dovette essere anche

¹⁷³ USSME, L-8, b. 207, f. 8, lettera n. 255, 7 febbraio 1912, dall'Ispettorato di sanità militare a Ministero della Guerra.

¹⁷⁴ Sulla figura di Umberto Gabbi ci si soffermerà nelle seguenti parti dello studio.

¹⁷⁵ *Le esercitazioni degli ascari. Hassuna Pascià e il prefetto Menzinger visitano l'ospedale Vittorio Emanuele III*, in «Corriere della sera», 26/03/1912.

¹⁷⁶ A. Ilvento, P. Tria, F. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, cit., p. 61.

¹⁷⁷ Commissione Governativa per lo studio dell'Igiene delle Malattie tropicali nella Libia, *Relazioni ai Ministri dell'Interno e della Guerra*, in «Malaria e malattie dei paesi caldi», 6 (1912), pp. 159-160.

¹⁷⁸ *Ibidem*

avvenuta la importazione della loro Patologia e dei suoi veicoli, data la completa assenza in esse di ogni nozione d'igiene di qualsiasi razionale cura e assistenza medica¹⁷⁹.

Oltre allo studio delle malattie della popolazione «araba mobile», vettrice della «patologia propria delle regioni»¹⁸⁰, Gabbi si dedicherà all'analisi delle misure di protezione contro l'importazione del tifo in Italia, del «regime alcolico» possibile per gli italiani che giungono in Tripolitania e Cirenaica, delle affezioni intestinali, della malaria, dell'assetto igienico del centro tripolino¹⁸¹, pronunciandosi sull'intero panorama di questioni igienico-sanitarie che l'occupazione dei territori libici presenta. Le sue ricerche, come parte integrante dei lavori della Commissione, verranno pubblicate e celebrate nei periodici coloniali, come segno dell'avanzamento della scienza italiana, aggiornata ai compiti di una nazione in espansione¹⁸². Gabbi esaminerà in particolare gli effetti patogeni del vento di Tripoli, il Ghibli, ritenuto responsabile della diffusione di agenti morbigeni e causa dell'elevata frequenza delle affezioni dermatologiche tra la popolazione; un'analisi, quella del medico cremonese, condotta tutta all'interno del paradigma della medicina ippocratica. Ciò che però interessa al clinico cremonese è soprattutto l'effetto di trasformazione operata dal Ghibli sul clima e sulle temperature della costa libica.

Riguardo agli agenti fisici che possono influenzare nei climi tropicali e subtropicali l'organismo umano, specie negli europei, tre sono stati ampiamente studiati: la luce, la temperatura, l'umidità dell'aria: non altrettanto può dirsi dei venti, almeno nella Libia. [...] Il Ghibli è costituito da una corrente aerea calda con direzione da S o SE, provocava da depressioni che si determinano nel Mediterraneo e che muove dal Sahara: esso può raggiungere una velocità oraria di km. 80 ed è tanto densa di pulviscolo da imprimere all'atmosfera una tinta grigio gialla, fino a considerevole altezza: a Tripoli può notare anche in febbraio una temperatura di 35-37 gradi¹⁸³.

Il Ghibli non è solo portatore di specifiche malattie: al vento è dovuto un più generale senso di spossatezza, alterazione, causata dall'elevato calore, che colpisce italiani ed indigeni:

L'Autore - scrive una recensione agli studi di Gabbi sugli «Annali di medicina navale» - ha posto un primo questionario a proposito del *Ghibli* ad individui sani di varie età e costituzione, nativi di Tripoli o immigrati in epoche diverse. Nell'85% dei casi tre furono gli effetti notati nelle giornate di *Ghibli*: senso di spossatezza in

¹⁷⁹ *Ibidem*

¹⁸⁰ U. Gabbi, *Generalità sulla patologia delle tribù della Tripolitania e regioni finitime studiata nei campi di concentrazione degli Arabi*, in «Malaria e malattie dei paesi caldi», 8 (1912), pp. 157-260.

¹⁸¹ Ministero dell'Interno e della Guerra, Direzione Generale di Sanità Pubblica, *Commissione Governativa per lo studio delle malattie tropicali nella Libia. Malattie infettive e malattie cutanee, I Contributo*, Piazza Siena Fabrics, Messina 1912; Commissione Governativa per lo studio dell'Igiene e delle Malattie tropicali nella Libia, *Note intorno al clima di Tripoli e delle regioni finitime della Libia nei rapporti della tecnica sanitaria del piano regolatore, delle abitazioni, degli uffici, ecc. ecc.*, in «Malaria e malattie dei paesi caldi», 7 (1912), pp. 190-193; nel solo numero dell'agosto (n. 8) 1912, Gabbi pubblicherà gli studi: *Il Ghibli nei suoi rapporti colla salute umana*, pp. 250-257; U. Gabbi, *Generalità sulla patologia delle tribù della Tripolitania*, cit.; *Malaria, Tubercolosi polmonare e malattie delle vie respiratorie, Malattie dell'apparato digerente, Malattie cutanee*, pp. 260-272.

¹⁸² La commissione sarà formata in seguito all'appello di Luigi Messedaglia, perché siano gli italiani e non i membri della spedizione della Croce Rossa tedesca i primi a restituire uno studio "moderno" della regione. *Per gli studi italiani di patologia in Libia*, in «Corriere della sera», 20/02/1912.

¹⁸³ *Il ghibli nei suoi rapporti colla salute umana*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 1 (1913). Si tratta di una recensione allo studio di Gabbi pubblicato nella «Rivista Ospedaliera», II, 15 (1913).

ragione diretta della temperatura e della durata del Ghibli; senso di bruciore al naso ed in taluni una vera corizza; senso molesto di bruciore agli occhi e tendenza alla lacrimazione¹⁸⁴.

L'operazione compiuta da Gabbi è evidente. La Libia costiera, che presenta un'inconfondibile omogeneità climatica e nosografica con l'Italia meridionale viene sospinta verso i tropici. Si tropicalizza per l'apporto della "patologia speciale" delle genti nomadi provenienti dall'interno e per l'azione del Ghibli. Nonostante dunque i caratteri geografici della regione, la patologia libica non può che essere definita, secondo il medico, *tropicale*.

Lo spostamento teorico operato da Gabbi risulta più chiaro esaminando i caratteri della produzione scientifica dello studioso negli anni precedenti al conflitto. Prima della campagna, Gabbi si era dedicato alla ricerca delle patologie "esotiche" nel meridione italiano, inaugurando, all'interno di una dinamica di occupazione di spazi accademici, un nuovo indirizzo di ricerca al passo con i tempi del colonialismo: in assenza di un vasto impero, l'Italia poteva comunque partecipare ai moti della scienza europea guardando alle sue "colonie" interne. Con l'avvio dell'espansione nei territori libici, prossimi geograficamente alla penisola, l'indirizzo della scuola di Gabbi rivela un potenziale rischio: quello di legittimare una sovrapposizione di spazi e contesti. Nuove barriere saranno dunque necessarie per ripartire e distanziare l'ambiente metropolitano da quello d'oltremare.

Le ricerche condotte da Gabbi nel 1912 rispondono a questo scopo e, forti della risonanza di cui gode la missione scientifica, saranno riprese e diffuse dalle riviste di settore come nella stampa nazionale¹⁸⁵. A differenza delle dinamiche che caratterizzeranno il conflitto italo-etiope, scienza accademica e autorità mediche militari svolgeranno alternativamente il ruolo di intermediario "mediatico" fra Italia e i territori d'oltremare, tra fronte "interno" e fronte coloniale.

Permessi dalla guerra, gli studi di Gabbi riceveranno dal conflitto legittimazione e risonanza pubblica, avviando un processo di divulgazione e fuoriuscita dei temi della medicina tropicale all'esterno dell'ambito accademico-militare, dando inoltre avvio ad alcuni stilemi che diverranno topos della letteratura medica rivolta ai "tropici": l'attenzione ad esempio per l'effetto patogeno del Ghibli a cui la scienza sanitaria coloniale presto assegnerà la responsabilità della diffusione di patologie psichiatriche tra i coloni della "quarta sponda"¹⁸⁶.

¹⁸⁴ *Ibidem*. Il Ghibli è invece considerato dalla popolazione, secondo quanto riportano le fonti mediche, un vento benefico. G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 166.

¹⁸⁵ A. Clerici, *Scienze biologiche e problemi coloniali*, in «Rivista coloniale», II (1912) pp. 154-155; Id., *Scienze biologiche e problemi coloniali. La difesa contro i tifi libici*, in «Rivista coloniale», I (1913), pp. 56-58; *Una nuova iniziativa delle signore milanesi per i combattenti in Libia*, in «Corriere milanese», 25/05/1912.

¹⁸⁶ Scrive Castellani, nella sua autobiografia, paragonando il Ghibli ad altri venti "africani" (Harmattan e il Kahamsin): «Il Ghibli è un violento vento che soffia di tanto in tanto su Tripoli dal sud del deserto trasportando un enorme quantitativo di sabbia gialla e irritante. Alcuni se ne ammalano veramente. Diventano esageratamente nervosi e irascibili e non possono dormire. Gli occhi sono congestionati e lacrimosi e la luce provoca intenso dolore. La vittima perde ogni energia e desiderio di lavorare e si mette a letto, rimanendovi giorni interi in uno stato di grande depressione fisica e morale». A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit. Si tratta della così detta *ghiblite*, su cui anche Giovanni Grixoni si sofferma, notando però come «qualunque sia l'importanza vera o supposta che si voglia attribuire [al vento - benefica e malefica] non può esserci grande influenza, data la rarità con la quale si verifica. Dal tempo della nostra occupazione è stato segnalato solo una settantina di volte, e non sempre con la stessa intensità». Sarà Onorato, chirurgo dell'Ospedale civile di Tripoli, a soffermarsi sul Ghibli come «agente morbigeno» causa di «una psicosi climaterica transitoria analoga, se non identica, alla nevada del Perù, alla

5.5 Nuovi problemi per l'indagine medica? L'impatto della Grande Guerra sulla medicina coloniale

Durante la prima guerra mondiale, gli studi di medicina tropicale, sviluppatasi in Italia a fine ottocento, in stretta connessione con le esigenze della politica coloniale di nuovo avvio, conoscono un momento di arresto: le pubblicazioni, numerose negli anni della guerra italo-turca, si interrompono e le riviste specializzate in "patologia e igiene coloniale" riconvertono i loro contenuti ai temi più impellenti della sanità militare. Anche il processo di istituzionalizzazione della disciplina subisce una battuta d'arresto: la prima cattedra di "Clinica delle malattie tropicali" assegnata, nel 1914, ad Aldo Castellani, presso l'Università di Napoli¹⁸⁷, non darà mai luogo, per lo scoppio della guerra, ad un insegnamento. La Società italiana di medicina ed igiene coloniale, voluta nel 1908 da Angelo Celli, e riunita attorno al periodico del Ministero della Marina - «Annali di medicina navale e coloniale» -, non sopravviverà alla morte del suo fondatore, allo scoppio della guerra mondiale¹⁸⁸. In seguito al suo quarto congresso, organizzato a Messina nel giugno 1914¹⁸⁹, anche la Società di Patologia Esotica fondata nel 1911 da Umberto Gabbi, medico impegnato nella ricerca di malattie tropicali "in casa", chiuderà i propri lavori.

Se a livello dei processi di sviluppo del sapere è possibile delineare una connessione solo "negativa" tra conflitto mondiale e formazione del nuovo settore di studi - con la prima guerra mondiale che agisce come barriera, come centro di interesse medico che distoglie l'attenzione dei sanitari dai problemi della patologia tropicale - ciò non significa che la Grande Guerra, con la sua «combinazione inedita di razionalizzazione e distruzione»¹⁹⁰ e con i processi che innesca nel quadro dei possedimenti coloniali italiani, ebbe scarse ripercussioni sull'orientamento degli studi e delle pratiche sanitarie territori d'oltremare.

Un esempio può chiarire questo complesso intreccio: spettatore ed attore della nuova dimensione "industriale" e "di massa" assunta dall'intervento medico durante la conflagrazione mondiale, Aldo Castellani guarderà, in anni successivi, alla Grande Guerra come tacito modello di riferimento per assicurare un assetto "moderno" ed efficiente ai servizi sanitari della campagna d'Etiopia: servizi di cui, nel 1935, è nominato, responsabile¹⁹¹.

Modellando l'organizzazione sanitaria della campagna proprio in base all'esperienza di servizio svolta nel primo conflitto mondiale, Castellani, affiancato dalla *expertise* dei corpi

biskrite della Algeria, alla sudanite del Sudan». G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., pp. 166-167.

¹⁸⁷ Decreto n. 89 del 1/02/1914, *Istituzione presso la R. Università di Napoli di una cattedra di Clinica delle malattie tropicali*.

¹⁸⁸ S. Bettini, *Storia delle Società di Medicina Tropicale in Italia*, in «Giornale italiano di medicina tropicale», 1996, 1, pp. 35-46.

¹⁸⁹ ACS, *Ministero dell'Interno*, Direzione Generale Sanità Pubblica 1910 - 1920, b. 90, f. Società italiana di patologia esotica. Congresso 1914. Il IV congresso della società è dedicato allo studio della diffusione nel meridione italiano di malattie "esotiche" quali: febbre da tre giorni, febbre emoglobinica, malaria, leishmaniosi, bubbone climatico, favismo, lebbra, anchilostoma, dermatite, febbre di Malta.

¹⁹⁰ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, Bollati Boringhieri 2017, p. 108.

¹⁹¹ R. D. 30 Agosto 1935, n. 1621, *Nomina del senatore Aldo Castellani ad Alto consulente sanitario per le colonie dell'Africa Orientale*.

medici militari e sorretto dall'ingente dispiego di forze voluto dal duce, riuscirà durante la spedizione a contenere i tassi di morbilità e mortalità per malattia del contingente militare invertendo il dato caratteristico delle spedizioni d'oltremare: l'alta percentuale di decessi per affezione del corpo militare¹⁹². Una proporzione - quella tra morti per ferite e morti per malattia - che si ritrova sbilanciata a favore del secondo dato nella guerra italo-turca del 1911-12¹⁹³ e invertita a vantaggio del primo durante la Grande Guerra¹⁹⁴.

Se il nesso medicina-colonialismo è divenuto, negli ultimi decenni, un campo autonomo della ricerca storiografica sull'imperialismo, il rapporto medicina e guerra è stato invece più di rado oggetto d'analisi da parte degli studi¹⁹⁵. L'assenza di una riflessione approfondita sul tema ha contribuito a cristallizzare l'idea, come ha suggerito Cooter, che la guerra costituisca un elemento catalizzatore per lo sviluppo della scienza medica¹⁹⁶. A tale lettura, tutta incentrata sulla valutazione degli esiti positivi e negativi di questo incontro, questa ricerca contrappone una visione più differenziata, diretta all'analisi dei molteplici livelli attraverso cui tale rapporto ha potuto prendere forma, negli anni della Grande Guerra, nel contesto dell'espansione coloniale italiana. Senza però dimenticare l'interrogativo di fondo che l'immagine stereotipa del «war-as-good-for-medicine»¹⁹⁷ indirettamente pone, quello dei meccanismi di produzione della conoscenza, domanda con cui ogni studio sulla storia del pensiero scientifico deve confrontarsi.

Nei seguenti paragrafi si cercherà dunque di delineare alcune prospettive per una lettura del rapporto tra medicina coloniale e conflitto mondiale: misurando l'impatto che la guerra ha nella costruzione della disciplina, attraverso un esame delle dinamiche nazionali e internazionali che agiscono, in modo più o meno diretto, sul suo discontinuo processo di istituzionalizzazione; prendendo in esame come la conflagrazione intervenga nell'elaborazione dei contenuti della disciplina; osservando inoltre l'andamento della situazione sanitaria in Libia, Eritrea e Somalia negli anni del conflitto mondiale e dell'immediato dopoguerra; allargando infine lo sguardo a una prospettiva di lunga durata per comprendere se la razionalizzazione dei servizi sanitari, sperimentata durante la Grande Guerra di fronte alla "morte di massa", costituisca una vera discontinuità per la pratica medica del XX secolo.

5.6. Dimensione internazionale e processi sanitari.

«Insegnamenti della guerra in materia di alimentazione», «Tubercolosi e guerra», «I nuovi orizzonti della fisiopatologia del cuore», «Le moderne vedute di clinica e terapia delle malattie cardiovascolari», «Intorno allo shock traumatico»: sono titoli che affollano, a partire

¹⁹² Per questo tema si rimanda al capitolo VI della tesi.

¹⁹³ N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., pp. 100-104.

¹⁹⁴ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., p. 109.

¹⁹⁵ S. Bettini, *Storia delle Società di Medicina Tropicale in Italia*, cit.

¹⁹⁶ R. Cooter, *Medicine and the Goodness of War*, in «Canadian Bulletin of Medical History», VII, 2 (1990), pp. 147-159.

¹⁹⁷ Ivi, p. 2.

dal 1914-1915, gli «Annali di medicina navale» - rivista edita dal Ministero della marina - che pur a inizio novecento aveva riconfigurato il proprio piano editoriale al servizio degli studi di patologia “esotica” e “tropicale”¹⁹⁸. Il senso di cesura che il conflitto ha provocato nel quadro delle concezioni mediche si manifesta chiaramente negli articoli pubblicati: nuovi problemi (l’enorme casistica, ad esempio, di ferite prodotte dalle moderne artiglierie), nuovi orizzonti di applicazione della disciplina (le “nevrosi di guerra”, le strategie di recupero delle invalidità fisiche dei soldati, le simulazioni di malattie)¹⁹⁹ assorbono l’attenzione dei medici - orientati verso i problemi di reintegrazione della forza fisica dei combattenti - e riempiono la letteratura, durante e dopo il conflitto, sotto forma di “insegnamenti” e bilanci tra “vecchio” e “nuovo”.

I primi studiosi italiani di malattie tropicali, e quelli che nel dopoguerra diverranno figure di primo piano per lo sviluppo della nuova disciplina, prendono parte all’esperienza bellica partecipando all’organizzazione dei servizi sanitari - cresciuti ipertroficamente per fare fronte alla gestione dei feriti e degli ammalati. Filippo Rho è nominato nel 1916 capo dell’Ispettorato di sanità militare marittima²⁰⁰. Aldo Castellani, formatosi sotto la guida di Patrick Manson presso la London School of Tropical Medicine, e divenuto celebre a inizio novecento per la scoperta del parassita responsabile della malattia del sonno, esercita sul fronte balcanico, uno dei più “esotici” sul piano sanitario per le epidemie di tifo e colera che vi imperversano; nel 1917, dopo la sconfitta di Caporetto, è richiamato in Italia, per occuparsi di prevenzione antimalarica delle truppe²⁰¹. Umberto Gabbi, arruolatosi volontario in guerra, viene invece incaricato nel 1918 dalla Direzione generale di sanità militare di esaminare dei focolai di malattie infettive «esotiche» manifestatisi nelle retrovie²⁰².

Con la partecipazione al conflitto, gli interessi dei tropicalisti italiani si convertono agli imperativi ideologici della guerra, alle urgenze dunque di difesa ed efficientamento delle forze belliche: Castellani si dedica all’«osservazione [della] malaria e [delle] malattie tropicali nella zona balcanico-adriatica»²⁰³, ed elabora il tetravaccino che verrà somministrato alle truppe in partenza per l’Etiopia nel 1935; Rho studia i problemi dell’alimentazione dei

¹⁹⁸ Il periodico, come si è già visto, aveva mutato nel 1908 la sua denominazione in «Annali di medicina navale e coloniale».

¹⁹⁹ S. Delaporte, «*Gueules cassées*», *les blessés de la face de la Grande Guerre*, Noësis, Agnès Viénot, Paris 1996; Id., *Medicina e guerra*, in S. Audoin-Rouzeau, J.J. Becker, *Encyclopédie de la Grande guerre, 1914-1918*, vol. I (trad. it. a cura di A. Gibelli, *La prima guerra mondiale*), Einaudi, Torino 2014.

²⁰⁰ G. Petella, *Ai lettori*, in «Annali di medicina navale coloniale», I, (1916), pp. 325-326.

²⁰¹ A. Castellani, *Tra microbi e re*, Rusconi e Paolazzi Editore, Milano 1961.

²⁰² ASSR, Fascicoli personali dei senatori del Regno, *Umberto Gabbi*; M. Crespi, *Umberto Gabbi*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 50, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, Roma 1998. Umberto Gabbi, nasce in provincia di Cremona nel 1860. Insegna a Messina (1896-1908), a Roma (1908-1917) e a Parma (1919-1933). Entra nel partito nazionalista nel 1919 e abbraccia il fascismo dopo la marcia su Roma. Numerosi sono i suoi incarichi politici negli anni del regime: è vice-segretario del direttorio fascista di Parma, presidente dell’Istituto fascista di cultura, consulente medico della MVSN; viene nominato senatore nel 1929, muore nel 1933 presso Firenze. È direttore dei periodici: «Archivio trimestrale delle malattie tropicali della Sicilia e della Calabria», «Malaria e malattie dei paesi caldi», «Giornale di clinica medica» (dal 1920), «Archivio fascista di medicina politica» (dal 1927).

²⁰³ A. Castellani, *Alcune osservazioni sulla malaria e su altre malattie tropicali della zona balcanico adriatica*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 3-4 (1918), pp. 169-213.

soldati in guerra, i metodi di profilassi contro la malaria più adatti alla guerra di trincea e si fa promotore dell'obbligatorietà della vaccinazione antitifica per i corpi militari²⁰⁴.

Nessuna pubblicazione, manualistica o strettamente scientifica, sulle malattie dominanti nei possedimenti d'oltremare italiani, viene edita dopo il 1915 - quando ancora si percepivano gli effetti dell'onda lunga della guerra italo-turca²⁰⁵ -, e si dovrà attendere l'inizio degli anni venti per assistere ad una nuova proliferazione di studi in questo campo della scienza. Anche le riviste «Annali d'Igiene» e «Giornali di medicina militare», che avevano dalla fine dell'ottocento ospitato numerosi articoli di medicina tropicale²⁰⁶, non riportano più traccia di problemi "coloniali".

Ma la guerra non agisce solo nella riconfigurazione dei temi e delle pratiche della medicina nazionale, e delle scienze sanitarie dei paesi coinvolti nel conflitto: con lo scoppio della conflagrazione mondiale il processo di regolazione internazionale delle questioni sanitarie, iniziato a metà ottocento, e in particolare di elaborazione delle strategie di controllo del rischio epidemico che proviene dall'"oriente"²⁰⁷, viene brutalmente interrotto²⁰⁸.

L'attività dell'Office international d'hygiène publique (OIHP), organismo nato dalla Conferenza internazionale di Parigi del 1903, che in quell'anno può contare l'adesione di 30 paesi, subisce nel 1914 un arresto; l'Impero Ottomano, prossimo all'entrata in guerra,

²⁰⁴ F. Rho, *Per la riforma della razione alimentare in uso nella R. Marina*, in «Annali di medicina navale e coloniale», I, 1 (1914), pp. 5-64; F. Rho, Baglioni, C. M. Belli, *L'alimentazione del soldato in guerra*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 9-10 (1917); F. Rho, *Insegnamenti della guerra in materia di alimentazione*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 1 (1919); F. Rho, *L'importanza della profilassi chininica nella lotta antimalarica in guerra*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 3-4 (1919), pp. 242-246; La Direzione, *Che cosa ha fatto la Regia Marina per l'obbligatorietà della vaccinazione antitifica nei militari*, cit.

²⁰⁵ G. Sanarelli, *Manuale di igiene generale e coloniale*, Editore Barbera, Firenze 1914; G. Bernucci, *Della Tripolitania e dello stato sanitario del corpo di occupazione durante l'anno 1914, con cenni sull'opera degli ambulatori per indigeni, retti da medici militari*, Tipografia Enrico Voghera, Roma 1915; L. De Castro, *Nella terra dei Negus: pagine raccolte in Abissinia*, Treves, Milano 1914; A. Ilvento, P. Tria, F. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, Bertero, Roma 1914; F. Veglia, *Malattie dei paesi caldi nel Sud Africa*, Tip. E. Schioppo, Torino 1914; S. Gangi, *Il colpo di calore*, Officina tipografica V. Giannotta, Catania 1915; U. Gabbi, *Trattato elementare di patologia esotica, ad uso dei medici e degli studenti*, Bertero, Roma 1915.

²⁰⁶ Per i contributi pubblicati sul «Giornale di medicina militare» si veda il capitolo IV della tesi. Qui di seguito gli articoli comparsi sugli «Annali di medicina sperimentale» prima dello scoppio della Grande Guerra, divisi per anno: nel 1911, F. Martoglio, *La profilassi contro la peste bovina nella colonia Eritrea*; F. Martoglio, *La peste bovina e la tripanosomiasi nella Somalia*; 1912: M. Carpano, *Spirillosi equina. Un caso di spirocheta equi in un cavallo della Colonia Eritrea*; 1913: Istituto siero vaccinogeno eritreo, *Sulla ricettività dei bovini somali verso il piroplasma Bigeminum*; A. Celli, F. Martoglio, *Sulla morfologia del tripanosoma*.

²⁰⁷ Prima preoccupazione del dispositivo internazionale di prevenzione e lotta contro le affezioni era infatti il controllo di uno dei più grandi redistributori di affezioni epidemiche - il pellegrinaggio alla Mecca - sottoposto ad un regime sanitario speciale, tutto incentrato sull'applicazione di rigide norme quarantenarie proprio negli anni in cui tale istituto - la quarantena - veniva progressivamente abbandonato nella gestione dei rischi sanitari "globali", perché dannoso per le esigenze di espansione commerciale. S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, cit.; Id, *Le pèlerinage à La Mecque à l'époque coloniale: matrice d'une opinion publique musulmane*, Presses de l'Ifpo, 2005. Sul pellegrinaggio alla Mecca si veda anche M. Zaccaria, *Lo spazio dei credenti e i confini della colonia. Il pellegrinaggio a Mecca e il colonialismo italiano*, in U. Chelati Dirar, S. Palma, A. Triulzi, A. Volterra (a cura di), *Colonia e postcolonio come spazi diasporici. Attraversamenti di memorie, identità e confini nel Corno d'Africa*, Carocci, Roma 2011.

²⁰⁸ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*. cit.; M. Harrison, *Disease, Diplomacy and International Commerce: the Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century*, in «Journal of Global History», 1 (2006); C. Paillette, *Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923*, in «Monde(s)», 2 (2012), pp. 235-256.

dichiara infatti unilateralmente la decadenza del Consiglio sanitario di Costantinopoli, cuore del dispositivo internazionale di difesa sanitaria. Per affrontare l'aumento del rischio epidemico dovuto alla situazione di conflitto e rispondere alle esigenze poste dai problemi di cura e smobilitazione dei feriti, si metteranno però appunto, nel fronte Alleato, nuovi (anche se più ristretti) organismi di gestione sanitaria. La *Commissione sanitaria interalleata*, promossa dalla Francia tra 1916 e 1919, e le due Conferenze volute dalla Gran Bretagna, la prima chirurgica e la seconda medica (1917-1919), inaugurano una nuova stagione della collaborazione sanitaria internazionale²⁰⁹. I tre organismi favoriscono il passaggio da un modello di regolazione delle crisi sanitarie preoccupato principalmente del controllo delle frontiere sanitarie, ad un dispositivo basato sullo studio e sullo scambio di informazioni scientifiche. Un assetto che sarà alla base della ricostituzione del movimento sanitario internazionale con l'istituzione nel 1923 dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni²¹⁰.

L'Italia partecipa a questa trasformazione: Castellani è chiamato a relazionare alla Conferenza chirurgica fra gli alleati per lo studio dei feriti di guerra²¹¹ e al termine del conflitto diverrà membro permanente dell'OIHP²¹². Rho nel 1919 partecipa alla seconda conferenza di medicina generale promossa dall'Inghilterra²¹³, e Francesco Testi, inviato tra 1913 e 1916 in Cirenaica per organizzare la Direzione di sanità militare destinata alle truppe combattenti (negli anni trenta animerà poi il museo coloniale dell'Istituto di patologia esotica di Modena), è delegato della Commissione sanitaria interalleata²¹⁴.

Con la sua ridefinizione dei caratteri dell'azione sanitaria internazionale, il primo conflitto offre alla medicina coloniale - disciplina che si era costituita, in Inghilterra e in Francia, come scienza "globale" sin dalle sue origini - un'ulteriore occasione di internazionalizzazione, che per gli studi italiani significa invece spazi di circolazione e forme di legittimazione inediti. Se si eccettuano i casi dei tropicalisti più noti, Castellani formatosi a Londra e Franchini all'Istituto Pasteur di Parigi, la disciplina italiana si forma tra fine ottocento e inizio novecento, se non direttamente "sul campo", spesso all'interno di istituzioni che hanno vita entro i confini nazionali²¹⁵. Un carattere, quello localistico ed ancorato alla madrepatria, che

²⁰⁹ A. Rasmussen, *Documenter la santé en guerre: l'Internationale sanitaire interalliée, 1915-1919*, in «Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin», 44 (2016), pp. 103-118.

²¹⁰ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique*, cit., p. 230-237.

²¹¹ A. Vaccari, *La conferenza chirurgica fra gli alleati per lo studio delle ferite di guerra*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 1-2 (1918).

²¹² *International sanitary convention modifying the international sanitary convention of June 21, 1926*, Paris.

²¹³ F. Rho, *L'importanza della profilassi chininica nella lotta antimalarica in guerra - Comunicazione fatta alla Commissione sanitaire interalliée a Parigi (Marzo 1919), presieduta da Santoliquido*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 3-4 (1919).

²¹⁴ M. Mari, I. Ansaloni, *Antonio Boccolari (1855-1931), Paolo Parenti (1863-?), Francesco Testi (1858-1948): tre militari modenesi e le loro collezioni nei musei cittadini*, in «Atti della Società dei Naturalisti e Matematici di Modena», 145 (2014).

²¹⁵ Fanno eccezione, come si è visto, l'Istituto siero vaccinogeno di Asmara e la struttura analoga inaugurata a Merca in Somalia nel 1914. Diversa la configurazione della scienza medica coloniale nelle altre nazioni europee. L'esempio della Francia è eloquente: in seguito al successo del metodo di attenuazione del virus rabbico elaborato da Louis Pasteur nel 1885 si assiste ad una rapida diffusione, nei territori coloniali francesi, come in madrepatria e nelle altre nazioni europee, di centri di ricerca sulle malattie infettive volti a perfezionare e promuovere il metodo della vaccinazione. A. M. Moulin, *Patriarchal science. The network of the overseas Pasteur Institutes*, cit.

si manterrà in alcuni casi anche successivamente, come dimostrano le vicende della rivista «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», uno dei nuclei centrali per lo sviluppo degli studi sulle malattie tropicali, fondato a Tripoli nel 1920 da Raffaele Onorato, chirurgo capo dell'Ospedale civile della città, e nel 1926 annesso alla scuola di patologia coloniale di Bologna, e poi Modena, dove verrà edito mensilmente fino al 1945.

5.7 Peste, tifo: epidemie in colonia fra primo conflitto mondiale e dopoguerra

Nel maggio del 1913 sbarca a Derna il piroscafo *Bologna* addetto al trasporto di un battaglione di truppe indigene eritree colpite, durante la traversata, da un'infezione sospetta. L'imbarcazione proviene da Massaua dove, tra il 1° e il 18 maggio si erano avuti diversi casi di peste bubbonica (40 denunce) con 20 decessi²¹⁶.

Nel giro di un mese la malattia si diffonde a Derna colpendo sia «l'elemento europeo» - militari italiani delle truppe di occupazione - sia lavoratori indigeni addetti ai magazzini doganali del porto²¹⁷. I casi sono in tutto un centinaio, secondo Carlo Alberto Ragazzi, medico civile di stanza a Bengasi in quegli anni. Nei mesi successivi l'epidemia sembra arrestarsi, grazie ai provvedimenti «energetici», «adottat[i] senza alcuna resistenza ed ostacolo [...] perfino quell[o] dell'isolamento degli infetti in località appartata» dal tenente colonnello medico Lo Scalzo, direttore della sanità e dell'ospedale militare di Derna²¹⁸. Ma nuovi focolai

²¹⁶ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 647 Peste, Telegramma del 22.5.13, dalla Regia Capitaneria di Porto di Massaua al Governo della Colonia, Asmara. Per contenere la diffusione del contagio a Massaua ed impedire che l'infezione si allarghi ad altre parti della colonia, il Governo emanerà speciali direttive di profilassi pubblica, basata su un sistema combinato di quarantena e disinfezioni, e di profilassi "privata": «Il governatore [...] ritenuto che sono stati denunciati in Massaua casi di peste bubbonica; allo scopo di tutelare la salute pubblica; ordina 1. Tutte le persone provenienti da Massaua che debbano dirigersi in altro punto della Colonia per via di terra, dovranno essere sottoposte a visita ed a disinfezione in una stazione sanitaria oltre la diga lunga di Massaua e dovranno indicare la località dove sono dirette. Dovranno essere munite di foglio di via da presentarsi all'autorità del luogo di destinazione la quale sarà avvertita del loro arrivo. 2. Gli effetti d'uso personale saranno sottoposti a disinfezione nella stessa stazione e muniti di certificato di subita visita. 3. Le merci che oltrepasseranno la diga debbono sostare in luogo da designarsi in prossimità della stazione sanitaria. 4. Ogni partenza di sambuco sarà dal medico di porto ispezionata al pari di ogni arrivo e l'ispezione estesa alle merci. 5. I familiari degli ammalati ed ogni altra persona sospetta saranno isolati, quando trattasi di indigeni isolati in separata baracca. 6. Anche gli europei dovranno essere sottoposti ad isolamento, se ammalati, in locale speciale a ciò adibito. I sospetti potranno a giudizio del sanitario rimanere in osservazione a proprio domicilio, sotto vigilanza. 7. Saranno adottate particolari misure per evitare che le truppe provenienti dalla Libia abbiano contatto con Massaua e con persone del luogo». A questi provvedimenti seguono, nell'ordinanza, consigli igienici diretti agli italiani in colonia, prescrizioni su igiene personale (scrupolosa pulizia della persona), igiene dell'abitazione (soprattutto delle «abitazioni dei servi»), sulla salute degli animali domestici; consigli poi per la cattura dei topi (vivi o morti), per la raccolta e l'«abbruciamento delle immondizie»), e sullo stile di vita (moderato). Ivi, Foglio d'ordini n. 18 Asmara 5 maggio 1913, Ordinanza.

²¹⁷ C. A. Ragazzi, *Le vie della peste in Cirenaica. Studio sommario del periodo epidemico 1913-1922 e dei pretesi focolai endemici del Barka*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», VI, 12 (1928), pp. 709-733, p. 712.

²¹⁸ In una relazione del 1917, Lo Scalzo ricorda l'episodio di peste e la collaborazione degli indigeni nell'attuazione della profilassi sanitaria, costruendo un'immagine di assoluta docilità dei sudditi coloniali: «Le misure profilattiche e le norme igieniche non hanno avuto la loro attuazione solo nelle truppe, ma si sono estese alla popolazione indigena la quale le ha accettate si può dire senza ripulse. Si è ordinato di combattere l'annidamento dei topi, la pavimentazione in cemento di tutte o quasi le case ed essa è stata attuata in brevissimo

di infezioni si manifesteranno nel centro cittadino dopo l'estate, e l'applicazione delle misure di profilassi sarà questa volta resa più difficile dalla riduzione degli organici sanitari voluta dal Ministero delle Colonie²¹⁹.

Nonostante la sorveglianza applicata agli arrivi di truppe da Derna, a metà gennaio 1914 si notano anche a Bengasi due casi di affezione sospetta, che i mezzi della moderna batteriologia accertano come pestosa. La malattia si espande nel centro cittadino «fortunatamente» risparmiando - scrive Francesco Testi, incaricato in quegli anni della direzione di sanità militare della Cirenaica²²⁰ - le truppe bianche, e colpendo solo marginalmente «quelle di colore»²²¹. Le misure prese anche in questo caso sono «energetiche»: «la città, divisa in 20 zone con un medico e una squadra di disinfezione per ciascuna, fu sollecitamente visitata, sgomberata dei malati e sollecitamente bonificata: fu aperto un lazzaretto ed un locale di contumacia dove furono rispettivamente ricoverati gli infermi e numerose persone fermate in larghissime retate intorno alle case dei pestosi»²²². Queste operazioni sono eseguite - sottolinea Testi - grazie all'intervento «di un buon nucleo di medici civili chiamati appositamente dall'Italia» per migliorare lo stato sanitario della città, «scoprire gli ammalati a domicilio» e avviare il censimento della popolazione indigena²²³. Ma una delle

volgere di tempo. Si è giunti al segno che gli indigeni stessi venivano a denunciare i casi di peste, e ben volentieri vi ricoveravano al lazzaretto sia per le cure che per l'isolamento e la cura contumaciale». ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. II*, b. 133/2, f. 24, *Relazione sul funzionamento ambulatori civili in Tripoli*, p. 6.

²¹⁹ Nel novembre 1913 con l'arrivo del Generale Ameglio in colonia «furono date nuove disposizioni per diminuzioni nell'organico in vista di sicure vedute speciali del Ministero delle Colonie tendenti alla massima riduzione delle spese militari. Feci quanto potei - scrive Francesco Testi, direttore della sanità militare della Cirenaica - per aderire alla richiesta fattami ma appoggiato da S.E. che sempre dimostrò il massimo interesse per tutto ciò che si riferisce al servizio sanitario». USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 109 del 18/01/1915, *Promemoria circa l'azione della Direzione di Sanità in Cirenaica*, da Francesco Testi, direttore di Sanità, al Governo della Cirenaica, p. 3.

²²⁰ Francesco Testi (Modena, 1858-1948). Si laurea in medicina e chirurgia all'Università di Modena e partecipa alle spedizioni militari in Eritrea tra 1887 e 1888. Fra 1903 e 1912 insegna batteriologia ed epidemiologia presso la Scuola di Sanità militare di Firenze. È fin dai primi anni del suo percorso formativo interessato alle scienze naturali, come testimonia la sua adesione alla società Entomologica Italiana e, più avanti, negli anni trenta, il suo impegno per la costruzione di un museo di zoologia coloniale a Modena in collaborazione con Giuseppe Franchini. Tra 1913 e 1916 è inviato in Cirenaica come responsabile della Direzione della Sanità Militare appena costituita. Come sottolinea lo stesso Testi nella relazione sopra citata del 1915, fino al 30 giugno 1913 non era stata istituita infatti nella regione una direzione di sanità ma solo un ufficio igienico. Nei tre anni di permanenza in Cirenaica l'ufficiale medico prenderà provvedimenti per l'impianto di nuove strutture sanitarie e per il miglioramento di quelle esistenti nella regione, in «condizioni deplorable» al suo arrivo, con particolare attenzione per la costruzione di infermerie ad Apollonia e di Cirene. Oltre al contrasto dell'epidemia di peste la sua opera sarà rivolta principalmente al risanamento della città di Bengasi e al miglioramento dei servizi di ospedalizzazione nei presidi militari. Sarà a Derna durante nel settembre 1913 per contrastare il diffondersi della peste, a Tolmetta, ad Apollonia, Merg e Cirene nell'estate 1914 per organizzare il servizio profilattico contro l'epidemia. USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 109 del 18/01/1915, cit. Per un profilo biografico del medico militare e per la sua attività a favore del museo coloniale di Modena si veda: M. Mari, I. Ansalon, *Antonio Boccolari (1855-1931), Paolo Parenti (1863-?), Francesco Testi (1858-1948): tre militari modenesi e le loro collezioni nei musei cittadini*, in «Atti della Società dei naturalisti e matematici di Modena», CXLV, (2014), pp. 157-186.

²²¹ «Risultato - continua Testi - tanto più confortevole in quanto la profilassi si rendeva particolarmente difficile dato il continuo succedersi di operazioni militari». USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 109 del 18/01/1915, cit., p. 4.

²²² C. A. Ragazzi, *Le vie della peste in Cirenaica*, cit., p. 712.

²²³ USSME, L-8, b. 207, f. 8, foglio n. 109 del 18/01/1915, cit., p. 5.

preoccupazioni profilattiche maggiori è impedire che la malattia giunga nella penisola: a tal fine Testi organizzerà nei presidi militari di Apollonia, Tobruk e Tolmetta un servizio di sanità marittima modellato sull'assetto igienico civile del porto di Derna, trasformando i medici militari in medici di porto, addetti alla sorveglianza e alla disinfezione dei soldati in transito da località infette.

La fonte del contagio pestoso è intanto identificata nel «villaggio di Sudanesi fuori del muro di cinta di Bengasi»²²⁴, i cui abitanti sono sottoposti a profilassi (disinfezione, cambio di indumenti e vaccinazione); un «villaggio» formatosi in seguito ai progetti di ricollocazione della popolazione indigena «nomade» attuati dalle autorità italiane durante il conflitto italo-turco²²⁵. Nuovi casi di peste saranno poi individuati nei pressi di uno dei mercati cittadini, luogo di sosta delle carovane provenienti dall'interno, colpite anch'esse dal morbo. Il focolaio della malattia non si trova infatti all'interno del perimetro urbano: ispezioni sanitarie accerteranno che «una vasta rete di infezione avviluppava Bengasi via terra»²²⁶, e che le vie carovaniere verso El Abiad e Qaminis risultano infette.

L'epidemia viene domata nell'agosto del 1914, per ricomparire nuovamente nell'estate dell'anno successivo - «il solito stillicidio di casi»²²⁷ - e inabissarsi nel 1916, provocando però il continuo sgomento dei medici italiani, per l'anomalia che il quadro epidemico dei casi sviluppatosi in Cirenaica porta con sé. Nessuna moria di ratti, nessun collegamento tra focolai pestosi distanti tra loro: il modello epidemiologico del contagio ratto-pulce-uomo, elaborato dalla letteratura medica europea, non sembra utilizzabile come strumento descrittivo. La spiegazione va ricercata, secondo Ragazzi spostando il punto di osservazione dal topo all'uomo e prestando attenzione alla diffusione del morbo lungo le vie del commercio del bestiame. Opinione condivisa da Francesco Testi:

Fin dall'inizio i fatti osservati misero in grande imbarazzo la mia fede su quanto è scritto nei più accreditati libri di patologia coloniale. Abituati a considerare l'epidemia pestosa strettamente collegata all'epizoozia murina, [...] risultò del tutto sconvolgente il fatto che [...] topi morti durante l'epidemia non se ne trovavano o solo raramente, mentre sempre più prendeva piede il concetto del contagio interumano. Se dovessi dar prova di questo trasporto del contagio che avveniva sempre dal centro del paese alla periferia e da Est a Ovest non mi mancherebbero certo i fatti²²⁸.

²²⁴ Ivi, p. 713.

²²⁵ «Di un provvedimento assai notevole si è direttamente occupato l'Ufficio d'Igiene (d'igiene municipale) sanitario: la sorveglianza della popolazione abituata [sic] sotto le tende, che, prima dello sbarco stava sparsa in varie località del centro urbano. Attualmente, mediante una serie di provvedimenti attuati, la popolazione beduina e sudanese che viveva sotto la tenda è stata concentrata al di fuori del muro di cinta in due gruppi, uno ad oriente di Bengasi, nel Palmeto dei Sabri per i sudanesi, l'altri a su est del villaggio di Sidi Hussein per i beduini. Per avvalorare l'asserzione della utilità conseguitasi con il provvedimento suaccennato basterà porre mente che l'aggruppamento in località speciale di gente che, per sua natura e sue abitudini è assolutamente restia a qualsiasi principio di pulizia e di igiene, rende agevole su essa la vigilanza sanitaria che non potrebbe ugualmente fare quando fosse sparsa, come rende possibile al manifestarsi di qualche caso di malattia infettiva l'isolamento, non solo, ma le misure di profilassi più intensa». A. Salvadori, *La Cirenaica ed i suoi servizi civili*, cit., pp. 85-86.

²²⁶ *Ibidem*

²²⁷ Ivi, p. 714

²²⁸ F. Testi, *Cose viste e cose raccolte in Cirenaica dall'anno 1913 all'anno 1916*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 2 (1935).

L'affezione intanto si era sviluppata a Tripoli, con un decorso meno virulento: 82 casi accertati nel 1913, 12 nel 1915, 18 l'anno successivo; un centinaio circa quelli segnalati dall'Ufficio d'Igiene del municipio di Tripoli tra 1918 e 1920²²⁹. Nella città intanto però imperversava il morbillo: 148 i casi denunciati nel 1915 (di cui 52 indigeni e 96 europei), e 327 due anni più tardi, di cui 273 letali. A fine 1917 compaiono anche alcuni casi di tifo petecchiale che assumeranno carattere epidemico nei primi sei mesi del 1918: 394 casi denunciati di cui 74 tra gli europei e 330 tra gli indigeni. Ma, come nota Cortese:

Per quanto rigorosa e minuziosa fosse in quell'epoca la ricerca degli ammalati di tifo (ricerca eseguita da squadre speciali dirette da medici) è fuor dubbio che un numero rilevante riusciva a sottrarsi ad esse. Il panico, che il ricovero dei colpiti al lazzaretto aveva ingenerato nella popolazione indigena e specialmente in quella israelita, faceva sì che il malato, quando le forze lo permettevano, fuggisse dalla propria casa per ricoverarsi presso parenti abitanti quartieri lontani. Ciò favoriva naturalmente il diffondersi del morbo. Non era raro sorprendere i familiari mentre trasportavano clandestinamente i loro infermi da un punto all'altro passando attraverso i terrazzi di case finitime. Farò qui notare come in generale il piantonamento a scopo di profilassi non garantisce affatto l'isolamento dell'ammalato e dei sospetti che possono in qualunque momento sottrarsi al sequestro, grazie alla particolare costruzione degli abitati della città, che comunicano pressoché direttamente gli uni con gli altri²³⁰.

Tra il 1918 e il 1920, Tripoli risente anche dell'influenza spagnola, con una mortalità di 1082 persone nell'arco dei tre anni²³¹; negli stessi anni si registra inoltre un aumento del numero di decessi per tubercolosi, con il picco massimo di infetti tra 1917 e 1918 (rispettivamente 374 e 371 casi)²³².

In Cirenaica, nonostante il biennio di relativa tregua del 1915 e 1916, la situazione di grave carestia e l'apertura di un nuovo fronte ad est, tra senussiti e forze anglo egiziane, porranno le basi, secondo Ragazzi, - dell'insorgere di quella che le fonti mediche chiamano pandemia di peste del 1917-1918. La perdita del controllo, da parte italiana, del nodo carovaniero di Zawiyat Masus - cruciale per le comunicazioni commerciali con l'Egitto - e del territorio di Agedabia, darà luogo a comunicazione «incontrollate» ma «intensissime» con l'Egitto: «su quella vasta area si mossero gli armati senussiti che sotto il comando di Sidi Ahmed Scerif tentarono l'assalto dell'Egitto durante il 1916»²³³.

In quell'anno «l'Egitto occidentale era in preda ad una grave epidemia di peste e nell'inverno tra 1916 e 1917, per le sconfitte patite dagli inglesi e per la carestia crescente, un'ondata reflua di popolazioni, provenienti dalle regioni meridionali della Cirenaica e dall'Egitto cominciò a premere sui nostri presidi della costa»²³⁴. Attraverso il contatto con la frontiera egiziana, che la medicina occidentale ha individuato dall'inizio dell'ottocento come via principe del contagio pestoso²³⁵, il morbo si propaga in tutta la regione seguendo le linee di

²²⁹ G. Cortese, *La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 8 (1922), p. 175; A. Ilvento, *I casi di peste curati nell'ospedale per malattie contagiose in Tripoli*, Tipografia moderna, Roma 1914.

²³⁰ G. Cortese, *La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921*, cit., pp. 174-175.

²³¹ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniale*, cit., p. 191.

²³² Ivi, p. 173.

²³³ C. A. Ragazzi, *Le vie della peste in Cirenaica*, cit., p. 715.

²³⁴ *Ibidem*

²³⁵ Cfr. S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique*, cit.

spostamento carovaniero. Bengasi si trova ben presto accerchiata dall'infezione, per l'intensificarsi, a causa della guerra, degli spostamenti delle popolazioni dell'interno verso la costa; sono infetti Tocra e Sidi Khalifa al nord, El Abiar e Er-Regima ad est, Qamisis e Soluch a sud. Ne risultano 1003 morti nel 1917 e 446 nel 1918 nella città di Bengasi - una moria che si andrà progressivamente affievolendo negli anni successivi (54 decessi nel 1921 e 6 nel 1922) per non ripetersi più negli anni di occupazione italiana. Ma i dati peggiori riguardano il presidio di Tolmetta dove si contano 936 casi mortali, in due anni, tra gli indigeni - quasi metà della popolazione -, e solo 6 in quella europea²³⁶.

La virulenza dell'infezione conduce tutti gli autori, che pur riconoscono nello stato di guerra della regione e negli effetti del primo conflitto mondiale²³⁷ una matrice dell'epidemia, a riformulare il quadro epidemiologico offerto dalla letteratura in materia di trasmissione della peste, malattia scomparsa dall'Europa, almeno nella sua forma epidemica, a fine settecento. Grazie agli strumenti teorici della batteriologia pasteuriana, e al modello parassita-vettore, elaborato da Patrick Manson nel 1898, il bacillo della peste era stato individuato da Yersin e Kitasato, allievi di Pasteur e di Koch, di stanza ad Hong Kong durante l'epidemia scoppiata nel 1894. Quattro anni dopo, Paul Louis Simmond aveva collegato l'epizoozia murina alla diffusione della malattia nell'uomo, e la trasmissione della peste bubbonica tra uomo e uomo (senza il topo come ospite) era stata dichiarata impossibile.

Ma tali concezioni, che continueranno a permeare gli studi dei medici coloniali, tutti orientati verso la ricerca di «vettori», non sono sufficienti a spiegare la dimensione di “eccesso” in cui si manifesta la malattia nei possedimenti coloniali. La peste bubbonica sembra infatti propagarsi nei “tropici” in modi e mediante vettori sempre nuovi e sconosciuti²³⁸, ma soprattutto, come si è visto, attraverso “il contagio interumano”.

L'infezione di Bengasi – scrive Carlo Alberto Ragazzi – tanto nel 1914 che nel 1915, e successivamente nel 1921 e 1922, sembrano rispettivamente legate ai movimenti della popolazione imposti dalla semina che si fa in novembre-dicembre e dal raccolto dell'orzo che si fa in aprile-maggio. Tanto la semina quanto il raccolto provocano un vero esodo dalla città di proprietari e manovali, che risiedono attendati sul luogo della semina e del raccolto, venendo a contatto con le popolazioni beduine della regione²³⁹.

Questa dinamica, considerata assieme ai periodici scambi tra le popolazioni «beduine» e l'Egitto, focolaio di peste, portano l'autore a concludere che «*il vero serbatoio di virus pestoso è in Cirenaica il nomade, che propaga la peste per mezzo dei suoi ectoparassiti*»²⁴⁰.

²³⁶ C. A. Ragazzi, *Le vie della peste in Cirenaica*, cit., pp. 716-717.

²³⁷ «Per meglio intendere la gravità insolita dell'epidemia svoltasi in Cirenaica negli anni 1917-1918, è opportuno far noto che nel triennio precedente, a causa della persistente siccità, dominò nell'ambiente indigeno una terribile carestia, rincerudita dall'impossibilità, durante la guerra mondiale, di supplire a deficienze locali con l'importazione di derrate dai mercati esteri della metropoli». G. Grixoni, *Geografia medica e igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 189; «l'attuazione dei provvedimenti di profilassi dovette svolgersi a traverso particolari e gravi difficoltà, sopra tutto per quanto concerne i rifornimenti dei materiali sanitari: difficoltà collegate con le cautele imposte dalla guerra dei sottomarini». USSME, L-3, b. 149, Ministero dell'Interno. Direzione Generale della Sanità pubblica, *La tutela dell'igiene e della sanità pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-1920)*, cit., p. 33.

²³⁸ A. Ilvento, *I casi di peste*, cit.

²³⁹ C. A. Ragazzi, *Le vie della peste in Cirenaica*, cit., pp. 709-733.

²⁴⁰ Il corsivo è nel testo, ivi, p. 729.

Per le sue considerazioni, Ragazzi è in realtà debitore, come spesso accade alla medicina coloniale italiana, delle riflessioni della letteratura internazionale, specialmente francese: durante l'epidemia di peste che imperversa in Marocco nel 1911 - definito "l'anno della peste" -, Paul Remlinger, direttore dell'Istituto Pasteur di Tangeri, aveva elaborato una spiegazione dell'origine di tale infezione in cui giocavano un ruolo cruciale gli spostamenti delle popolazioni marocchine: «Au Maroc, il existe, croyons-nous, peu de facteur épidémiologiques aussi importants que les mouvements des tribus nomades»²⁴¹. L'igienista - conclude il medico francese - deve controllare queste popolazioni "come controlla i pozzi d'acqua", aggiornando dunque i compiti fondativi della sua professione alle "particolarità" del mondo coloniale.

Il primo focolaio di quella che, nel 1911, scoppierà come epidemia, veniva infatti individuato da Remlinger, che si appoggia ad alcuni studi di medici militari, in una carovana infetta proveniente dalla regione di Tafilalet, a sua volta colpita dall'affezione per contatti intrattenuti con la Cirenaica. La regione è infatti considerata luogo di "conservazione" endemica della malattia, anche perché i suoi abitanti giungono alla Mecca, durante il pellegrinaggio, per via terrestre e non marittima, rimanendo dunque "invisibili" al controllo sanitario effettuato sui piroscafi²⁴².

Per una disciplina basata principalmente sulla regolazione e il controllo del movimento - come è ancora l'epidemiologia di inizio novecento - il nomadismo, e più in generale le mobilità dei sudditi coloniali (economiche o religiose), costituiscono una costante preoccupazione, una minaccia che il mondo coloniale pone alla scienza medica.

Nel 1928 Belli, ufficiale medico della marina, scriverà nel volume curato dall'igienista Oddo Casagrandi: «Le popolazioni nomadi o seminomadi rappresentano un pericolo di propagazione dei morbi infettivi a distanza, non soltanto per le infezioni direttamente contagiose, ma pure per la malaria, giacché vanno ad infettare le anofeli di luoghi indenni». I movimenti di popolazione, incluso nomadismo e pellegrinaggio religioso, sono enumerati da Belli tra le prime cause di «predisposizione sociale», collettiva dunque e non individuale, alla malattia²⁴³. Spostandosi da una regione e l'altra della colonia, il nomade si trasforma facilmente nella letteratura medica coloniale in un «pestoso ambulante», svolgendo la stessa minacciosa funzione che la medicina batteriologica assegna al "portatore sano":

I pestosi ambulatori e più ancora i portatori sani di bacilli di Yersin sfuggono alla sorveglianza medica anche prolungata. Ma la loro azione non deve tuttavia essere trascurata per il prolungarsi dell'epidemia. In conclusione è necessario ritenere che per l'infezione pestosa accanto al recettore topo ormai ben riconosciuto e non messo più in dubbio d'alcuno, esiste il recettore uomo²⁴⁴.

²⁴¹ P. Remlinger, *Les populations nomades du Maroc du point de vue de la propagation des maladies infectieuses*, in «Paris Médical. La semaine du clinicien», 15 (1914), pp. 234-235. L'articolo qui citato è una riedizione del contributo omonimo pubblicato da Remlinger nel 1912, sul «Bulletin de la Société de Médecine Française».

²⁴² F. J. Martínez-Antonio, "L'année de la peste": *santé publique et impérialisme français au Maroc autour de la crise d'Agadir*, in «Mélanges de la Casa de Velázquez», 1 (2014).

²⁴³ C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit., pp. 55-57. Le altre cause di predisposizione sociale alla malattia individuate da Belli per i territori coloniali sono: «b) i costumi degli indigeni; c) l'addensamento e la sporcizia di questi; d) i mestieri esercitati».

²⁴⁴ G. Grixoni, *Geografia medica*, cit., pp. 11-13.

Nonostante le dichiarazioni di tono universalistico con cui si aprono i manuali di igiene tropicale - «le misure generali e speciali contro le malattie [infettive] sono identiche qualunque sia il luogo dove le si debba combattere»²⁴⁵, la medicina tropicale vive di una costante contraddizione tra orientamento universalistico, ereditato dalla vocazione della scienza occidentale, e particolarismo, ovvero ancoramento geografico ad un territorio “speciale”. Come ha sottolineato la storica Anne Marie Moulin, «quando si ammette la legittimità epistemologica dell’esistenza della medicina tropicale, perché non parcellizzare la medicina occidentale anche in temperata o polare?»²⁴⁶.

La lettura di Ragazzi - e degli autori che relazionano sulla “pestilenza” della Cirenaica - è sintomo di tale contraddizione: mentre si cercano i fattori responsabili della malattia - secondo il modello tutto volto all’identificazione della causa unica del sorgere dei morbi, tipico della moderna scienza batteriologica - è una scienza particolare, o meglio una “scientizzazione” delle particolarità “irrimediabili” della colonia ad offrire la soluzione ultima. Soluzione poi a problemi che solo flebilmente si riconoscono come parte integrante dei processi innescati dalla stessa espansione coloniale.

Sul finire del secondo decennio del novecento, anche in Eritrea, epidemie e mobilità della popolazioni indigena, provocata da una forte situazione di carestia, sono fenomeni che si presentano congiunti. Dopo i casi di peste che avevano interessato Massaua nel 1913, l’Eritrea non sembra essere colpita, negli anni del primo conflitto mondiale, da altri significativi episodi epidemici. Le relazioni che provengono dalle Residenze e dai Commissariati regionali, come i rapporti del Comando delle truppe coloniali dell’Eritrea -, con statistiche rigidamente divise tra militari bianchi e indigeni -, segnalano condizioni sanitarie “buone”, “abbastanza buone” sia per la popolazione che per le forze combattenti.

Oltre alle malattie che predominano nell’area, da inizio secolo - sifilide, assai diffusa ma di decorso benigno “nei tropici”, malaria - «unica piaga della regione»²⁴⁷ - numerosi casi di ulcere tropicali e affezioni bronchiali, «soprattutto a nord dove più forte è la denutrizione»²⁴⁸ - si hanno solo sporadici casi di vaiolo²⁴⁹ e varicella²⁵⁰. Nel 1917 il medico militare proposto all’infermeria di Saganeiti nota che, nell’area del commissariato di Acchelè Guzai «notevole è la scarsità di malattie veneree e sifilitiche; la maggior parte degli ascari trovati affetti da queste malattie in visita generale asserirono di essersi contagiati in Asmara o durante la campagna libica»²⁵¹.

Le difficoltà arrivano però nel dopoguerra, in corrispondenza della crisi economica che tocca la regione. Con una lettera del 16 gennaio 1920 il Comando delle truppe della Tripolitania riferisce che «agli ascari dei battaglioni eritrei [...] dislocati [in Libia] pervengono dalle loro famiglie notizie allarmanti circa la situazione sanitaria in colonia. Tali notizie e i lutti da cui

²⁴⁵ Ivi, p. 83.

²⁴⁶ A. M. Moulin, *De la médecine tropicale à la santé au pluriel*, cit.

²⁴⁷ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, f. 2 Sanità 1886-1936, Condizioni sanitarie delle varie regioni della Colonia, Circolare n. 14529 del 27 ottobre 1917, *Infermeria presidiaria di Saganeiti*.

²⁴⁸ Ivi, *Relazione sanitaria dell’Ospedale Coloniale Regina Elena 1917*.

²⁴⁹ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 766, f. Epidemie (1916).

²⁵⁰ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 1034, f. 2 Sanità 1886-1936, Condizioni sanitarie delle varie regioni della Colonia, Circolare n. 14529 del 27 ottobre 1917, *Infermeria presidiaria di Adi Caieh*.

²⁵¹ Ivi, *Infermeria presidiaria di Saganeiti*.

alcuni sono personalmente colpiti non contribuiscono al morale dei reparti e conseguentemente a facilitare il riassoldamento» dei soldati che hanno ultimato la ferma. Prega il Comando delle truppe dell'Eritrea a cui è diretto il foglio, di dare disposizioni affinché sia possibile evitare il diffondersi di tali notizie e far arrivare alle truppe ascare stanziate in Tripolitania «qualche comunicazione tranquillizzante»²⁵². Il 23 marzo del 1920, il Comando di Eritrea trasmette la richiesta al governo della colonia, ad Asmara, dichiarandosi incapace di assolvere il compito:

Quanto alle comunicazioni tranquillizzanti richieste, questo comando non potrebbe certo fornirle, perché purtroppo, come è noto, la mortalità fra gli ascari è stata nello scorso anno e nei primi mesi di questo assai rilevante, pertanto tenendo conto della robustezza, dell'età e del migliore nutrimento degli ascari, è da ritenere che la mortalità fra gli indigeni in colonia sia stata e sia assai alta.

Queste le cifre della mortalità, per malattia, fra gli eritrei del corpo di truppe coloniali: 65 decessi nel 1917, su una forza media giornaliera di 8.700 unità, 66 nel 1918 su un totale di 7.500 soldati, e 190 su 6.100 nell'anno successivo, ovvero il 3,1% degli ascari arruolati²⁵³.

L'alta mortalità per malattia non si arresta l'anno seguente. Tra gennaio e febbraio si registrano un'elevata morbilità per influenza nel Commissariato regionale dell'Hamasién (45 episodi fra le popolazioni locali ad Asmara) e parecchi casi di tifo «fra gli indigeni, specialmente fra i militari» (23 decessi)²⁵⁴.

Sollecitato dalla Direzione degli affari civili della colonia a descrivere i morbi infettivi manifestatisi nel proprio territorio, il commissario di Cheren dichiara che «la malattia purtroppo predominante [nella] regione è la fame [...]. Lo stato anormale della salute pubblica d'oggi giorno va imputato a questo disgraziatissimo stato di cose e non cesserà se non quando sparirà l'agente principale = la fame»²⁵⁵. La situazione di forte carestia manifestatasi a Cheren aveva provocato, dalla fine del 1919, una mobilità forzata verso l'altipiano di indigeni, in cerca di «lavoro nei tagli del foraggio e nella mietitura sull'altopiano»²⁵⁶. Ad Asmara si ammassano «poveri», «numerossimi, provenienti dai vari commissariati regionali»: alcuni vengono rimpatriati, «ma il loro numero aumenta continuamente mano a mano che aumenta il disagio economico»²⁵⁷. La preoccupazione per tale concentrazione di popolazione malnutrita e «portatrice di morbi» è manifesta: «in un centro come Asmara, già denso di popolazione europea ed indigena ed in condizioni da rendere difficile o poco proficuo ogni provvedimento profilattico, [tale afflusso] costituisce grave pericolo di manifestazione e di diffusione di malattie infettive. Tanto è vero che si lamentano già moltissimi casi di tifo esantematico,

²⁵² ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 885, f. Esagerate notizie sulle condizioni sanitarie dell'Eritrea inviate agli ascari eritrei distaccati in Tripolitania, lettera del 16 gennaio 1920 dal Comando delle truppe della Tripolitania al Comando delle truppe dell'Eritrea.

²⁵³ Ivi, lettera del 23 marzo 1920 n. 1789, dal Regio Corpo di Truppe Coloniali dell'Eritrea al Governo della Colonia.

²⁵⁴ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 885, lettera del 28 gennaio 1920 del sanitario di Asmara al commissariato regionale dell'Hamasién.

²⁵⁵ Ivi, lettera del 4 febbraio 1920 n. 320 dal commissariato di Cheren alla Direzione Affari Civili del Governo della Colonia. «La fame» è in rosso nel testo.

²⁵⁶ Ivi, lettera n. 1387 del 2 aprile 1920 dal Commissariato di Cheren alla Direzione Affari Civili della Colonia.

²⁵⁷ *Ibidem*

chiamato appunto “tifo della fame”»²⁵⁸. L’epidemia scoppierà nel maggio, in tutta la regione dell’Hamasién, prolungandosi sino alla fine dell’anno. 71 casi mortali (di cui solo 2 europei) nel mese di maggio stesso, 48 casi nella prima quindicina di giugno, 32 a settembre e 29 ad ottobre. Non è possibile determinare esattamente il numero totale dei decessi, ma le fonti mediche descrivono l’epidemia come “violentissima” nella città di Asmara, ed estesa anche alla popolazione europea²⁵⁹ (anche se bilanci successivi rassicureranno gli italiani in patria che i più colpiti dall’infezione sono stati, come sempre, i colonizzati)²⁶⁰.

Della situazione sanitaria della Somalia, tra 1914 e primo dopoguerra, le fonti d’archivio e le poco numerose trattazioni mediche - principalmente redatte da personale sanitario militare - danno scarse informazioni. Tuttavia testimoniano come la peste imperversi a Mogadiscio nel 1913 colpendo 172 persone con una mortalità del 66,95 per cento. L’epidemia inizia nei mesi estivi suscitando la preoccupazione delle autorità politiche: «Evitare - scrive nell’agosto il governatore De Martino - impressione in famiglie funzionari e cittadini italiani residenti Mogadiscio prego tener per quanto possibile riservata notizia di peste»²⁶¹. I casi diminuiranno a inizio settembre 1913²⁶², per ricomparire sempre più numerosi nell’autunno 1913, senza più manifestazioni nell’anno successivo.

Una nuova ondata si registrerà tra 1918 e 1919 ma con un decorso meno virulento: 132 casi disseminati oltreché a Mogadiscio, nel medio e alto Uebi Scebeli:

Verso la fine del 1919, il governo della Colonia segnalava la formazione di un sensibile focolaio epidemico di peste nella regione di Balio con propagazione a Balad, Mogadiscio, Alifa: epidemia di evidente importazione dall’Africa Orientale Inglese, nella quale era in atto, e lo sono tuttora sensibili centri di infezione²⁶³.

Nuovi episodi si manifestano nel 1920 e 1921: 550 circa sono quelli individuati dal personale italiano. Nel 1922 un focolaio di peste si registra a Merere, località non distante da Afgoi, rendendo necessaria la costituzione di un cordone sanitario²⁶⁴. Intanto il numero degli ascari ricoverati nelle strutture sanitarie va aumentando - notano le relazioni militari - non in questo caso per la diffusione della peste, da cui rimangono indenni, ma per il pessimo stato fisico delle truppe, indebolite da malaria e sifilide, e dalle fatiche della vita militare:

La percentuale degli ammalati ascari verificatasi nel 1922 è veramente notevole [...]. La grande percentuale verificatasi è dovuta, oltre alle speciali condizioni di vita degli ascari in zone malariche, soprattutto ai vecchi elementi che si trovano ancora nel R. Corpo, i quali con le loro malattie croniche e costituzionali - malaria,

²⁵⁸ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 885, lettera del 2 aprile 1920 dal Commissariato speciale della città di Asmara al Governo dell’Eritrea.

²⁵⁹ G. Grixoni, *Geografia medica e igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 115.

²⁶⁰ USSME, L-3, b. 149, Ministero dell’Interno. Direzione Generale della Sanità pubblica, *La tutela dell’igiene e della sanità pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-1920). Relazione del Direttore Generale dott. Alberto Lutrario al Consiglio di Sanità. Parte I. L’opera di profilassi e l’opera di ricostruzione*, Giovanni Artero, Roma 1921, p. 33.

²⁶¹ USSME, D-3, b. 16, f. 18 Casi di peste a Mogadiscio - Carteggio originale del Ministero della Guerra e del Ministero delle Colonie 1913, Telegramma n. 302, Roma 23 Agosto 1913 da Min. Guerra a Min. Colonie

²⁶² Ivi, telegramma del 6 settembre 1913 da Min. Colonie a Min. Guerra.

²⁶³ USSME, L-3, b. 149, Ministero dell’Interno. Direzione Generale della Sanità pubblica, *La tutela dell’igiene e della sanità pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-1920)*. cit., p. 34.

²⁶⁴ USSME, D-3, b. 22, Relazione annuale Regio Corpo delle Truppe Coloniali Somalia 1922, p. 40.

sifilide - sono ridotti a tale stato da non aver più resistenza sufficiente da far fronte alle esigenze dei vari servizi ed il loro fisico acquista quasi una certa predisposizione alle varie molteplici morbosità a cui si va incontro specialmente nei presidi dell'interno. Diventando elementi da potersi considerare come ammalati cronici e senza alcun rendimento²⁶⁵.

Una tendenza che si andrà acuendo negli anni successivi:

Gli ascari visitati presso gli ambulatori e le infermerie furono 9793. L'aumento del numero degli ammalati, in confronto dell'anno precedente è dovuto a varie cause. Prima di tutto un'epidemia di dengue, che ha colpito la quasi totalità della popolazione in forma più o meno violenta durante i mesi di marzo, aprile, maggio. A Mogadiscio si ebbe inoltre a verificare un'epidemia di febbre ricorrente, limitata a una quarantina di casi fra gli Ascari Cannonieri del Forte Cecchi²⁶⁶.

Oltre alla dengue e alla febbre ricorrente si registrano nel 1924, tra gli ascari, numerosi casi di vaioloide e di «febbre d'acclimatazione», quest'ultima in special modo in individui provenienti dall'interno della colonia, abituati - si legge - «a lavori di poca fatica» e a una vita assolutamente libera²⁶⁷.

Proprio tra 1923-24 si assiste ad un nuovo scoppio epidemico di peste, che dilaga sulla costa e nei paesi del medio Uebi Scebeli («da Mahaddei ad Afgoi [...] fino a Barira ed Andegle»)²⁶⁸, colpendo circa mille persone di cui 300 mortalmente²⁶⁹. La regione è interessata in maniera endemica dal morbo, che penetra in Somalia per le vie dell'Arabia e da Zanzibar, facilitata dal movimento di pellegrini di ritorno dalla Mecca.

Mogadiscio si troverà così circondata da «cingolo di infezione» che rende difficile i rifornimenti e complica la lotta contro il male: «chiudere Mogadiscio a quelle provenienze [lungo l'Uebi Scebeli] - nota Ernesto Ruberti-Fiera, direttore dell'ambulatorio medico civile e del lazzaretto della città - signific[a] affamarla in pochi giorni»²⁷⁰. Per la difesa del centro, posti di vigilanza e di disinfezione sono impiantati ai confini della città: una misura che rivela però tutta la sua inefficienza di fronte alle dinamiche della società coloniale:

Lo stabilire posti di vigilanza sanitaria ad un chilometro o due di distanza dalla città sulle strade più frequentate con posti contumaciali, come si è praticato per il passato ed anche durante l'anno di misura ridotta, è in pratica di scarsa efficacia, perché la vigilanza dei posti sanitari è dagli indigeni molto facilmente *elusa*. L'indigeno che vuol passare inosservato attende la notte, schiva i posti di guardia e passa. Chi ha consuetudine di questo genere di lotta in Somalia sa quanto ciò sia vero. Negli anni scorsi durante le epidemie negli Scidle e nei Illibi si teneva un posto sanitario a Gudao [...] ma in pratica non ebbe alcun vantaggio, essendovi colà ancora maggiore facilità per gli indigeni di passare al largo²⁷¹.

L'infezione penetra così a Mogadiscio sviluppandosi, dal settembre 1923, nel «quartiere eccentrico di Nairobi a Bendor Gedid, nella prossimità del campo ascari ammogliati dei

²⁶⁵ Un problema connesso, si ammette, all'assenza di una rigorosa visita medica al momento dell'arruolamento. Ivi, p. 41.

²⁶⁶ USSME, D-3, b. 22, Relazione annuale Regio Corpo delle Truppe Coloniali Somalia 1924, p. 41.

²⁶⁷ Ivi, p. 42.

²⁶⁸ E. Ruberti Fiera, *I casi di peste a Mogadiscio nel 1924*, in «Annali d'igiene sperimentale» (1926), p. 94.

²⁶⁹ G. Grixoni, *Geografia medica e igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 137.

²⁷⁰ E. Ruberti Fiera, *I casi di peste a Mogadiscio nel 1924*, cit., 95.

²⁷¹ Ivi, p. 96.

cannonieri. È questo un quartiere costituito di luride abitazioni in ramaglia, dove vivono gli indigeni e [un] buon numero di arabi stipati in strette e buie capanne»²⁷². Le truppe coloniali non ne saranno infettate, ad eccezione di due casi isolati, in virtù della profilassi vaccinica antipestosa, applicata anche alla popolazione civile, per un totale - segnala Ruberti Fiera - di 6.827 inoculazioni.

L'attenzione della medicina coloniale cade anche qui sui meccanismi che più sfuggono al controllo della prassi medica occidentale ma anche al "linguaggio" - fatto di casi individuati, denunciati, verificati sperimentalmente, isolati e sottoposti a contumacia - che la scienza europea ha elaborato per promuovere la sua battaglia contro le malattie: «l'altra infezione che miete numerose vittime con attacchi sporadici ed epidemici è [in Somalia] la febbre ricorrente. Di essa esistono in paese numerosi focolai e la popolazione nomade inconsciamente la diffonde ovunque»²⁷³.

Il susseguirsi di epidemie tra guerra e dopoguerra, in forme violente mai sperimentate in anni successivi, testimonia come i territori d'oltremare italiani si trovino all'interno di uno spazio "imperiale" integrato, che supera i confini di ciascuna colonia; uno spazio su cui il conflitto mondiale agisce, direttamente o indirettamente, come catalizzatore di episodi morbosi. Non si può che concludere, con Alberto Lutrario, autore nel 1921 di un rapporto sull'impatto sanitario della conflagrazione mondiale, destinato al Consiglio superiore di sanità, come «la guerra [abbia] avuto nelle nostre Colonie una forte e grave ripercussione», modificando la «geografia nosologica», oltrech  «politica» dell'Europa e dei suoi possedimenti d'oltremare²⁷⁴.

5.8 Medicina coloniale: scienza "razionalizzata" o scienza militare?

Dotato di un'organizzazione logistica senza precedenti - che si articola in posti di primo soccorso, posti di medicazione in prima linea, unit  mobili e grandi ospedali all'interno -, fornito di strutture specialistiche, di mezzi moderni (di trasporto e di cura) e di un numero di uomini quantitativamente crescente, il servizio medico «come mai nel passato», durante il primo conflitto mondiale «dovette tendere, realizzando un'opportuna organizzazione, a *prevenire*, a *curare*, a *sgomberare* e a *recuperare*»²⁷⁵. Operazioni sempre pi  meccanizzate e integrate, sottolinea il maggiore generale medico Ferruccio Ferrajoli nella sua retrospettiva sugli aspetti logistici del servizio medico della Grande Guerra. Le dinamiche industriali e tecnologizzate del conflitto, i problemi "numerici" dello smistamento e dello sgombero dei

²⁷² *Ibidem*

²⁷³ Ivi, p. 138.

²⁷⁴ USSME, L-3, b. 149, Ministero dell'Interno. Direzione Generale della Sanit  pubblica, *La tutela dell'igiene e della sanit  pubblica durante la guerra e dopo la vittoria (1915-1920)*, cit., p. 11.

²⁷⁵ F. Ferrajoli, *Il servizio sanitario militare in guerra 1914-1918*, in «Giornale di medicina militare», 6 (1968), p. 503. Il corsivo   nel testo.

feriti, l'intervento statale a sostegno della mobilitazione bellica²⁷⁶ incidono radicalmente sul volto dell'assistenza sanitaria di guerra.

Per fare un esempio del salto "quantitativo" compiuto dal servizio di cura durante la prima guerra mondiale, sono 58 i treni ospedale e 11 le navi ospedale, due delle quali già sperimentate durante la guerra italo-turca - *Re d'Italia* e *Regina d'Italia*²⁷⁷ - a essere predisposti dall'Italia per il trasporto degli ammalati e dei feriti. In tutto, i piroscafi ospedalizzeranno, nel corso del conflitto, circa 140 mila ammalati, feriti e profughi²⁷⁸.

Anche sul piano della profilassi delle malattie infettive si registrano alcune novità. Dal febbraio 1915, come si è accennato in precedenza, viene estesa a tutti i militari (ad eccezione di chi aveva oltrepassato i 45 anni di età) la vaccinazione antitifida²⁷⁹ - inaugurata come si è visto dalla marina, nell'aprile 1912, per i militari della base navale di Tobruk minacciati dal tifo importato dalle truppe militari provenienti da Derna²⁸⁰. Con la guerra si introdurrà anche un nuovo principio nella lotta contro le malattie veneree: l'estensione agli uomini - «parte che fino ad allora se ne era sottratta»²⁸¹ - delle misure profilattiche (schedatura, visite mediche, cure forzate), annesse ad una campagna igienica che prevede distribuzione di medicinali antiluetici e conferenze igieniche; provvedimenti di cui si sentirà l'eco anche in colonia²⁸².

In Libia, con la conflagrazione mondiale, che si sovrappone alla situazione di conflitto della colonia, compare un nuovo "vocabolario" improntato alla razionalizzazione ed economizzazione dei servizi.

In ottemperanza alla circolare n. 129 di Protocollo del Governo della Tripolitania - Stato Maggiore -Intendenza in data 12 gennaio 1917, mi onoro far sapere quanto appreso. Fu dovere e mia precipua cura, sin dal primo istante in cui sussunsi la direzione della sanità militare e dell'Ospedale di Tripoli di attuare tutte le economie e di studiare tutte le previdenze possibili, allo scopo di alleviare la madre patria il grave pondo dei rifornimenti, degli

²⁷⁶ G. Procacci, *Le politiche di intervento sociale in Italia tra fine ottocento e Prima guerra mondiale. Alcune osservazioni comparative*, in «Economia & Lavoro», 1 (2008); Id., *Assistenzialismo e politiche di controllo sociale nell'Italia liberale e fascista*, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, Modena 2001; L. Paggi, *Il popolo dei morti*, Il Mulino, Bologna 2009; M. Mazower, *Dark continent. Europe's twentieth century*, Penguin Books, London 1999.

²⁷⁷ Nel conflitto italo-turco saranno 25 mila i soldati trasportati e sottoposti a cura. G. Rezzi, *Breve storia del corpo sanitario M.M. nel I centenario dalla sua istituzione*, in *Il corpo sanitario militare marittimo, centocinquantesimo della sua istituzione*, in «Rivista marittima», 1 (2011), pp. 9-10.

²⁷⁸ *Ibidem*

²⁷⁹ L. Faccini, *Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali*, cit., Einaudi, Torino 1984, p. 726.

²⁸⁰ F. Tiberio, *Patologia libica e vaccinazione antitifida alla base navale di Tobruk*, in «Annali di medicina navale e coloniale», I, 3-4 (1914); Direzione degli Annali di medicina navale e coloniale, *Che cosa ha fatto la regia marina per l'obbligatorietà della vaccinazione antitifida nei militari*, cit.; L. Ferrero di Cavallerleone, *La difesa contro il tifo nell'esercito e in Libia*, Nuova antologia di lettere, scienze ed arti, 1913. La vaccinazione verrà consigliata anche per le truppe dell'esercito: USSME, L-7, b. 207, f. 8, sf. 23, Circolare 15909 - Vaccinazione antitifida, Roma 20 agosto, da Ministero della Guerra al Comando del Corpo di Occupazione della Cirenaica e al Comando del Corpo di Occupazione della Tripolitania e al Comando della 6a divisione speciale.

²⁸¹ G. Gattei, *La sifilide*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali*, cit.

²⁸² ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 744, f. Malattie Celtiche, *Circolare n. 1091 del 16 dicembre 1916*, dal Comando del R. Corpo truppe coloniali dell'Eritrea ai comandi di presidio, direzione sanità militare, infermerie. Oggetto: Profilassi delle malattie celtiche fra i militari italiani. Con la circolare si recepiscono le disposizioni prescritte nella precedente circolare della Divisione di Stato Maggiore dell'Esercito del 15 marzo 1916, n. 3261.

approvvigionamenti e delle spese occorrenti all'andamento dei servizi sanitari, contemporaneamente adattandone le esigenze con le non facili condizioni della Nazione²⁸³.

La relazione inviata al governo della Colonia dal tenente colonnello medico Lo Scalzo - da qualche anno alla direzione dell'Ospedale militare di Tripoli -, si costruisce attorno ad alcuni stilemi frequenti nella scrittura medica degli anni del primo conflitto mondiale: il sacrificio per la patria in difficoltà, l'igiene garante della sanità del popolo in guerra e fattore "economico" per l'efficientamento della forza combattente. Il medico si fa promotore di una razionalizzazione - che nel testo è chiamata "economia" - dei servizi sanitari, sia militari che civili, proponendo nuove soluzioni per l'organizzazione di quest'ultimi e descrivendo i provvedimenti presi: revisione dei bilanci ospedalieri e delle spese sanitarie dei corpi dell'esercito attraverso una modifica delle modalità di approvvigionamento e conservazione dei medicinali, razionalizzazione dei servizi di forniture d'acqua per le truppe, ecc.

Gli effetti di tale prassi "razionalizzata" si percepiranno con chiarezza, come si è sottolineato, nei caratteri dell'organizzazione sanitaria voluta da Castellani per la campagna d'Etiopia. Nonostante il continuo ricorso alla comparazione tra i successi "sanitari" della guerra del 1935-36 e l'alta mortalità delle spedizioni coloniali ottocentesche - confronto a cui Castellani ricorre con frequenza nei suoi scritti, sia ufficiali e memorialistici, costruendo un vero e proprio stilema della propaganda bellica - il medico tropicalista è figlio dell'esperienza della Grande Guerra²⁸⁴.

Seguendo la storia dei rapporti fra guerra e medicina finora tracciata sembrerebbe dunque di poter giungere ad una conclusione naturale: l'impatto del primo conflitto mondiale - evento periodizzante del moderno - è stato profondo nella scienza medica novecentesca, ne ha trasformato i caratteri, introducendo dei principi di razionalizzazione e standardizzazione fino a quel momento sconosciuti, e innescando nuovi processi (tecnologizzazione, specializzazione, estensione della profilassi, ecc.) nelle pratiche sanitarie. Ma seguendo un'indicazione degli storici Mark Harrison e Roger Cooter, è necessario chiedersi se quest'impostazione interpretativa - volta a misurare gli effetti positivi e negativi che la dimensione bellica ha sulla medicina - sia davvero corretta per poter "concettualizzare" il rapporto tra disciplina medica ed esigenze belliche. E questo non solo perché la guerra finisce, secondo i due autori, per torcere la disciplina alle proprie esigenze, specializzando alcuni settori e mezzi - attraverso la creazione di "aree di privilegio". Ma anche perché il nesso che lega medicina e guerra necessita di essere collocato in una prospettiva di più lungo periodo.

Alla base della lettura che considera la scienza medica un "beneficiario" della mobilitazione bellica vi è, secondo i due studiosi, una concezione "extrastorica" della guerra e una visione semplicistica della medicina - recipiente di sapere pronto ad accogliere stimoli provenienti dalle esigenze della conflittualità. Solo inserendo la guerra all'interno di una dimensione

²⁸³ ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. II*, b. 133/2, f. f. 24, Relazione Lo Scalzo sul servizio sanitario (1916 - 1917), *Studi di economia di mezzi di consumo e di spese per l'ospedale militare di Tripoli - 2 marzo 1917*.

²⁸⁴ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra di Etiopia (3 ottobre 1935 - 9 maggio 1936)*. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936-XIV, in «Il Policlinico. Sezione pratica», (1936), p. 5.

strutturale di lungo periodo - che Cooter e Harrison individuano nel processo di razionalizzazione e standardizzazione della modernità otto-novecentesca - e connettendo insieme i processi sociali, invece di affidarsi alla “potenza estemporanea” di eventi extrasociali, è possibile per i due studiosi cogliere la complessità del nesso medicina-guerra e articolare pienamente la reciproca interazione tra i due fattori²⁸⁵.

In linea con le osservazioni degli storici inglesi, ci si potrebbe dunque chiedere, se non sia più interessante rovesciare, o meglio trasformare, l’interrogativo da cui si è partiti all’inizio di questo capitolo: l’impatto della prima guerra mondiale sulla medicina coloniale. Valutare dunque non soltanto l’effetto della conflagrazione mondiale, e più in generale del contesto di mobilitazione bellica sugli sviluppi della medicina coloniale, ma prendere in esame quanto l’istituzione militare, con i suoi processi di trasformazione, i suoi modelli organizzativi, e le sue specifiche strumentazioni concettuali abbia inciso nello strutturarsi di questo ambito della conoscenza scientifica.

Seguendo una tale impostazione, infatti, è stata analizzata nel precedente capitolo l’origine stessa della medicina tropicale italiana: una disciplina che nasce e si sviluppa come specialità dei corpi della Marina, rimanendo, a lungo, un ambito di applicazione della medicina militare, anche sul piano “operativo” della sanità coloniale.

5.9 “Tropici” in Italia, “tropici” in colonia: gli studi di Umberto Gabbi

«Per prospettare nella sua vera luce e attribuire il giusto valore all’opera di scienza e civiltà data dai medici militari nelle nostre colonie, dovrei qui esporre, quasi per intero, quanto ci è noto sulla nosografia ed epidemiologia dei nostri possedimenti»²⁸⁶. Così, nel 1928, il colonnello medico Giovanni Grixoni apriva la sua relazione al primo congresso della società fondata da Aldo Castellani, mettendo in luce quanto ancora, sul finire degli anni venti, fosse importante il ruolo del corpo sanitario della marina e dell’esercito per lo sviluppo della medicina tropicale in Italia. Il procedere delle conoscenze scientifiche seguiva di pari passo - come egli annuncia - l’avanzare delle conquiste militari:

Quando la sede del governatorato ed il centro degli affari si trasferirono da Massaua ad Asmara, ne derivò un più vivo interessamento per quelle regioni fino ad allora alquanto trascurate; furono oggetto di un più attento studio tutte le condizioni di vita, compresa la patologia umana ed animale. Sulla geografia medica di quella parte dell’Eritrea, e soprattutto sulle malattie tropicali, possediamo numerose e preziose notizie in studi accurati dei nostri valorosi colleghi perché l’abituale amore per le indagini sanitarie degli ufficiali regi li residenti, venne stimolato e favorito dall’interessamento grande con il quale S. E. il governatore, marchese Salvago Raggi le seguiva, intendendone pienamente il valore politico e sociale»²⁸⁷.

²⁸⁵ R. Cooter, M. Harrison, S. Sturdy, *Medicine and Modern Warfare*, Rodopi, Amsterdam 1999; R. Cooter, *Medicine’s Militarization? Communication à la II journée Guerre et médecine - 7 février 2004*, Paris 2004; R. Cooter, M. Harrison, *War, Medicine and Modernity*, Sutton, Stroud 1998.

²⁸⁶ G. Grixoni, *Il contributo speciale dei medici e dei veterinari militari allo sviluppo della patologia coloniale*, I Congresso scientifico della Società Italiana di Medicina e Igiene Coloniale Torino, 30 settembre - 2 ottobre, in «Giornale di medicina militare», 1928, pp. 621-637.

²⁸⁷ Ivi, p. 625.

Accanto allo sviluppo della medicina militare si assiste però, nei primi decenni del novecento, alla formazione in Italia di un nuovo polo d'indagine. Con le pubblicazioni *Una epidemia di febbre dengue a Messina* (1909), *Malattie tropicali a Tripoli comuni a quelle della costa calabro-sicula* (1910), *Il primo caso di bottone d'oriente in Italia* (1910), Umberto Gabbi apre un nuovo filone di ricerca sulla presenza di malattie tropicali nelle regioni meridionali della penisola. Ottenuto il trasferimento presso l'università di Roma in seguito al terremoto di Messina, dove egli insegnava dal 1895, Gabbi viene incaricato di tenere, dal 1909, un corso complementare di «clinica delle malattie esotiche»²⁸⁸ presso la struttura diretta da Guido Baccelli. Nel 1910 Gabbi fonda la rivista «Malaria e malattie dei paesi caldi» e, nel 1911, la Società fra i cultori di malattie esotiche, coinvolgendo alcuni docenti delle università siciliane impegnati nella lotta contro le malattie tropicali «in casa propria»²⁸⁹. La società, che conta circa ottanta iscritti tra i medici dell'area calabro-sicula, si propone di «riconoscere e determinare le malattie dei paesi caldi che si osservano nella Italia Meridionale e nelle isole e nelle sue colonie; misurarne la estensione, la frequenza, la gravità, e di studiare come ne avvenga la diffusione»; combattere infine le affezioni «tipicamente tropicali, sia importate (schistosomiasi) sia autoctone (kala-azar)»²⁹⁰. L'associazione si riunirà periodicamente fino allo scoppio della prima guerra mondiale, con la partecipazione del personale della Direzione della sanità pubblica, suscitando però dubbi e critiche da parte di alcuni membri comunità scientifica italiana:

Nel giornale *Il Policlinico*, sezione pratica (8 giugno) e nella *Riforma Medica* (15 giugno) è stato annunciato che il 15 giugno 1913 si sarebbe tenuta a Messina una «riunione privata della Società dei cultori delle malattie esotiche, indetta dal prof. Gabbi. Trattandosi di una riunione privata, non essendo io socio di detta società, e non avendo mai avuto intenzione di esserlo, specialmente dopo che l'Illustre mio Maestro Prof. Senatore B. Grassi, si è dimesso dalla Direzione onoraria del giornale *Malaria*, organo del Gabbi e della sua scuola, non ho creduto intervenire a tale riunione ove pur si è trattato dell'argomento della leishmaniosi (interna) del Mediterraneo, l'etiologia della quale è stata da me studiata nell'Istituto diretto dal Grassi, giungendo a conclusioni ormai ampiamente controllate e confermate in Italia e all'estero. Non per portare su un giornale politico una questione puramente scientifica io le dirigo la presente; ma solo, poiché al pubblico tale riunione privata fu data poi in pascolo come Congresso, ed essa fu trattata (a quanto ci viene ora affermato) l'etiologia della leishmaniosi in modo tutt'altro che obiettivo e sereno almeno a mio riguardo, io desidero che gli studiosi ed il pubblico conoscano le ragioni della mia assenza»²⁹¹.

²⁸⁸ Annuario della R. Università di Roma 1909-1910, *Personale della Facoltà di Medicina e Chirurgia*.

²⁸⁹ Tra i membri della società vi sono 76 medici della Sicilia e della Calabria a cui si aggiungono i docenti siciliani Giuffrè (clinico medico di Palermo), Feletti (Clinico medico di Catania), Di Mattei (direttore istituto di Igiene di Catania). Cfr. S. Bettini, *Storia delle società di medicina tropicale*, cit.

²⁹⁰ *Ibidem*

²⁹¹ ACS, Ministero dell'Interno, Direzione Generale Sanità Pubblica 1910-1920, b. 186, f. Malattia del Kala-Azar - Leishmaniosi di natura esotica (Studi e Ricerche), *Pel Congresso per le malattie tropicali*, in «Gazzetta di Messina e delle Calabrie», 26 giugno 1913. Carlo Basile, studioso siciliano e allievo di Grassi, è in quegli anni docente presso l'istituto di Anatomia Comparata della R. Università di Roma. Per i congressi della Società si veda anche, nello stesso fondo, la busta numero 90. Queste le principali pubblicazioni di Basile: C. Basile, *La meteorologia della leishmaniosi interna nel Mediterraneo. Contributo critico agli esperimenti di trasmissione*, Tip. R. Accademia Dei Lincei, Roma 1914; Id., *Ulteriori ricerche sulla leishmaniosi interna del Mediterraneo*, Tip. R. Accademia Dei Lincei, Roma 1915; Id., *Diagnostica delle malattie parassitarie*, Luigi Pozzi, Roma 1923

Con l'ingresso di Gabbi nel panorama della medicina coloniale si registrano alcuni, significativi, mutamenti. Lo studioso è il primo accademico, estraneo dunque agli ambienti militari che fino a quel momento avevano detenuto il monopolio della disciplina, a ottenere un incarico di libera docenza. Il medico cremonese è soprattutto però un uomo "pubblico": nessun tropicalista, prima o dopo di lui, sarà così presente in ambiti che esulano dall'ambiente strettamente scientifico e così vicino alla cerchia governativa liberale e, successivamente, fascista. A differenza dei medici "pratici", operanti per lunghi periodi in colonia, lo studioso cremonese si recherà oltremare solo accompagnato da missioni governative dalla chiara fisionomia "politica", come il medico stesso non scorda di sottolineare.

Nel 1910, si è visto, è a Tripoli per studiare, «in vista dell'occupazione della Libia», le malattie a carattere epidemico diffuse nella regione²⁹². Lo scoppio in città di un'epidemia di colera costringe la missione a interrompere le ricerche ma, qualche mese dopo, Gabbi è nuovamente incaricato dal presidente del consiglio Luzzatti di intervenire per combattere il contagio²⁹³. Non si tratta del primo incarico scientifico commissionato al medico cremonese dal governo. Già tra 1906-1908 Gabbi aveva fatto parte della commissione per la lotta alla malaria in Sicilia e, grazie alle conoscenze acquisite durante la spedizione, aveva scritto i già citati volumi sulle malattie tropicali "in patria".

Le opere più importanti della sua produzione medica - *Malattie tropicali dell'Italia meridionale e delle isole* e *Malattie pestilenziali esotiche: malattie ab antico importate e d'importazione recente* - risalgono però agli anni della guerra di Libia. Se si guarda ai corsi universitari di «igiene navale e coloniale» e «malattie esotiche» istituiti nelle università italiane, si vedrà il loro numero conosca un picco proprio in quegli anni. Nel 1910 insegnano patologia tropicale a Napoli Filippo Rho e Alessandro Pasquale (1903-1911), Giovanni Polverini a Firenze (1905-1915)²⁹⁴ e Umberto Gabbi a Roma. Presso la Scuola di Sanità Militare di Napoli, il ministero della marina predispone nel 1913 un insegnamento di «patologia esotica» da affidare ad Alessandro Pasquale²⁹⁵. Nel 1914 viene istituita presso l'Università di Napoli, come si è visto, la prima cattedra in "clinica delle malattie tropicali"²⁹⁶. Nello stesso anno infine, Giuseppe Franchini affianca Gabbi a Roma (1914-1915)²⁹⁷ e Ivo Bandi è libero docente di «igiene e patologia coloniale» a Napoli (1914-

²⁹² ASSR, Fascicoli personali dei senatori del Regno, *Umberto Gabbi*, Opuscolo Attività Parlamentari prof. Umberto Gabbi, Parma 1929, p. 22.

²⁹³ *Ibidem*

²⁹⁴ A. Dröscher, *Le facoltà medico-chirurgiche italiane (1860-1915). Repertorio delle cattedre e degli stabilimenti annessi, dei docenti, dei liberi docenti e di tutto il personale scientifico*, CLUEB, Bologna 2002.

²⁹⁵ Gazzetta ufficiale 1913, Senato del Regno - Resoconto sommario, 16 giugno 1913, p. 3793. La Scuola di Sanità Militare Marittima viene istituita con il regio decreto del 7 settembre 1910 a Napoli e affidata alla direzione di Alessandro Pasquale. Nel 1934 verrà poi trasferita a La Spezia e poi successivamente, nel 1940, presso l'ospedale principale di Marina di Massa in Toscana. Cfr. V. Martines, *La storia degli uomini del corpo sanitario della marina nazionale*, Ispettorato di Sanità della Marina Militare, Roma 2000.

²⁹⁶ Decreto n. 89 del 1/02/1914, *Istituzione presso la R. Università di Napoli di una cattedra di Clinica delle malattie tropicali*.

²⁹⁷ ASURS, *Fascicoli personali*, f. AS 3299, *Giuseppe Franchini*.

1915)²⁹⁸.

Sospinto dall'interesse sorto, negli anni della guerra libica, attorno ai problemi sanitari delle colonie, Gabbi raggiunge una posizione di primo piano nel panorama scientifico e instaura un rapporto di stretta collaborazione con la classe dirigente. Nel 1912 è incaricato di studiare le condizioni sanitarie di Tripoli e redigere alcuni piani di intervento²⁹⁹: le relazioni della commissione, come si è visto, saranno poi inviate al ministero della Guerra e dell'Interno e raccolte in due volumi intitolati *Malattie infettive e malattie cutanee*³⁰⁰.

In un articolo pubblicato nel 1931 tra le pagine de «L'Oltremare», organo dell'Istituto coloniale fascista, Umberto Gabbi ricorda così una delle prime spedizioni:

Quando nel 1910 fui a scopo scientifico (ed a fini politici...) in missione in Libia, ebbi la fortuna di prestare le mie cure al governatore di Tripoli e di guarirlo. Ambito compenso all'opera mia fu il permesso chiesto ed ottenuto di andare con una scorta di zaptié in oasi allo scopo di compierevi opera di umanità e di scienza e nel tempo stesso di soddisfare una curiosità: quella di attraversare il deserto con una giornata di cammino spinto dal fascino che per una misteriosa indefinibile influenza l'Africa esercita su coloro che sentono la bellezza di una natura ancora misteriosa. Quando, appena giunto nell'oasi, si seppe che ero medico venuto da Roma io vidi accorrere ad un improvvisato ambulatorio moltissimi infermi ed alle meraviglie che gli espressi il cadì mi disse che non si era mai spento nei secoli il ricordo dei "toubibs" romani. [...] Profondo adunque incancellabile nel ricordo e nei secoli l'opera del Medico e prova storicamente salda anche nei popoli dell'Africa del Nord nei tempi di Roma antica, la riconoscenza non era né un mito né una virtù transeunte, ma anche allora certamente l'opera del medico doveva essere un mezzo di penetrazione senza armi e civile strumento di conquista³⁰¹.

Esotismi, retorica della civilizzazione e dell'impero romano, tema della medicina come arma di "penetrazione pacifica": negli anni del fascismo Gabbi si farà portavoce dei temi più cari al regime e non sono nel campo della medicina coloniale. Nel 1927 fonda insieme a Edoardo Maragliano e Rinaldo Pellegrini, l'«Archivio fascista di medicina politica», dalle cui pagine Gabbi si farà promotore di politiche di eugenetica qualitativa e, dopo la svolta popolazionista del regime, di interventi a favore della politica demografica³⁰². Nazionalista nel primo dopoguerra e convinto fascista dopo la marcia su Roma - «credo non solo di [aver] compresa [la dottrina fascista] ma anche di averla *sentita*» -, scrive appassionati articoli sul regime di Mussolini «su giornali medici e politici: Gazzetta del popolo, Resto del Carlino, Echi e commenti, Archivio fascista di medicina politica, Medico italiano»³⁰³.

Nel 1928 è tra i promotori e animatori della Società italiana di medicina e igiene coloniale presieduta da Aldo Castellani, utilizzata come strumento di pressione per ottenere consensi e sostegni da parte della classe politica e dei circuiti coloniali. Durante il primo congresso della società, Gabbi annuncia l'idea di preparare una missione scientifica per studiare le

²⁹⁸ M. Crespi, *Ivo Bandi*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 5, Istituto dell'Enciclopedia italiana, Roma 1963.

²⁹⁹ Gabbi redige alcune prescrizioni volte a migliorare l'assetto igienico e urbanistico della città di Tripoli e scrive il progetto per un ospedale. Cfr. P. Pellitteri, *Igea in Colonia. Biomedicina, istituzioni sanitarie e professioni mediche a Tripoli (1880-1940)*, EUI PhD Theses, European University Institute, Firenze 2009.

³⁰⁰ U. Gabbi, G. Rizzuti, F. Scordo, *Malattie infettive e malattie cutanee*, Stabilimento tipografico Guerriera, s.a. Messina.

³⁰¹ U. Gabbi, *Medicina coloniale e penetrazione politica*, in «L'oltremare», 7 (1931), pp. 279-281.

³⁰² Cfr. R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo*, cit., pp. 33-39; F. Cassata, *Molti sani e forti*, cit., pp. 106-114.

³⁰³ Così si legge nell'opuscolo stampato da Gabbi per descrivere il suo primo anno da senatore «per eccezionali meriti scientifici» (1929). ASSR, Fascicoli personali dei senatori del Regno, *Umberto Gabbi*, cit.

patologie che colpiscono uomini e animali del bassopiano eritreo. Il progetto trova l'approvazione delle autorità politiche che garantiscono alcune facilitazioni al viaggio e suggeriscono indirizzi e temi di ricerca: «furono subito fatti i primi passi verso S. E. il Ministro che accolse col più vivo compiacimento il nostro proposito, ci additò alcuni problemi che avevano bisogno di essere chiariti ed accennò alle necessità di studi da compiere per la difesa di una gran ricchezza della Colonia: il patrimonio zootecnico»³⁰⁴. Ditte e case farmaceutiche rispondono all'appello inviato, a suo nome, dalla società ma il contributo più consistente alla spedizione proviene dallo stesso Gabbi, che versa dodici mila lire, e da Aldo Castellani, che ne dona diecimila. Nel gennaio 1930, Gabbi può dunque partire accompagnato da un gruppo di studiosi e ufficiali medici, tra cui si conta Edoardo Zavattari.

Il prof. Gabbi presenta la relazione dell'opera svolta da lui stesso e dai suoi collaboratori, in un libro di 311 pagine, lussuosamente stampato di carta patinata, adorno di copiose illustrazioni. Il volume è preceduto da una enfatica lettera dedicatoria, nella quale è detto che “era un onore compiere un'opera che ci togliesse da uno stato di inferiorità verso le altre nazioni”. C'incombe dunque il preciso dovere [...] di esaminare con tutta serenità il contenuto di quest'opera [...]. Tanto più che il libro, anche per il suo elevato costo non è alla portata di molti e, per la sua stessa veste esteriore fregiata dallo stemma dello Stato, ha piuttosto l'aria di essere destinato a far bella mostra di sé in uffici e scaffali governativi, anziché sui tavoli e nei laboratori degli studiosi.³⁰⁵

A scrivere è Giuseppe Sanarelli, allora direttore della rivista «Annali d'Igiene» fondata nel 1889 da Celli, nonché rettore dell'università di Roma tra 1922 e 1923. È evidente la volontà di Sanarelli di colpire l'aspetto “pubblico” della medicina di Gabbi, la sua prossimità con le esigenze di propaganda del potere politico, il modello stesso delle spedizioni scientifiche.

Il Gabbi comincia col dire di aver esaminato e studiato durante i 53 giorni del suo soggiorno coloniale e nelle 15 località grandi e piccole visitate dalla missione, ben 1,186 malati. Questa notizia, già divulgata da una stampa politica compiacente, parve subito a noi medici un tantino paradossale. [...] Alla pagina 26 della sua relazione, il Gabbi ci fa sapere, fra altro, che in un villaggio (Gullui) ove la missione sostò *un'ora e mezza*, vennero esaminate n. 27 persone presentatesi all'ambulatorio. Ammesso e non concesso che l'intero tempo della sosta in quel villaggio sia stato impiegato unicamente e ininterrottamente negli interrogatori e negli esami dei 27 indigeni, risulta che ciascuno di essi avrebbe assorbito appena 3 minuti di tempo³⁰⁶.

Il modello di intervento proposto dal fascismo in campo sanitario era già stato oggetto di critiche da parte di Sanarelli, politicamente distante dal regime tanto da rifiutare l'iscrizione al partito nonostante la sua posizione di senatore³⁰⁷. Nel 1925 il docente romano poneva alcuni dubbi sull'efficacia della campagna antimalarica intrapresa in quegli anni,

³⁰⁴ *Relazione a S. E. Emilio de Bono, Ministro delle Colonie, degli studi compiuti nel bassopiano occidentale dell'Eritrea dai professori Umberto Gabbi, Luigi Piras, Edoardo Zavattari, Mario Peruzzi, Giovanni Di Domizio, Alberto Ciotola, e delle indagini complementari fatte in Italia dai professori Alberto Camis e Alfredo Chistoni, 7 gennaio-18 marzo 1930, Anno VIII dell'era fascista*, Prem. Tip. Riunite Donati, Parma 1930. p. 1.

³⁰⁵ G. Sanarelli, *Medicina coloniale a volo di uccello*, in «Annali d'Igiene», 11 (1930), p. 854.

³⁰⁶ *Ivi*, p. 855.

³⁰⁷ Il nome di Giuseppe Sanarelli figura nell'elenco dei senatori che non iscritti al PNF. ASSR, Fondo Giacomo Suardo, UA 5, sf. 2, elenco 7, *Senatori contrari all'iscrizione al Partito nazionale fascista, 1939*,

sottolineando la necessità di promuovere studi sperimentali e non solo azioni di bonifica³⁰⁸. Gli stereotipi di cui è intrecciata la scienza di Gabbi vengono passati in rassegna nelle pagine degli *Annali*: dalla supposta insensibilità fisica al dolore degli indigeni³⁰⁹, all'attenzione per i soli aspetti *visibili*, e dunque più immediati e divulgativi, delle malattie:

il Gabbi crede di aver risolta l'importante e la vastissima questione della singolare frequenza e gravità delle manifestazioni cutanee della sifilide negli indigeni africani [...] lanciando un'altra delle sue ipotesi cervellotiche. "Gli indigeni - egli scrive - hanno la cute scoperta e perciò più esposta alla polvere, al sudiciume, agli attriti ed ai traumi". (p. 41). Probabilmente il Gabbi ignora che la caratteristica "facies esotica" della cosiddetta sifilide dell'indigeno, non si esplica soltanto con più gravi lesioni della cute. Forse egli non sa che essa colpisce in singolar modo anche le ossa, provocando talvolta mutilazioni incurabili³¹⁰.

Quando Gabbi attribuisce ai poteri curativi del sole eritreo la scarsa presenza di tubercolotici nel bassopiano occidentale della colonia, Sanarelli ricorda che la mancata diffusione del morbo dipende «dalla esistenza nomade e dalla vita all'aperto condotta generalmente dalle popolazioni indigene, le quali sfuggono in tal guisa, *e solo per questo motivo*, ai contatti contagianti dei centri coloniali frequentati dagli europei e, perciò stesso, bacillizzati. [...] In tutti i paesi tropicali, la penetrazione e la diffusione della tubercolosi sono in rapporto col moltiplicarsi della razza bianca. Il sole non c'entra nulla»³¹¹.

La polemica si fa ancora più aspra dopo la pubblicazione, nel «Giornale di Clinica Medica», dell'articolo *La missione scientifica in Eritrea aggredita da un Disfattista* firmato da Gabbi³¹². Colpito politicamente, Sanarelli restituisce a Gabbi il giudizio scientifico espresso dal direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, Charles Nicolle, a proposito dei manuali dedicati alle malattie esotiche dell'Italia meridionale:

Il fiotto di pubblicazioni che questo *giornalista* rovescia da qualche tempo sul terreno della patologia esotica – scrive Nicolle riferendosi a Gabbi – non ci aveva consentito finora di formarci un'opinione sui meriti dell'autore. Come era infatti possibile orientarsi in mezzo a una tal profusione di affermazioni pretenziose e di perentorie denegazioni? [...] Eccoci ricolmati ad usura: un autore, per il quale il bacillo della lebbra è mobile, che vede nei due corpi cromatici delle leishmanie i prodotti di divisione di un nucleo [...], prima di occuparsi di ricerche e insegnamento, farebbe bene ad istruirsi³¹³.

5.10 L' «Archivio italiano di scienze mediche coloniali»

Nel 1920 esce a Tripoli il primo numero della rivista fondata da Raffaele Onorato, chirurgo capo dell'ospedale cittadino Vittorio Emanuele III. Nei suoi primi anni di vita l'«Archivio italiano di scienze mediche coloniali» è fortemente legato alle attività dell'ospedale civile,

³⁰⁸ F. Snowden, *La conquista della malaria*, cit., pp. 240-241.

³⁰⁹ G. Sanarelli, *Medicina coloniale a volo di uccello*, cit., p. 864.

³¹⁰ Ivi, p. 861

³¹¹ Ivi, p. 862.

³¹² U. Gabbi, *La missione scientifica in Eritrea aggredita da un Disfattista*, in «Giornale di Clinica Medica», Parma, (1930), pp. 423-429.

³¹³ G. Sanarelli, *Fandonie gabbiane*, in «Annali d'Igiene», Allegato n. 5 (1930), p. 3. Il corsivo è mio.

costruito dalle autorità turche e passato sotto l'amministrazione italiana in seguito all'occupazione di Tripoli³¹⁴. I primi numeri raccolgono principalmente casi clinici osservati all'interno della struttura ospedaliera e statistiche sanitarie relative alla città di Tripoli (in particolare sullo stato di salute dell'«infanzia musulmana»³¹⁵). Una parte rilevante degli articoli è dedicata alla trattazione di sifilide, tracoma³¹⁶ e delle ulcerazioni, affezioni largamente diffuse tra i “sudditi coloniali”³¹⁷. La rivista ospita generalmente non più di tre o quattro interventi svolti dagli autori nell'arco di uno o più fascicoli, ed è sprovvista di sezioni dedicate alla revisione degli studi stranieri, a testimonianza della dimensione “locale” che connota i primi numeri pubblicati. Una fisionomia che verrà progressivamente mutando con l'aggiunta, nel 1924, di una rubrica «dedicata alle recensioni critiche dei lavori altrove» editi, inclusa al fine di rendere la rivista il più possibile utile «ai medici che vivono nelle colonie». È chiara la volontà del periodico di presentarsi come veicolo di legittimazione dello statuto sociale e scientifico dei medici (civili) che operano oltremare. Come testimonia il lavoro svolto da Onorato, che tra 1924 e 1925 passerà in rassegna gli studi più significativi apparsi nelle riviste straniere – francesi, inglesi, spagnole, portoghesi, brasiliane – l'«Archivio» non è un periodico di “pratici”. Il giornale costituisce piuttosto spazio di validazione scientifica del sapere elaborato in colonia, uno strumento di visibilità per i medici che esercitano nei territori africani: una categoria professionale in formazione che inizia a guadagnare forza, ma che ancora non si concepisce come “corpo” (solo in anni successivi si inizierà a parlare di “medici coloniali”), anche perché mancano nella penisola istituzioni predisposte alla sua preparazione “tecnica”. Ricorda Onorato:

³¹⁴ G. Bucco, A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1965, pp. 286-287.

³¹⁵ G. Funaioli, *Nati-mortalità infantile nel villaggio arabo beduino di Tripoli*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1 (1920); Id., *Il colpo di calore nei lattanti sani in Tripolitania*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 2-4 (1920); Id., *Per la protezione dell'infanzia musulmana*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 10-11-12 (1921).

³¹⁶ Allo studio del tracoma, inteso non come malattia specifica, ma come esito anatomico esito di diverse affezioni degli occhi - in opposizione alle tesi sviluppata negli stessi anni dalla scuola di Charles Nicolle (che prefigurava nei suoi studi la natura virale della malattia, confermata in anni successivi), saranno rivolti i lavori di Ercole Bartolotta, direttore del reparto oculistico dell'ospedale. Tra 1920 e 1930, sulle pagine del periodico, il medico insisterà con forza sulle necessità di avviare una campagna di assistenza a sostegno dei “sudditi” tracomatosi, considerati come invalidi più che come malati. Il tracoma – scrive Bartolotta – è un male sociale a cui «non si può applicare una terapia, ma che si può assistere per facilitare la coesione sociale». Una lettura della malattia che risente evidentemente dalla trasformazione della visione del corpo provocata dalle devastazioni della Grande Guerra. Questi i contributi apparsi nella rivista: E. Bartolotta, *La congiuntivite da bacillo di Weeks*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1 (1920); Id., *Il tracoma è una malattia specifica?*, 2 (1920); Id., *Sull'estirpazione del sacco lacrimale*, 3 (1920); Id., *Casistica: lipoma-sottocongiuntivale ad ambo gli occhi*, 5 (1920); Id., *Le cause della cecità in Libia*, 6 (1920), Id., *Deformità tracomatose in Libia*, 7-8-9 (1920); Id., *Profilassi del tracoma o assistenza ai tracomatosi?*, 1 (1921); Id., *Antisepsi e assistenza post-operatoria negli ammalati di cataratta*, 7-8-9 (1921); Id., *Sul trattamento delle deformità tracomatose in Libia*, 10-11-12 (1921); Id., *Un caso raro di simblefaron correlato consecutivo a morbo di Weeks*, 1-2 (1922); Id., *Che cosa intendo io per tracoma*, 12 (1922); Id., *Sul trattamento operatorio dell'entropion da tracoma*, 3 (1923); Id., *La congiuntivite da pneumococco*, 5 (1923); Id., *Profilassi del tracoma e assistenza ai tracomatosi*, 1-2 (1929);

³¹⁷ Per l'indice completo della rivista si rimanda all'appendice della tesi. Di seguito alcuni esempi di contributi ospitati dalla rivista nei primi quattro anni di vita: R. Onorato, *Il fagedenismo in Tripolitania*, 1-5 (1920); G. Cortese, *La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921*, 1-6 (1922); P. Fusco, *Considerazioni sulle malattie cutanee in Libia. Sifilide - Lepra - Pian*, 7 (1922); C. Sorrenti, *La proteinoterapia nelle malattie ostetriche e ginecologiche*, 1-3 (1923).

La diffusione raggiunta in Patria ed all'estero [dal periodico] e la considerazione in cui è tenuto lo pongono ormai fra i periodici più autorevoli: esso è l'unico in Italia che porti ovunque l'eco del nostro lavoro. [...] I medici [...] che dedicano le loro energie al benessere delle popolazioni a noi soggette si ricordino che hanno qui un campo di studi veramente meraviglioso ed in parte inesplorato [...]. Troveranno in noi l'aiuto più volenteroso ed entusiastico: mettiamo a loro disposizione la ormai ricca Biblioteca dell'Archivio che conta i più importanti fra i periodici del mondo ed i nostri laboratori, dotati d'ogni più moderno mezzo d'indagine³¹⁸.

Nel panorama scientifico italiano, l'«Archivio italiano delle scienze mediche coloniali» costituisce infatti, per fisionomia ed edizione, un *unicum*: prima del 1928, anno in cui verranno stampati i primi numeri del giornale organo della società presieduta da Castellani³¹⁹, non esistono nella penisola riviste mediche interamente specializzate in patologia coloniale, se si eccettua la rivista promossa da Gabbi che però, come si è visto, è indirizzata prevalentemente allo studio delle malattie tropicali diffuse nel Mezzogiorno, né periodici di settore editi nelle terre occupate. Tra le pagine dei periodici medici «Annali d'Igiene» e «La riforma medica», il tema della medicina coloniale è toccato solo marginalmente³²⁰. Il numero di articoli dedicati alle condizioni sanitarie di Libia, Eritrea, Somalia e ai «problemi igienici dell'Impero»³²¹ si farà più consistente a metà degli anni trenta, in corrispondenza con l'apertura della stagione «imperiale» italiana.

Nel 1927 la direzione della rivista tripolina è affidata a Giuseppe Franchini, medico formatosi all'estero (Londra, Amburgo, Bruxelles), allievo di Ronald Ross e aiuto di Alphonse Laveran all'Istituto Pasteur di Parigi tra il 1914 e il 1922³²², incaricato nel 1923 della libera docenza in «patologia coloniale» presso l'università di Bologna. Per sua iniziativa, e grazie al supporto del ministro delle Colonie Federzoni, è infatti aperta nel 1924 la prima scuola di patologia tropicale. Clinica delle malattie coloniali, igiene coloniale, protozoologia, elmintologia,

³¹⁸ R. Onorato, *Al lettore*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1 (1924), p. 1.

³¹⁹ Il «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», supplemento mensile di «Rinnovamento medico», viene pubblicato a Napoli dal 1928, anno di costituzione della Società italiana di medicina e igiene coloniale, al 1937. Il periodico troverà continuazione nella «Rivista medica tropicale e studi di medicina indigena» diretta da Tommaso Sarnelli.

³²⁰ Prima del 1930, è pubblicato un solo articolo che tratta argomenti di medicina coloniale, nel primo dei due periodici: E. Ruberti Fiera, *I casi di peste a Mogadiscio nel 1924*, in «Annali d'Igiene sperimentale» (1926), pp. 94-105. Anche i periodici di sanità militare negli anni venti vedranno una flessione del numero dei contributi dedicati alla patologia coloniale. Questi gli articoli per anno del «Giornale di medicina militare». 1924: T. Sarnelli, *La malattia del latak in Tripolitania*; 1926: Id., *La medicina coloniale in Italia*, p. 350. Gli articoli aumentano nel 1928, in corrispondenza del primo congresso di medicina coloniale i cui interventi sono in parte raccolti nella rivista: C. Patanè, *Il posto attuale della Cirenaica nella epidemiologia della Leishmaniosi in Nord Africa*, pp. 69-77; A. Pedrazzi, *Quesiti dell'acclimatazione e il problema migratorio italiano*, p. 78-87; G. B. Cotella-Cerri, *L'Organizzazione Sanitaria Coloniale*, pp. 88-89; G. B. Fisichella, *Considerazioni su un focolaio epidemico di scorbuto tra gli ascari eritrei*, pp. 518-186; *I congresso della Società Italiana di Medicina e Igiene Coloniale* cit.; O. Castignola, *Ascesso epatico in Tripoli*, p. 195; 1929: *Le febbri tropicali di breve durata*, p. 49; A. Cesarini, *L'alcool nelle truppe coloniali*, p. 167; *Il Congresso nazionale di medicina e di igiene coloniale. Roma, 29-31 ottobre 1929*, pp. 62-115.

³²¹ E. Cicchitto, *I problemi igienici dell'impero: la lebbra*, in «Annali d'Igiene», 3 (1938), pp. 161-171.

³²² Biblioteca Estense Universitaria, Fondo Giuseppe Franchini, Corrispondenti, Ronald Ross, doc. 26, cc. 28, anni 1912-1931, lettera del 27 marzo 1912, lettera del 2 aprile 1912; Ivi, Laveran, doc. 57, cc. 125 anni 1917-1922. Nel 1929 Franchini edita un volume di medicina tropicale particolarmente attento agli aspetti parassitologici della disciplina: G. Franchini, M. Giordano, *Patologia tropicale, Clinica delle malattie tropicali. Protozoologia. Entomologia. Nozioni di tecnica generale*, La Garoflito, Bologna 1929.

batteriologia, sierologia sono le materie insegnate agli studenti dell'università bolognese per il conseguimento del diploma di specializzazione in medicina coloniale³²³. Due i corsi impartiti dalla scuola di Franchini - segnala l'*Annuario delle colonie italiane e dei paesi vicini* -: il primo diretto ai laureati della facoltà di medicina e chirurgia e il secondo, di taglio divulgativo, disposto per missionari, infermieri e ufficiali coloniali in partenza per i territori d'oltremare³²⁴.

In realtà, gli iscritti al diploma di specializzazione risultano esigui fino agli anni trenta: tredici nel 1924-25 e non più di dieci per ogni corso annuale fino al 1929-30 (solo a fine decennio l'insegnamento destinato alla formazione di infermieri conterà di ben 35 partecipanti³²⁵).

Presso i locali della scuola, saranno conservati nel corso degli anni venti esemplari di specie animali e vegetali, nonché "medicamenti indigeni" collezionati da Franchini e dagli allievi della scuola operanti in colonia³²⁶: una collezione che sarà esibita nel 1926 alla fiera campionaria di Tripoli. È il primo embrione del museo coloniale che verrà ulteriormente sviluppato in anni successivi:

L'Istituto di Patologia Tropicale di Bologna [...] non poteva tenersi estraneo a questa manifestazione ed in uno dei migliori stand della Fiera ha esposto, in più di 200 metri quadrati, un prezioso materiale riguardante la patologia tropicale; circa 350 fotografie di morbi esotici e dei loro agenti patogeni e vettori, moltissimi diagrammi delle curve termiche della malaria e di altre malattie, molti campioni di medicinali, ecc. ecc.³²⁷

Nel 1930 la collezione sarà presentata alla Mostra coloniale di Anversa³²⁸ e, nell'anno seguente, all'Esposizione Universale di Parigi³²⁹.

Il nuovo assetto del giornale tripolino, che vede Franchini e Onorato affiancati, porta con sé alcuni mutamenti nella rivista. Il primo fascicolo del 1927 annuncia le novità: la rivista aumenterà il numero di contributi, verrà arricchita da un «notiziario riguardante la vita sanitaria delle colonie» e [diventerà l'] organo del primo Istituto Italiano di Patologia Tropicale che, nella sua ancor breve vita, ha dimostrato di essere degno delle sue alte finalità, degno di preparare alle colonie italiane medici esperti che [...] [sono] i più fattivi ed i migliori strumenti di penetrazione pacifica e di civilizzazione³³⁰.

L'avvio della collaborazione con la scuola bolognese è probabilmente dovuto alle difficili

³²³ L'annuncio del corso di perfezionamento annuale in Medicina Coloniale si può leggere tra le pagine dell'«Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali», 1-2 (1926).

³²⁴ *Annuario delle colonie italiane e dei paesi vicini*, Istituto coloniale fascista, Società tipografica Castaldi, Roma 1928, pp. 63-64. Sull'Istituto di Patologia Coloniale di Modena, cfr. S. Fari, *Un simbolo della Modena Fascista e colonialista. L'istituto di Patologia Coloniale*, in P. Bertella Farnetti, *Sognando l'impero. Modena-Addis Abeba (1935-1941)*, Mimesis, Milano 2007.

³²⁵ P. Pellitteri, *Igea in colonia*, cit., p. 385. La scuola riceve finanziamenti da case farmaceutiche e dalla Cassa di risparmio di Bologna.

³²⁶ Biblioteca Estense Universitaria, Fondo Giuseppe Franchini, Corrispondenti, G. Talotta, lettera del 18 gennaio 1931 da Talotta a Franchini. «Ho spedito [...] un po' di materiale scientifico per il suo laboratorio, Da Barentù, fra giorni le sarà spedito un discreto campionario di insetti di ofidi del Bassopiano». Ivi, G. Lodato, lettera s.d. da Lodato a Franchini.

³²⁷ *Notiziario*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», VII, 2 (1927), p. 117.

³²⁸ Biblioteca Estense Universitaria, Fondo Giuseppe Franchini, Corrispondenza e archivi. Appendice, Ministero delle Colonie - Ufficio studi e propaganda, lettera del 17 settembre 1930.

³²⁹ *Notiziario*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 3 (1933), p. 240.

³³⁰ *Ai lettori*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1 (1927).

condizioni in cui versava, a metà degli anni venti, l'ospedale civile di Tripoli. Per decreto, le funzioni della struttura erano state trasferite nel 1923 all'ospedale militare della Menscia: spazi e servizi offerti da questa seconda struttura risultavano però ancora insufficienti rispetto alle esigenze della popolazione cittadina e, per questo motivo, nel 1925, accanto ai padiglioni del vecchio nosocomio adibiti a reparto di malattie infettive, pediatriche e celtiche, saranno avviati i lavori per la costruzione di un nuovo complesso ospedaliero: il nuovo istituto non sarà però ultimato prima del 1935³³¹.

Dal 1927 il periodico muta gradualmente fisionomia, accogliendo i lavori di studenti della scuola bolognese. Nel complesso, viene lasciato meno spazio ai resoconti dei medici operanti nelle colonie e dedicata più attenzione a casi clinici esaminati in Italia³³². Il passaggio risulterà ancor più manifesto due anni dopo, nel 1929, quando la sede di pubblicazione del giornale sarà trasferita da Tripoli a Bologna³³³.

Negli anni trenta si assiste poi ad alcuni, più radicali, mutamenti: l'«Archivio» perde definitivamente l'originaria fisionomia "localistica" e si pone come punto di raccordo tra i vari centri di studio e le differenti strutture sanitarie sorte in Italia e in colonia - la scuola diretta da Franchini, l'istituto di malattie tropicali inaugurato a Padova nel 1927, l'Istituto siero-vaccinogeno di Asmara, la rete di istituzioni sanitarie (ospedali, infermerie, ambulatori ecc) operanti in Libia, Eritrea e Somalia. A inizio decennio, compaiono inoltre contributi sulla nosografia di territori "coloniali" non facenti parte dell'area di controllo italiano (Yemen, Abissinia, Congo belga, Arabia settentrionale): sono resoconti di spedizioni commissionate a scopi più o meno dichiaratamente politici³³⁴. Spiccano fra tutti, per il loro carattere fortemente "orientalista" e per l'attenzione accordata alle pratiche indigene, i resoconti sull'Alto Yemen scritti da Tommaso Sarnelli, promotore negli anni trenta della fondazione di un centro di medicina indigena presso l'istituto diretto da Franchini³³⁵.

Il docente bolognese era intanto divenuto titolare, nel 1931, di una cattedra di patologia coloniale presso l'università di Modena³³⁶, nei cui locali aveva trovato sede il centro di

³³¹ G. Bucco e A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, cit.

³³² Alcuni esempi: G. Manioli, *Topografia dell'amebiasi in provincia di Bologna*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 4 (1927); Bonura, *Distribuzione della malaria nella provincia di Bologna. Quali specie di Anopheles riscontrate nelle zone malarigene*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 2 (1928), G. Bacchelli, *Su di un caso di anchilostomo-anemia in provincia di Modena*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 2 (1929), pp. 53-58.

³³³ «Di comune accordo fra i Direttori dell'Archivio di Scienze mediche coloniali è stato stabilito di cessare la pubblicazione del giornale a Tripoli e di affidarla alla nota casa editrice Cappelli di Bologna». Il passaggio è giustificato con i ritardi che subiva la pubblicazione per l'"affollamento" della tipografia tripolina. *Ai lettori*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1 (1929).

³³⁴ Cfr. A. Lanzoni, *Notizie di geografia e nosografia della regione di Ilo-Babur (Abissinia)*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 2 (1929), pp. 87-96; C. Bellelli, *Breve nota nosografica dell'Arabia settentrionale - Heggiaz*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 4 (1930), pp. 201-210; E. Borra, *Relazione sanitaria annuale (maggio 1928 - aprile 1929) dell'ambulatorio italiano di Addis Abeba*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 4 (1930), pp. 241-247; R. Ganora, *Notizie sulle climatologia e nosografia dello Yemen - Araba fenice, e su di un'epidemia di febbre ricorrente*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 8 (1930), pp. 475-479; V. Dagnino, *La medicina fra i Galla*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 10 (1931).

³³⁵ Cfr. T. Sarnelli, *Notizie preliminari sui risultati della mia missione sanitaria in alto Yemen: con particolare riguardo alla medicina indigena*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1 (1934), pp. 1-43.

³³⁶ R.d. 1 ottobre 1931, n. 1336, *Modifiche allo statuto della Regia Università di Modena*, in «Gazzetta ufficiale» n. 261, 12/11/1931, pp. 5502-5503.

formazione da lui precedentemente diretto a Bologna. A favorire la nascita dell'istituto modenese era stato il governatore della Somalia, Gustavo Corni, legato ad una delle industrie più importanti della città³³⁷. Nella nuova sede, l'istituto disponeva di spazi più adeguati per la didattica e la ricerca, di un museo coloniale e, come si è già accennato, di un centro per gli studi di medicina indigena. Nel 1935 la scuola è inoltre dotata di una clinica medica in cui curare pazienti affetti da patologie tropicali: di qui la nuova denominazione di Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, assunta dall'istituto nello stesso anno.

Con l'apertura della "stagione imperiale" le sezioni del periodico non occupate dalla ricerca parassitologica - e dunque lasciate all'osservazione nosografica - tendono a modellarsi progressivamente sui contenuti della propaganda di regime. L'aderenza ai temi del fascismo varia in base al contributo che, di volta in volta, preso in esame. In generale, però, la terminologia degli articoli si conforma sempre di più attorno alle parole d'ordine del programma fascista di "difesa della razza": «bonifica», «difesa» del corpo nazionale sono termini che ricorrono con assiduità anche nella stampa di settore. La spontaneità dell'osservazione si perde sostituita da una descrizione per sequenze di stereotipi, per *accumulazione di immagini* che sollecitano nel lettore appartenenze e identità: non c'è spazio per il racconto dell'esperienza vissuta ma solo un ricorso a formule "visive", e a immagini stereotipate. Anche una cultura "alta", come quella medica, risente dell'impostazione adottata dal regime per mobilitare alla guerra una popolazione ad alto tasso di analfabetismo: più che della parola scritta, la propaganda per la campagna di Etiopia si servirà infatti delle potenzialità dei nuovi mezzi di comunicazione di massa, capaci di veicolare immagini e simboli che sollecitano appartenenze e identità.

Un esempio potrà chiarire meglio le considerazioni finora svolte. Secondo Mario Teramo, collaboratore della rivista diretta da Franchini e autore nel 1936 di un contributo sulla diffusione della tubercolosi in Cirenaica, l'alto tasso di mortalità che si riscontra nella regione libica è legato allo stadio di assoluta arretratezza - «il medio evo che da secoli incomb[e] sugli indigeni» - in cui si trovano le popolazioni arabe:

Il musulmano, in linea di massima, non dà eccessivo valore alla vita e poco o nulla fa per migliorare e lenire i suoi mali anche perché non sa indagare le cause, valutare gli effetti e trovare i rapporti. [...] Tra le cure fisiche gli indigeni reputano di molta utilità i bottoni di fuoco, le coppette scarificate, il setone, mezzi adoperati del resto anche per altre affezioni che nessun rapporto hanno con la tubercolosi. Per via orale somministrano l'infuso di foglie di Chesber, l'unghia di cammello abbrustolita, polverizzata e mescolata con olio, infuso di foglie di tabacco, ecc. Ed ecco affiorare il falso sentimento religioso e superstizioso nel popolo che considera le malattie di origine terrena e per tanto ritiene logico propiziare le divinità per scacciare gli spiriti del male. Sarà allora uno dei tanti santoni [...] che inviterà il povero tubercolotico, che forse chiede ai suoi simili solo d'essere lasciato tranquillo, [...] ingoiare i versetti del corano o altri segni cabalistici [sic].

La sequenza di stereotipi si arricchisce progressivamente di nuovi dettagli:

Il musulmano, un poco per la sua abituale indolenza, un poco per il suo modestissimo tenore di vita ha pochissimo amore per il lavoro che riduce a quel tanto di indispensabile a procurargli il necessario per la vita. La schiavitù abolita dal nostro Governo, sta ad attestare come questa gente abbia sempre preferito affidare ad altri i lavori che importavano dispendio di energie materiali adibendo come schiavi i sudanesi che, oggi liberati, vivono

³³⁷ S. Fari, *Un simbolo della Modena fascista*, cit.

raggruppati in miserissime capanne poste in località distanti da quelle degli antichi padroni e esercitando ancora i mestieri più pesanti ed umili³³⁸.

Per l'autore il pericolo del contagio proviene però soprattutto dalle abitudini nomadiche della popolazione: «le genti nomadi hanno dato larghissimo contributo a tutte le malattie sociali diffuse in tutte le località della colonia non esclusa la tubercolosi»³³⁹. In pieno “clima imperiale”, la soluzione prospettata da Mario Teramo per combattere la diffusione della tubercolosi è dunque la “sedentarizzazione” forzata delle popolazioni berbere:

Avendo [...] parlato dei fattori dell'ambiente naturale passo brevemente a considerare quelli sociali della tubercolosi incominciando a trattare, per comodità di esposizione, i fattori eccezionali, rappresentati in Cirenaica dal concentramento e successiva e graduale trasformazione delle popolazioni nomadi. [...] Se si tiene presente quanto prima ho detto e riportato sui nomadi, il pericolo che l'agglomerato di questi avrebbe potuto creare per la diffusione e l'aumento delle malattie sociali è stato quasi completamente scongiurato dalle energiche e previdenti misure igieniche, sanitarie, materiali e morali, adottate in quel periodo, misure che permisero la rapida selezione tra quelle popolazioni già fortemente tarate da peggiori mali sociali [...]. I campi di concentramento furono posti in località climatiche migliori da quelle abitate dagli indigeni a sede non fissa, questi furono sottoposti ad un rigoroso ed assiduo controllo sanitario, ad un regime di vita materialmente più elevato sotto tutti gli aspetti³⁴⁰.

A partire dal '35 gli inserti propagandistici si faranno più numerosi³⁴¹; se tuttavia si paragona il periodico al coevo «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», organo della Società di medicina coloniale, si noterà come l'«Archivio» continui a costituire, per tutto il corso degli anni trenta, un periodico di medici “pratici”. Nonostante la presenza di articoli compromessi con i temi della politica razziale del fascismo, i riferimenti all'esperienza concreta dei medici in colonia continueranno ad essere assidui e l'attenzione ancora rivolta ai concreti problemi sanitari delle terre d'oltremare.

Opposta è invece la configurazione del giornale edito a Napoli e diretto da Giovanni Castronuovo³⁴², organo del gruppo di pressione riunito attorno alla Società italiana di medicina e igiene coloniale: nel periodico, osservazioni e notizie sanitarie provenienti dai territori africani sono pressoché assenti e gran parte degli articoli riportano casi di patologia tropicale riscontrati in Italia e risultati di studi parassitologici³⁴³. Riferimenti alla realtà della vita coloniale si trovano in realtà negli articoli più compromessi con i temi della propaganda:

Ed è tale il luridume in cui gli abissini vivono e più ancora quello in cui tengono tuttavia i loro *schiavi*, quasi

³³⁸ M. Teramo, *Considerazioni e rilievi sullo stato attuale dell'ambiente sociale degli indigeni in Cirenaica in rapporto alla lotta antitubercolare*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», XVII, 5 (1936), pp. 262-263.

³³⁹ Ivi, p. 276.

³⁴⁰ L'autore allude alle operazioni condotte dal fascismo, tra anni venti e anni trenta, per la riconquista della Cirenaica: la repressione della resistenza libica comportò la deportazione della popolazione seminomade (circa 100.000 civili) in campi di concentramento in cui persero la vita circa 40.000 libici. Ivi, p. 268.

³⁴¹ Si veda ad esempio: *Problemi igienici dell'Impero Coloniale (Profilassi della lebbra)* di Alcibiade Andruzzi (1938), *I progressi della patologia tropicale durante l'Era fascista* di Mario Girolami (1938).

³⁴² Giovanni Castronuovo è docente di Patologia esotica e di Clinica medica nella regia università di Napoli e medico primario e direttore dell'istituto L. Armani degli Ospedali Uniti.

³⁴³ *Leishmaniosi cutanea autoctona nella provincia di Pesaro-Urbino*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 5, (1934).

sempre senza abiti, senza biancheria, senza lenzuola, senza scarpe né copricapo, che non si può immaginare la loro sopravvivenza e procreazione se non pensando per lo meno a cinque differenti cause di maggiore loro resistenza, difesa e selezione: la grande mortalità infantile e giovanile che fa sopravvivere solo i più forti; la scarsa densità della popolazione e il suo nomadismo; le impervietà del territorio, la prevalenza in Abissinia di colline e montagne; l'induramento cutaneo e delle mucose e l'immunità relativa, ereditaria o acquisita, rispetto alle malattie dominanti, immunità varia a seconda delle razze che popolano il vasto impero etiopico [...]. Inoltre in Abissinia, come nelle altre regioni africane tropicali e subtropicali, altre due potenti cause di malattia sono da un verso le *varie intossicazioni* e dall'altro le *infestazioni parassitarie*, facilitate dalle abitudini di vita antigeniche e dal frequente e immediato contatto con il terreno e le acque impure³⁴⁴.

Così scrive il direttore della rivista, Giovanni Castronuovo, all'indomani dell'avvio della spedizione etiopica, dipingendo gli etiopici come un catalogo vivente di forme morbose, contro cui la regressione dell'organismo a uno stato di "durezza" animale è l'unica possibile difesa. Per cogliere meglio la fisionomia del periodico è sufficiente osservare i titoli del Notiziario e della rubrica "Attualità": «Cannibalismo in Africa», «Negri, bianchi e tubercolosi», «Scene e sensazioni africane: casa araba»³⁴⁵, «Mezzi ultramoderni per la propaganda igienico-sanitaria ad Addis Abeba»³⁴⁶, ecc. Sono inoltre periodicamente pubblicizzati, nella rivista, volumi più divulgativi, destinati al pubblico di non specialisti, come il testo vincitore dei Littoriali della Cultura e dell'Arte del 1936 di cui viene riportata l'introduzione.

La climatologia è la prima materia che merita di essere trattata. Il clima nelle regioni tropicali deve [infatti] far sentire il suo influsso sull'individuo che abita dette zone e principalmente sull'ospite, che per causa di razza, abitudini ecc. si trova in condizioni di minorata resistenza rispetto all'indigeno che per atavismo ha acquistato nei secoli quei caratteri che gli conferiscono una più alta resistenza ai fattori morbigeni locali³⁴⁷.

Tuttavia, con la campagna d'Etiopia, anche il direttore dell'«Archivio» - Giuseppe Franchini - si farà veicolo di temi cari al regime. L'8 luglio del 1935, il medico è chiamato a esporre i problemi dell'igiene coloniale di fronte alla platea del Teatro Storchi di Modena e nel dicembre dello stesso anno, «un pubblico enorme proveniente da ogni parte della Romagna» lo ascolta relazionare «sulla nosografia dell'Africa Orientale»³⁴⁸. Incontri analoghi poi sono organizzati, l'anno successivo, presso gli Istituti di cultura fascista di Ferrara e Rovigo³⁴⁹. Franchini riceve inoltre i primi incarichi nell'ambito del fascismo modenese: nel 1936 diviene presidente della sezione provinciale dell'Istituto culturale fascista e segretario della sezione di scienze fisiche, naturali e mediche dell'Istituto coloniale della città.

Il clinico bolognese non è il solo impegnato nell'opera di divulgazione medica per l'impero: il 28 maggio 1936 Giuseppe Penso inaugura il corso di «nozioni mediche coloniali» organizzato

³⁴⁴ G. Castronuovo, *Malattie dominanti in Abissinia e loro prevenzione*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 6 (1935).

³⁴⁵ *Curiosità e attualità*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 2 (1937).

³⁴⁶ *Notiziario*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 3 (1937).

³⁴⁷ B. Tommaso, *Sistemi di profilassi nelle zone tropicali*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 5 (1936).

³⁴⁸ La conferenza viene organizzata «su iniziativa della Società medico chirurgica della Romagna e sotto gli auspici dell'Istituto di cultura fascista di Forlì», il 22 dicembre del 1935 presso la Regia Università di Modena. Cfr. «Il Policlinico. Sezione pratica», 1 (1936), p. 42.

³⁴⁹ Cfr. S. Fari, *Un simbolo della Modena fascista*, cit.

dalla sezione bolognese dell'Istituto coloniale³⁵⁰. All'ospedale di Napoli "Incurabili", si da inizio negli stessi giorni ad un «un corso di patologia e igiene coloniale organizzato dall'istituto coloniale fascista e dalla scuola medica ospedaliera», diretto ad un vasto pubblico di uditori: duecento medici, professionisti e curiosi³⁵¹. Anni più tardi un nuovo corso sulla «sanità della razza in colonia» sarà promosso dall'Istituto fascista dell'Africa Italiana a Bologna³⁵².

Le conferenze di igiene coloniale costituiscono un aspetto del complessivo sforzo di educazione degli italiani all'avventura "imperiale" che, negli anni trenta, il regime dirige verso la nazione nel suo complesso. Le nozioni di medicina tropicale escono in quegli anni dal ristretto ambito della conoscenza scientifica e divengono parte integrante della propaganda che accompagna i nuovi coloni in Africa: italiani "imperiali" la cui condotta sanitaria, e non solo, va sorvegliata e regolamentata.

³⁵⁰G. Penso, *Introduzione alla vita coloniale*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 7 (1936), pp. 385-395.

³⁵¹ Cfr. «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 6 (1936), p. 151.

³⁵² F. Locatelli, *La comunità italiana di Asmara negli anni Trenta tra propaganda, leggi razziali e realtà sociale*, in R. Bottoni, *L'Impero fascista. Italia ed Etiopia (1935-1941)*, Il Mulino, Bologna 2008, p. 373.

Capitolo VI

Guerra ed expertise medica. La medicina tropicale nell'organizzazione del conflitto italo-etioptico

6.1 *Expertise*, guerra e processi di legittimazione del sapere

Nell'agosto 1935, Aldo Castellani¹, uno dei più noti tropicalisti italiani, formatosi a Londra sotto la guida di Patrick Manson, è nominato, per diretta scelta di Mussolini, Alto Consulente per le Colonie dell'Africa Orientale con il compito di organizzare gli aspetti sanitari della campagna etiopica².

Attraverso il ricorso a un ampio corpo di operatori sanitari - in linea con l'imponente dispiegamento di forze voluto per il conflitto dal fascismo - e grazie all'adozione di sistemi di profilassi obbligatoria, Castellani darà luogo ad un'organizzazione altamente razionalizzata del servizio sanitario preservando la guerra italo-etioptica dall'incubo di tutte le spedizioni «pre-moderne»: l'alta mortalità per malattia dei corpi militari.

Combattute in ambienti «climaticamente» ostili, le spedizioni coloniali si erano infatti caratterizzate, per tutto l'ottocento, per gli alti tassi di decesso per affezioni morbose dei corpi militari, tanto da generare - nella medicina del XIX sec. - previsioni pessimistiche sulla possibilità di adattamento dell'europeo al nuovo ambiente tropicale³. In Europa, invece, già durante la guerra franco-prussiana, la proporzione tra morti per ferite e morti per malattia si era invertita a favore del primo dato, inaugurando una nuova distribuzione dei decessi in battaglia, che si ritroverà inalterata nel bilancio delle vittime della prima guerra mondiale, ma non nella guerra italo-turca del 1911-12⁴.

Chiamato a sovrintendere sulla salute di una porzione di popolazione bianca nettamente superiore, per numero, al totale dei residenti italiani in Libia e Corno d'Africa, Castellani metterà a disposizione - come egli stesso scrive nella sua autobiografia⁵ - la sua esperienza di medico tropicalista, ricoprendo un ruolo inedito, per la macchina bellica italiana, di coordinamento e supervisione tra gli organi tradizionalmente predisposti alla tutela medica delle truppe: le direzioni di sanità di Esercito, Marina ed Aeronautica; un incarico che gli sarà nuovamente affidato durante la Seconda guerra mondiale⁶.

¹ Per i cenni biografici su Castellani (Firenze 1874 - Lisbona 1971) si veda G. Amalfitano, *Aldo Luigi Mario Castellani*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. XXI, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma 1978.

² R.d.l. 30 agosto 1935, n. 1621 *Nomina del senatore Castellani ad Alto Consulente sanitario per le Colonie dell'Africa Orientale*. «Il prof. Aldo Castellani, senatore del Regno, è nominato dal 1° agosto 1935-XIII, Alto Consulente sanitario per le Colonie dell'Africa Orientale con funzioni di Ispettore superiore generale».

³ A.M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques. Cent ans d'histoire de la santé*, in «Bulletin de la Société de pathologie exotique», XC, 4 (1997), pp. 268-272; F. D. Curtin, *Death by migration*, cit.

⁴ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., p. 109; N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., pp. 100-104.

⁵ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit.

⁶ R. D. 21 giugno 1942, n. 930 *Nomina del Prof. Aldo Castellani ad Alto Consulente sanitario per l'Africa Italiana*.

Questo capitolo prenderà in esame i caratteri e le forme della consulenza offerta da Castellani nella preparazione del conflitto, alla luce delle riflessioni che la storiografia ha recentemente elaborato attorno alla nozione di *expertise*⁷. Il caso di Castellani si rivela, a questo proposito, interessante per diversi aspetti. Primo fra tutti, per la prospettiva che offre sul nesso costruzione dell'*expertise*-processi di legittimazione del sapere. Il medico tropicalista, a cui è affidata la direzione della Clinica delle malattie tropicali di Roma, fondata nel 1931, si troverà ad operare in Italia negli anni di piena legittimazione di questo settore di studi, contribuendo, a sua volta, alla costruzione di una dimensione pubblica altamente istituzionalizzata del sapere medico coloniale.

L'osservazione dell'organizzazione sanitaria della campagna etiopica permette inoltre di riflettere sulla natura della competenza offerta da Castellani, sul rapporto che quest'ultima intrattiene con la consolidata *expertise* dei corpi militari, rimodellata dalle esigenze «industriali» e «di massa» della prima guerra mondiale, che daranno vita ad un ampliamento senza precedenti del servizio medico bellico, di cui Castellani - inviato negli anni della Grande Guerra sul fronte balcanico - sarà spettatore ed attore.

L'esame del ruolo assunto dal tropicalista nel conflitto italo-abissino offre infine un punto d'osservazione sul rapporto tra medicina e guerra, su cui si sono soffermati i lavori di Sophie Delaporte, Roger Cooter, Mark Harrison, Antonio Gibelli, Anne Rasmussen,⁸ contribuendo a modificare l'idea consolidata che la guerra costituisca un fattore d'indubbio avanzamento e accelerazione della scienza medica. Di fronte a tale interpretazione, incentrata sulla valutazione degli esiti positivi o negativi di questo incontro, l'analisi dell'*expertise* apre ad un approccio più attento allo statuto e alla *posizione* assunta dalla disciplina nel quadro complessivo dell'organizzazione bellica, nonché all'osservazione dei *meccanismi* che hanno consentito l'influenzarsi reciproco di scienza medica e situazioni di conflitto.

In base alle direzioni di ricerca qui indicate, il capitolo ricostruirà l'operato di Castellani nel biennio 1935-36, ripercorrendo le dinamiche di costruzione dell'*expertise* messa in campo durante la campagna etiopica; tale ricostruzione si svilupperà attraverso un'analisi dei fattori che hanno reso possibile il «successo» di Castellani e del servizio sanitario della spedizione, grazie a un esame della formazione scientifica acquisita dal clinico a partire dalla fine dell'ottocento e a un'analisi dei temi e delle concezioni mediche su cui si andrà consolidando la sua conoscenza di medico tropicalista.

⁷ H.M. Collins, R. Evans, *The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience*, in «Social Studies of Science», 32 (2002), pp. 235-296; C. Rabier, *Fields of expertise. A comparative history of expert procedures in Paris and London, 1600 to present*, Newcastle 2007; E. H. Ash (ed. by), *Expertise. Practical Knowledge and The Early Modern State*, in «Osiris», XXV, 1 (2010); C. Rabier, *Écrire l'expertise, traduire l'expérience*, in «Rives méditerranéennes», 44 (2013), pp. 39-51.

⁸ R. Cooter, *Medicine and the Goodness of War*, in «Canadian Bulletin of Medical History», VII, 2 (1990), pp. 147-159; S. Delaporte, «Gueules cassées», *les blessés de la face de la Grande Guerre*, cit.; R. Cooter, M. Harrison, S. Sturdy, *Medicine and Modern Warfare*, cit.; C. Fredj, *Médecins en campagne*, cit.; A. Rasmussen, *Sciences et guerres*, in C. Bonneuil, D. Pestre (dir.), *Le siècle des technosciences*, Paris 2015, p. 46-65; R. MacLeod, *Scientists*, in J. Winter (ed.), *The Cambridge history of the First World War*, vol. II. *The State*, New York 2014, p. 477-500; J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, cit. La letteratura sul rapporto tra guerra e psichiatria è molto vasta e per ragioni di spazio non viene qui riportata.

6.2 Scienza e organizzazione del conflitto: la Clinica delle malattie tropicali a Roma

Policlinico Umberto I di Roma, metà anni trenta: un'inquadratura ritrae l'ingresso della Clinica delle malattie tropicali; segue l'immagine dell'atrio della clinica, e di alcuni malati, a letto, visitati da Castellani accompagnato da studenti; queste le prime sequenze del documentario *Sanità in A.O.*, prodotto dall'Istituto Luce per presentare e *rappresentare* lo sforzo organizzativo voluto dal regime sul piano sanitario per la spedizione etiopica⁹. Le immagini di apertura sono accompagnate dalla voce: «La clinica delle malattie tropicali a Roma è un centro attivissimo di studi, dove medici e infermiere si specializzano nello studio delle malattie tropicali sotto la guida del professor Aldo Castellani»¹⁰.

Dal febbraio 1931¹¹ il medico fiorentino - in quegli anni impegnato in attività didattiche a Londra e a New Orleans - era infatti divenuto titolare, come si è visto nel precedente capitolo, di una cattedra di malattie tropicali¹² presso la Clinica inaugurata appositamente il 28 gennaio 1931 presso il decimo padiglione dell'ospedale Umberto I¹³. La struttura, dotata di 100 posti letto e di due reparti destinati alla cura dei lebbrosi e all'assistenza di missionari, gode dei finanziamenti del Ministero dell'Interno, della Guerra, della Marina e dell'Aeronautica che versano, dall'anno della fondazione dell'Istituto, una quota annua di 100 mila lire¹⁴, a cui si aggiungono le donazioni private provenienti da membri della casa Savoia¹⁵, e nuove somme

⁹ Sul rapporto tra fascismo, propaganda, mass media e guerra d'Etiopia si vedano: P. V. Cannistraro, *La fabbrica del consenso. Fascismo e mass media*, Laterza, Roma 1975; M. Isnenghi, *Il radioso maggio africano del «Corriere della Sera»*, in Id., *Intellettuale militanti e intellettuali funzionari. Appunti sulla cultura fascista*, Einaudi, Torino 1979; A. Mignemi, *Immagine coordinata per un impero. Etiopia 1935-36*, Gruppo editoriale Forma, Torino 1983; N. Labanca, C. Zadra (a cura di), *Costruire un nemico. Studi di storia della propaganda di guerra*, Unicopli, Milano 2011; V. Deplano, *L'Africa in casa. Propaganda e cultura coloniale nell'Italia fascista*, Firenze 2015; A. Gibelli, *Il popolo bambino, infanzia e nazione dalla grande guerra a Salò*, Einaudi, Torino 2005.

¹⁰ Istituto Nazionale Luce, *Sanità in A.O.*, D027807, 18' 50'', b/n, s. d., L'archivio storico dell'Istituto Luce non offre indicazioni sulla data della pellicola. Nel saggio di Mauro Bengozzi, contenuto nel volume A. Mignemi, *Immagine coordinata*, cit., il documentario è segnalato come prodotto tra 1937 e 1939.

¹¹ ASURS, *Fascicoli personali*, A. S. 664 Aldo Castellani, lettera prot. 02688, da Ministero dell'Educazione Nazionale a Rettore della Regia Università di Roma, 9 febbraio 1931.

¹² R.d.l. 18 dicembre 1930, n. 1837, *Insegnamento di statistica e clinica delle malattie tropicali e subtropicali nella R. Università di Roma*, in «Gazzetta ufficiale» n. 21 del 27/10/1931. Il decreto viene convertito in legge con il provvedimento n. 476 del 30 marzo 1931. Castellani è nominato ordinario per chiara fama in base all'art. 69 della legge Casati del 13 novembre 1859. Il provvedimento consente al medico di mantenere attività didattiche contemporaneamente a New Orleans e a Londra.

¹³ Archivio Centrale dello Stato (d'ora in poi ACS), *Segreteria particolare del Duce* (d'ora in poi SPD), Carteggio ordinario, Serie numerica 1922-1943, b. 1346, f. 511889, lettera di Aldo Castellani al Capo del Governo 26/1/31. L'archivio storico della Clinica, oggi Clinica delle Malattie Infettive, è probabilmente andato disperso e ad eccezione di alcuni documenti conservati presso l'Archivio storico dell'Università di Roma La Sapienza, non è stato fino ad oggi possibile rinvenire altri materiali archivistici.

¹⁴ R.d.l. 18 dicembre 1930, n. 1837, *Insegnamento di statistica e clinica*, cit. I contributi sono così distribuiti: l'impegno maggiore è sostenuto dal Ministero della Marina che versa annualmente alla Clinica 50.000 lire. Il Ministero dell'Interno e quello dell'Aeronautica contribuiscono entrambi con il versamento di 20.000 lire; 10.000 lire è invece l'ammontare corrisposto dal Ministero della Guerra.

¹⁵ I contributi di Luigi Amedeo d'Aosta e della duchessa d'Aosta, Elena di Borbone-Orléans sono ricordati nella lapide scolpita in bronzo dallo scultore Romanelli e affissa nell'atrio della Clinica. Oggi, sulla stessa parete, si trova un dipinto che raffigura Castellani impegnato a illustrare un caso clinico di malattia tropicale agli studenti della scuola di specializzazione.

stanziare per l'allestimento dell'Istituto nel 1933¹⁶.

Con l'apertura della Clinica viene dato avvio, all'interno dell'ateneo romano, ad un percorso formativo per medici coloniali, così come era avvenuto con la costituzione della scuola diretta da Giuseppe Franchini a Bologna (1924-1930)¹⁷ e poi a Modena (1931). La facoltà di medicina e chirurgia dell'università dispone ora di una scuola di perfezionamento di durata biennale, che dà accesso al diploma di specializzazione in clinica delle malattie tropicali e subtropicali¹⁸.

Con un provvedimento dell'aprile 1935, anche il Ministero delle Colonie partecipa al finanziamento dell'istituto prelevando la quota annua di 40.000 lire dal bilancio dei governi d'oltremare¹⁹, quota aumentata a 100.000 lire nel marzo 1936 secondo una legge²⁰, già in discussione dalla fine dell'anno precedente²¹, che stabilisce anche per il Ministero della Guerra un aumento di apporto da 10 a 60 mila lire annue.

I fondi sono concessi in vista degli oneri che la struttura deve sostenere per la spedizione etiopica «affinchè [quest'ultima] possa sempre meglio adempiere - si legge nella discussione del disegno di legge - alle nuove e fondamentali necessità imposte dalle operazioni militari in Africa Orientale e dall'opera di civiltà da esse connessa». Infatti «[...] per volere del Capo del Governo tutti i medici destinati in Africa Orientale devono seguire uno speciale corso di studi presso la Clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali. Fino ad oggi sono stati svolti 16 di tali corsi»²².

Il documentario *Sanità in A.O.* prodotto dall'Istituto Luce a fine conflitto ritrae la clinica proprio nei mesi di preparazione e svolgimento della campagna, mostrando il funzionamento quotidiano dell'istituto al suo quarto e quinto anno di attività. Castellani, in camice bianco e «armato» di stetoscopio, è ripreso mentre illustra ai propri studenti «i casi patologici più interessanti» ospitati dall'istituto, e visita i pazienti esposti come oggetto di osservazione sperimentale più che di conforto terapeutico: «un negro ammalato di colite amebica - recita la voce fuoricampo intrecciando mostruosità scientifiche e razziali - e due casi di lebbra»²³.

La camera segue poi il passaggio di Castellani nei diversi ambienti e luoghi in cui prende

¹⁶ R.d.l. n. 1161 del 13 luglio 1933, *Concessione alla R. Università di Roma di un contributo straordinario di L. 300.000 per l'arredamento e il completamento della clinica di malattie tropicali e subtropicali*.

¹⁷ Istituto coloniale fascista, *Annuario delle colonie italiane e dei paesi vicini*, Roma 1928, pp. 63-64; G. Franchini, *Rapporto sul funzionamento della scuola di patologia coloniale. Anno scolastico 1926-1927*, R. Università di Bologna, Bologna 1928.

¹⁸ R.d.l. 27 Ottobre 1932, n. 2090 *Modifiche allo statuto della R. Università di Roma*.

¹⁹ Legge 11 aprile 1935, n. 544 *Concessione alla Regia Università di Roma, per il finanziamento della Regia clinica delle malattie tropicali e subtropicali, di un contributo di L. 40.000 da prelevarsi dai bilanci delle quattro Colonie Africane*. A decorrere dall'esercizio finanziario 1934-35, il Ministero delle Colonie preleverà un contributo annuo di 100.000 lire ripartito in maniera eguale tra governo della Tripolitania, Cirenaica, Somalia ed Eritrea.

²⁰ Legge 26 marzo 1936, n. 564, *Aumento dei contributi corrisposti dai Ministeri delle colonie e della guerra a favore della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali della Regia Università di Roma*.

²¹ Atti parlamentari, Legislatura XXIX, I Sessione, Discussioni, Tornata del 18 dicembre 1935, Discussione del disegno di legge, *Aumento dei contributi corrisposti dai Ministeri delle colonie e della guerra a favore della Regia Università di Roma*.

²² *Ibidem*

²³ Nonostante la voce narrante che accompagna le immagini sottolinei come «la sensazione al dolore» sia «quasi sparita in questi ammalati», e ritragga Castellani in atteggiamenti di cura paterna. Istituto Nazionale Luce, *Sanità in A.O.*, cit.

forma l'attività dell'Istituto - «la biblioteca, il laboratorio di istologia, il laboratorio di microbiologia» - e immerge lo spettatore nello sguardo del medico rendendo accessibile ciò che è visibile al solo occhio della scienza moderna: Castellani, e con lui il pubblico del documentario, osservano al microscopio la «castellanella, un tripanosoma parassita della malattia del sonno africano» [...]; «un preparato di sangue da un altro caso di malattia del sonno»; e infine «l'ameba, parassita che produce la varietà di dissenteria più comune in Africa». Come si leggerà nel 1937 sulle pagine del «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale», «questa Clinica precisiamo non è un ospedale: quivi i malati, pur ricevendo le cure più assidue e perfette, prestano la loro infermità a servizio della scienza, costituendo un *vivente museo* sul quale si formano i quadri dell'esercito sanitario [...]»²⁴.

La prima parte del documentario si conclude con una panoramica dell'aula magna della Clinica in cui si sta svolgendo l'ultima lezione del corso di medicina tropicale diretto a «ufficiali medici ed infermiere» e tenuto «dal professor Castellani partente per l'Africa, in qualità di generale medico, ispettore superiore, generale dei servizi sanitari e delle forze militari e civili in Africa Orientale».

Seguono le immagini dei preparativi sanitari per la campagna d'Etiopia: gli interni di una delle otto navi ospedale messe a disposizione dalla Marina²⁵, con sale di degenza per i ricoverati e camere operatorie. Poi l'imbarco delle truppe di sanità dal porto di Napoli, acclamate dalla folla, e l'arrivo a Massaua di uomini e materiali sanitari.

Oltre ai mezzi di ricovero e sgombero dei malati - treni ospedale, aerei per il trasporto degli infermi, ambulanze radiologiche e odontoiatriche, nuove forme di sgombero motorizzato predisposte dall'esercito come le «littorine [che] trasportano i convalescenti da Asmara a Massaua dove si imbarcano per il ritorno in patria»²⁶ - la pellicola passa in rassegna le moderne tecniche di profilassi utilizzate nei mesi della campagna contro le malattie infettive. Potabilizzatori, squadre di disinfezione, stufe a vapore per la pulizia dei vestiti scorrono in sequenza in un accumulo di *oggetti tecnici* per il contrasto delle affezioni che si annidano nella popolazione indigena e nelle sue abitazioni, secondo un'immagine stratificata, e frequente nella letteratura medica degli anni trenta, che assegna ai colonizzati la responsabilità della diffusione delle malattie e della contaminazione del corpo europeo. La natura africana, che fa da sfondo alle operazioni di sanità militare, è annientata dalle immagini della civilizzazione, che hanno culmine nelle inquadrature degli ambulatori italiani affollati dai nuovi sudditi coloniali in attesa della vaccinazione. «L'assistenza sanitaria - recita la voce narrante - non serve soltanto per le truppe ma anche per le popolazioni indigene che vengono

²⁴ *La clinica per lo studio delle malattie tropicali di Roma*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale», 3 (1937), p. 6. Il corsivo è mio.

²⁵ ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. II*, b. 181/34, f. 165 Campagna: note e considerazioni sanitarie, A. Gardina, *Note e considerazioni sanitarie sulla guerra per la fondazione dell'Impero dedotte dalle comunicazioni pervenute all'Ufficio Centrale Notizie*, Ufficio Centrale Notizie, Roma 1937-38, p. 17.

²⁶ Istituto Nazionale Luce, *Sanità in AO*, cit.; nella relazione predisposta, a fine conflitto, dalla Direzione di Sanità Militare si legge: «nel tratto ferroviario Asmara-Massaua furono attrezzate automotrici littorine, che corrisposero egregiamente alle finalità di un celere, comodo, economico trasporto: primo esperimento in guerra di questo speciale metodo di sgombero segnalato nell'ultima sessione della Commissione internazionale di studio del materiale sanitario di Ginevra», USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica sulle condizioni sanitarie delle forze armate nelle colonie negli anni 1935-36*, Roma 1939, pp. 13-14.

vaccinate contro le malattie che infieriscono invece, mietendo vittime, nelle file avversarie».

Attraverso una giustapposizione di filmati girati in momenti diversi della guerra, la pellicola del Luce costruisce una rappresentazione dell'organizzazione sanitaria in sequenza temporale: dopo il momento di preparazione - che è principalmente preparazione «scientifica», affidata e supervisionata da uno specialista -, e le immagini di efficienza del servizio sanitario in azione (in cui compare Castellani nella veste di ispettore delle strutture sanitarie operanti in colonia), le ultime sequenze si concentrano sulla fine del conflitto e sulla celebrazione, affidata alla voce di Castellani, dei risultati raggiunti. Il medico fiorentino, di fronte al pubblico dell'aula magna e degli spettatori, «espone i risultati dell'opera svolta nel campo sanitario durante i sette mesi di campagna in Africa Orientale», aprendo e chiudendo così il filmato Luce, a testimonianza del ruolo chiave in cui la propaganda fascista intende rappresentarlo. «Signori e signore, eccomi di ritorno tra voi dopo un anno di permanenza in Africa. Quali sono stati i risultati della campagna nel campo sanitario? Sento di poter dire meravigliosi, in questo come in tutti gli altri campi, grazie alle direttive date dal capo del Governo». Il tropicalista articola il discorso, come nelle numerose conferenze che a fine conflitto dedicherà al servizio prestato, nonché nel discorso trasmesso alla radio il 26 luglio 1936²⁷, secondo una logica della comparazione, creando un vero e proprio stilema comunicativo che verrà ripetuto dai quotidiani e riviste specialistiche e che rafforza l'appartenenza del conflitto etiopico - una guerra moderna per mezzi e contingenti impiegati²⁸ - al quadro delle spedizioni coloniali.

Dopo aver passato in rassegna, nella sua relazione, le condizioni sanitarie dell'esercito etiopico, seguendo la testimonianza di un corrispondente della stampa estera citato come garante di imparzialità²⁹, Castellani procede paragonando la guerra italo-etiopica alle precedenti campagne militari condotte in territori extra-europei, con l'aiuto di istogrammi relativi alle percentuali di mortalità dei corpi di spedizione, che compaiono nel filmato a sostegno della comprensione visiva dello spettatore:

Quali furono le condizioni di salute delle truppe europee nelle altre guerre coloniali? Eccovi alcuni esempi: il corpo di spedizione francese nel Madagascar del 1895, si componeva di 9.600 uomini: durante un periodo di 7 mesi [...] 2.391 uomini morirono di malattia. Nella guerra boera, durante l'anno 1900, l'esercito britannico si

²⁷ La comunicazione fa parte di una serie di trasmissioni organizzate dall'EIAR a fine conflitto. V. Deplano, *L'Africa in casa*. cit., p. 113. La trascrizione dell'intervento si trova nell'articolo *Misure Sanitarie e risultati ottenuti durante la guerra italo-etiopica*, in «L'azione coloniale», 31 luglio 1936. Non è la prima volta che Castellani parla alla radio, a testimonianza del ruolo di intermediario tra pubblico e zone di guerra, tra fronte interno e fronte bellico, che il tropicalista si troverà a svolgere durante e a fine conflitto. Nel numero di febbraio 1936 de «La lettura» si legge: «A questo punto giova ricordare che recentemente alla radio il senatore Castellani mise in guardia le madri le spose le sorelle dei nostri soldati e dei nostri operai che si trovavano nell'Africa Orientale contro certe voci, sorte chi sa come e dove, di numerose malattie che avrebbero colpito le nostre truppe». L. Bottazzi, *Un cacciatore di microbi*, in «La lettura. Rivista mensile del Corriere della sera», XXXVI, 2 (1936).

²⁸ G. Rochat, *Le guerre italiane 1935-1943. Dall'impero d'Etiopia alla disfatta*, Torino 2008; N. Labanca, *Oltremare*, cit.; Id., *La guerra d'Etiopia. 1935-1941*, Bologna 2015.

²⁹ «Prima di tutto quali furono le condizioni di salute delle forze abissine durante la guerra? Citerò a proposito un corrispondente americano [...] della United Press di America, il quale fu in Abissinia durante tutta la campagna. Ecco quello che egli dice: le malattie infierivano, l'esercito del fronte sud fu decimato dallo scorbuto, quello del fronte nord dal vaiolo. Quella terribile malattia che è il tifo petecchiale passava da un accampamento all'altro falciando numerose vittime in pochi giorni. Infatti l'esercito abissino ebbe enormi perdite per malattia». Istituto Nazionale Luce, *Sanità in AO*, cit.

componeva di 174 mila uomini: nel periodo di sette mesi [...] vi furono 5.219 decessi per malattia; nel 1917, il corpo di spedizione degli alleati dell'Africa Orientale Tedesca, principalmente truppe britanniche, si componeva di 50 mila uomini, in un periodo di sette mesi, dal gennaio al luglio, vi furono 2.120 morti per malattia.

Quali sono state le perdite dovute a malattie nell'esercito nostro durante l'ultima campagna? [...] Si trattava di 500 mila uomini. In base all'esperienza di altre guerre coloniali combattute con truppe bianche dovevamo preventivare tra i 15 mila e 25 mila morti per malattia. Quanti ne abbiamo avuti? 599. Non occorre il commento. Viva il re! Viva il Duce!

A fine conflitto, i «successi» sanitari della spedizione etiopica saranno celebrati, con tono trionfalistico e stile iperbolico, nei quotidiani e nella stampa specialistica, e all'interno delle comunicazioni accademiche. Nell'ottobre 1936, al X Congresso di Igiene che si tiene a Napoli, il generale medico Alcibiade Andruzzi - direttore di sanità durante la guerra presso il Ministero delle Colonie - parla di miracolo programmato, «logica conseguenza di una perfetta organizzazione sanitaria voluta dal duce», in una relazione che contiene tutti gli stilemi retorici che, dallo scoppio del conflitto, iniziano a circolare con insistenza sulla stampa³⁰.

Già durante la campagna i quotidiani avevano offerto a Castellani diversi tributi, in un'esaltazione modernizzante dell'operato del medico tropicalista, in cui il termine «scienza» sovrasta quello di medicina, e Castellani è presentato come simbolo dell'investimento del regime nel sapere scientifico³¹. Il tropicalista compare negli articoli affiancato a Guglielmo Marconi, e descritto insieme a lui come «suprem[o] comandant[e] dell'Esercito» perché «Benito Mussolini sa che oggi senza scienza nulla si muove e si crea [...]»³². Una retorica iperbolica che giunge fino alla falsificazione: Castellani, «il più grande specialista al mondo»³³, è inserito in un quadro di esaltazione della scienza nazionale³⁴ quando, come si vedrà, il medico fiorentino fino agli anni trenta avrà ben poco a che fare con il contesto italiano, sia sul piano della formazione che dell'esercizio dell'arte sanitaria.

Ma la dimensione razionalizzata celebrata dalla propaganda - «nessun esercito coloniale fu mai sottoposto ad una assistenza sanitaria così assidua così vigile così illuminata»³⁵ - e il successo sul piano sanitario della campagna etiopica sono testimoniati anche dalle relazioni del War Office britannico:

[Italy has] a very efficient service as [it has been] shown by the excellent results produced during the Italo-Abyssinian war when white losses from sickness and accident during the whole 16 months of the campaign were 1.229 died and some 25.000 evacuates on the Northern front where approximately 300.000 white troops were

³⁰ ASDMAE, *MAI* vol. II, b. 181/35, f. 167, Relazione di A. Andruzzi, *Problemi Igienici dell'Impero Coloniale - X congresso di Igiene Napoli 4-7 ottobre 1936*.

³¹ Sul rapporto tra scienza e fascismo: R. Maiocchi, *Scienza e fascismo*, cit.; F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, cit.; C. Pogliano, F. Cassata (a cura di), *Storia d'Italia, Annali XXVI. Scienze e cultura dell'Italia unita*, cit.; su scienza statistica e regime, in particolare, si veda D. Padovan, *Saperi strategici: le scienze sociali e la formazione dello spazio pubblico italiano fra le due guerre mondiali*, Franco Angeli, Milano 1999; F. Cassata, *Il fascismo razionale. Corrado Gini fra scienza e politica*, Carocci, Roma 2006.

³² *Un cacciatore di microbi e un clinico: Aldo Castellani* in «Le forze sanitarie», 20/08/1935.

³³ *Aldo Castellani il più grande specialista di malattie tropicali* in «Illustrazione del popolo», 51 (1935). Ringrazio la dott.ssa Luisa Castellani per avermi consentito l'accesso a questo articolo e ad altro materiale documentario sulla figura di Castellani.

³⁴ *Un cacciatore di microbi*, in «Corriere milanese», 10/02/1936.

³⁵ L. Bottazzi, *Un cacciatore di microbi*, cit.

employed³⁶.

Ci si potrebbe chiedere, con l'autore dell'articolo *Un cacciatore di microbi* apparso sul mensile «La Lettura» nel febbraio 1936, «a che cosa si [possano] attribuire questi risultati»; una domanda che, superando la dimensione retorica da cui ha origine, pone in realtà alcune questioni fondamentali sul rapporto tra *expertise* scientifica, dittatura e guerra: il ruolo assunto da Castellani durante il conflitto, la natura della sua competenza e i caratteri della conoscenza elaborata dai corpi militari impegnati nell'organizzazione del servizio sanitario bellico; la posizione dominante acquisita dal medico nell'ambito della comunità scientifica italiana e i fattori del suo «successo» politico; il rapporto infine tra «guerra fascista», medicina coloniale, scienza volgarizzata, e processi di legittimazione del sapere. Nei paragrafi che seguono si cercherà di affrontare i nodi sollevati, nella convinzione che solo una dimensione attenta alla ricostruzione degli sviluppi della scienza medica tra fine ottocento e inizio novecento possa offrire risposte esaurienti.

6.3 Costruzione di un'*expertise*

Laureatosi a Firenze nel 1899 in anni in cui è la microbiologia a costituire il paradigma che orienta la pratica e la teoria medica, Castellani compie i suoi primi studi specialistici a Bonn presso il laboratorio del batteriologo Walther Kruse³⁷. A inizio secolo è a Londra come alunno dello Jenner Institute of Preventive Medicine³⁸, centro di ricerca impegnato, come l'Institut Pasteur di Parigi, nel perfezionamento dei nuovi metodi della vaccinazione.

«Quand'ero studente [...] - scrive Castellani nelle sue memorie -, la palma della supremazia spettava alla batteriologia. Ogni malattia era dovuta ad un microbo: perfino il beri beri, lo scorbuto e il pellagra [sic]»³⁹. Celebrata come l'atto di nascita della medicina moderna, la microbiologia di Pasteur e di Koch aveva messo appunto un efficace programma di lotta ai morbi infettivi, sostenuto da un'ideologia espansionistica che ben si accordava con le politiche di conquista dell'oltremare, ed offriva ai medici un ruolo di avanguardia nell'esportazione dei metodi di lotta contro i microbi, nemici invisibili dell'uomo⁴⁰. Individuati come causa unica, specifica delle affezioni, i nuovi responsabili delle patologie umane trovavano corpo nel

³⁶ The National Archives, *War Office*, 222/3, *Italian Medical Services in Middle East*, 1937.

³⁷ Annuario generale dell'Accademia nazionale dei XL, Roma 1954, pp. 85-93. Per una ricostruzione delle vicende biografiche del medico si veda A. Sebastiani, C. Serarcangeli, *Aldo Castellani (1874-1971). Un viaggio scientifico lungo un secolo*, in «Medicina nei secoli», 15/3 (2003), pp. 469-500; V. Martines, *Un protagonista della medicina Aldo Castellani*, Roma 1989.

³⁸ Archivio storico della Società Geografica Italiana (d'ora in poi ASSGI), *Fondo Giotto Dainelli*, f. 532 Corrispondenza Dainelli. Castellani A. I°, 8/7/1898 - 12/6/1903, lettera del 14 dicembre 1902; lettera del 15 maggio 1902.

³⁹ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., p. 365.

⁴⁰ A.M. Moulin, *Tropical without the tropics*, in D. Arnold, *Warm climates and western medicine. The emergence of tropical medicine, 1500-1900*, Rodopi, Amsterdam 1995. Id., *L'aventure de la vaccination*, cit.; Id., *Les origine de l'immunologie et les instituts Pasteur*, s.d.; Id., *Les instituts Pasteur du Maghreb*, cit. Sulla medicina pasteuriana B. Latour, *Les microbes. Guerre et paix*, cit.; C. Solomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pastoriennne*. cit.

laboratorio, protagonista della ricerca medica di fine ottocento e luogo di elevazione della medicina a *scienza*. Al di fuori della pretesa «rivoluzionaria» avanzata dalla scienza pasteuriana, lontana ormai dalle «vaghe» concezioni miasmatiche della medicina ippocratica, non è possibile comprendere i caratteri della medicina tropicale: un settore di studi sorto attorno al nuovo modello di sviluppo e trasmissione delle malattie - il binomio vettore-parassita - proposto da Patrick Manson, e sistematizzato nel suo volume *Tropical diseases. A manual of the diseases of warm climates*. Castellani si formerà proprio sotto la guida del fondatore della disciplina, come studente nel 1901-02 della London School of Tropical Medicine, poi come docente negli anni venti presso il Ronald Ross Institute⁴¹.

Nell'ambito della medicina coloniale italiana, Castellani sarà tra i pochi tropicalisti⁴² a beneficiare di una formazione internazionale prossima ai centri fondativi della nuova disciplina e alla comunità scientifica sorta intorno ad essa; un percorso che gli consentirà di acquisire prestigio e riconoscimento, a livello internazionale e soprattutto nazionale, quando, una volta tornato in Italia, si confronterà con una disciplina formata prevalentemente all'interno di istituzioni che agiscono entro i confini della penisola⁴³.

Nell'aprile 1902 «Sir Patrick Manson - scrive Castellani - dopo una delle sue [...] lezioni, annunci[ava] che il Foreign Office, in accordo con la Royal Society, aveva deciso di inviare nell'Africa equatoriale e in Uganda una spedizione scientifica»⁴⁴. Si tratta della prima delle commissioni promosse dal governo britannico per contrastare l'epidemia di malattia del sonno - morbo così definito per lo stato letargico che provocava nei colpiti - scoppiata in Uganda nel 1901⁴⁵. Entro la fine del 1902 l'affezione colpirà tra i 20.000 e i 30.000 abitanti della regione del Lago Vittoria, continuando a manifestarsi negli anni successivi anche in Congo e in Africa orientale tedesca, con elevatissimi tassi di mortalità⁴⁶.

Grazie al supporto di Manson, Castellani è selezionato per la spedizione, e nel carteggio che il medico intrattiene in quegli anni con Giotto Dainelli, geografo fiorentino⁴⁷, si legge: «Adesso ti darò una notizia che certo non ti aspetti: chi ti scrive? Il semplice dottorucolo Castellani? No! Ben un alto funzionario del Governo Inglese! Il Governo inglese mi ha nominato membro della Commissione Governativa Scientifica per lo studio di alcune malattie infettive. Incaricata della scelta fra i concorrenti fu la Royal Society che come sai corrisponde ai nostri

⁴¹ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., pp. 333-349.

⁴² Se si eccettuano i casi di Louis Sambon, medico italo-inglese della Liverpool School of Tropical Medicine, Giuseppe Franchini, formatosi all'Istituto Pasteur di Parigi e divenuto direttore nel 1924 della scuola di patologia coloniale di Bologna, e Mario Girolami, studente del Ross Institute e della Scuola di medicina tropicale di Londra negli anni trenta.

⁴³ Ad eccezione dell'Istituto siero Vaccinogeno sorto ad Asmara nel 1909 e che ricopre un ruolo fondamentale nella produzione dei vaccini in colonia e nella prevenzione e lotta contro le malattie del bestiame. ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. III*, b.106, f. 13 Sanità, sf. 21 Appunti Istituto siero-vccinogeno Eritrea.

⁴⁴ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., p. 229.

⁴⁵ D. Neill, *Networks in tropical medicine*, cit., p. 9.

⁴⁶ Ivi, pp. 103-136.

⁴⁷ Giotto Dainelli, geografo e geologo (Firenze 1878 - 1968). Per i riferimenti biografici si veda I. Luzzana Caraci, *Giotto Dainelli*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. XXI (1985). Sulla missione linguistica ed etnografica tra i Saho, promossa dal Ministero della pubblica istruzione tra novembre 1905 e gennaio 1906 in Eritrea, a cui partecipa Dainelli, insieme a Olinto Marinelli, Aldobrandino Mochi e Lamberto Loria si veda G. Dore, «C'è l'Assaorta che ci aspetta...». *Geografi ed etnografi italiani tra i Saho d'Eritrea*, in «Ethnorama», 5 (2010), pp. 15-28.

Lincei»⁴⁸. In una successiva lettera Castellani sottolinea: «È una spedizione come quella di Koch per la malaria etc. La cosa è altamente interessante dal lato scientifico»⁴⁹.

Nella scienza a cavallo tra i due secoli, i viaggi di esplorazione scientifica non costituiscono una prerogativa della sola disciplina geografica o degli studi etnografici⁵⁰. L'esperienza di ricerca nei *tropici* costituisce un momento fondamentale nel sistema di *recognition*⁵¹ interno alla nuova specialità; comporta acquisizione di competenze e accesso a ulteriori spazi di riconoscimento, in primo luogo attraverso la descrizione di nuovi microbi e parassiti, in anni in cui le scoperte scientifiche nel campo della batteriologia e parassitologia si susseguono a ritmo accelerato.

Tra gli agenti patogeni ancora sconosciuti ad inizio secolo vi è quello della malattia del sonno, attorno al cui studio si verrà consolidando la medicina coloniale come campo di ricerca, beneficiaria di un nuovo spazio di applicazione dei propri metodi e delle proprie teorie⁵²; l'elaborazione di strategie di contrasto della *sleeping sickness* offrirà alla ricerca canali di legittimazione e, agli specialisti, possibilità di riconoscimento del ruolo di «advisers» ricoperto nella lotta all'affezione⁵³; possibilità inoltre di veder celebrata la propria azione al servizio del progresso della scienza.

Nel novembre 1902, nel laboratorio allestito dalla spedizione ad Entebbe, Castellani individua nel liquido cerebro-spinale di un malato di *sleeping sickness* la presenza del tripanosoma⁵⁴, parassita già conosciuto come causa di altre affezioni umane ed animali. Le successive spedizioni organizzate dalla Royal Society, guidate dal colonnello medico David Bruce, contribuiranno a chiarire il nesso fra tripanosoma e mosca tse tse, responsabile della trasmissione della malattia.

Nonostante l'accoglienza tiepida che Castellani riceverà inizialmente in Italia⁵⁵, e il conflitto di attribuzione dei meriti della scoperta che lo opporrà a David Bruce⁵⁶, il medico italiano, attraverso le sue osservazioni scientifiche e l'esperienza in Uganda, ha ormai maturato una posizione di notorietà all'interno del mondo scientifico che gli varrà la nomina di docente universitario a Colombo, in Sri Lanka, e la direzione dell'Istituto batteriologico della città. «È

⁴⁸ ASSGI, *Fondo Giotto Dainelli*, f. 532. Corrispondenza Dainelli. Castellani A. I°, 8/7/1898 – 12/6/1903, lettera del 15 maggio 1902.

⁴⁹ Ivi, lettera del 20 maggio 1902.

⁵⁰ S. Puccini, *Andare lontano. Viaggi ed etnografia nel secondo ottocento*, Roma 1999.

⁵¹ R. K. Merton, *The sociology of science*, New York 1973; P. Bourdieu, *Il mestiere di scienziato, corso al Collège de France 2000-2001*, Feltrinelli, Milano 2003. Per un approccio critico alla tradizione di sociologia della scienza inaugurata da Merton: B. Latour, S. Woolgar, *Laboratory Life. The Social Construction of Scientific Facts*, Sage, Beverly Hills 1979; B. Latour, *La scienza in azione. Introduzione alla Sociologia della Scienza*, Edizioni di Comunità, Torino 1998.

⁵² È la malaria a costituire il primo campo di applicazione della medicina tropicale, in Italia problema nazionale e non «coloniale».

⁵³ D. Neill, *Networks in tropical medicine*, cit., pp. 130-37.

⁵⁴ A. Castellani, *Presence of Trypanosoma in sleeping sickness*, in Royal Society, *Reports on the Sleeping Sickness Commission*, London 1903; F. Rho (Istituto coloniale italiano), *La malattia del sonno. Le recenti conferenze internazionale su essa*, Tipografia dell'Unione Cooperativa Editrice, Roma 1908.

⁵⁵ ASSGI, *Fondo Giotto Dainelli*, f. 532 Corrispondenza Dainelli. Castellani A. I°, 8/7/1898 – 12/6/1903, lettera s. d. (ricezione 10 Giugno 1903): «Non ho parole per descrivere alcuni miei colleghi di Firenze! Maledetto quando ho fatto il patriottico e mandai loro quella piccola comunicazione. Cosa cianciano quando non hanno mai visto un caso di sleeping sickness e non sanno quello che è un tripanosoma».

⁵⁶ J. Boyd, *Sleeping Sickness: The Castellani-Bruce Controversy*, in «Notes and Records of the Royal Society of London», XXVIII, 1 (1973), pp. 93-110.

una bella soddisfazione per me l'offerta fattami dal Ministro Chamberlain - scrive Castellani a Dainelli - [...] A Ceylon esiste una delle più grandi scuole di medicina imperiale e le lauree prese lì sono valide anche per esercitare in Inghilterra»⁵⁷.

Castellani rimarrà a Colombo per più di un decennio, rendendo «apprezzabili servizi sia a quel governo che a quella cittadinanza, con grande incremento della sua reputazione scientifica» tanto «da rendere difficile la sua sostituzione», come farà presente al Ministero degli Esteri il governatore dell'isola per via dell'ambasciata britannica⁵⁸. Nel 1914 era stato infatti nominato⁵⁹ professore ordinario in clinica delle malattie tropicali presso l'Università di Napoli⁶⁰, primo centro universitario della penisola ad istituire una cattedra diretta all'insegnamento delle «patologie coloniali». Un incarico di docenza, come si è visto, che però per lo scoppio della guerra Castellani non ricoprirà mai una volta rientrato in Italia⁶¹.

La sospensione della docenza a Napoli non costituisce un caso isolato, nel quadro generale dell'andamento degli studi medici italiani, come si è sottolineato nei capitoli precedenti. Con lo scoppio del conflitto mondiale le pubblicazioni, numerose negli anni della guerra italo-turca, si interrompono e le riviste specializzate in patologia e igiene coloniale riconvertono i loro contenuti ai temi della medicina militare. Gli studiosi italiani di malattie tropicali prendono parte all'esperienza bellica partecipando all'organizzazione dei servizi sanitari⁶² - cresciuti ipertroficamente per fare fronte alla gestione dei feriti e degli ammalati - e Castellani è inviato, nel maggio 1915, sul fronte balcanico, interessato da una vasta epidemia di tifo esantematico che miete vittime tra la popolazione civile e militare.

Dato l'ottimo servizio prestatato, «in introducing prophylactic measure for the combatting of disease»⁶³, presso l'ospedale allestito dalle forze alleate in soccorso dell'esercito serbo, Castellani sarà nuovamente inviato, nell'anno successivo, sul fronte orientale, come maggiore medico della riserva navale, e nominato capo degli ospedali del Serbian Relief Fund⁶⁴. Nel 1916 opera a Corfù e successivamente in Macedonia, dedicandosi all'osservazione [della] malaria - che egli ritiene la principale causa di morbilità per l'esercito - e [delle] «malattie

⁵⁷ ASSGI, *Fondo Giotto Dainelli*, f. 533 Corrispondenza Dainelli. Castellani A. II°, 18/6/1903 – 4/4/1908, lettera del 28 luglio 1903.

⁵⁸ ACS, *Ministero della pubblica istruzione* (d'ora in poi MPI), Dir. Gen. dell'Istr. Univ., Divisione Prima, Fascicoli personali dei professori ordinari, III versamento, b. 106, f. Aldo Castellani, lettera n. 18850/41 del 6 aprile 1915 da Ministero degli Affari Esteri (Dir. Gen. Aff. Privati) al Ministero della Pubblica Istruzione (Dir. Gen. Istruz. Superiore).

⁵⁹ Ivi, Telegramma n. 1096, 2 febbraio 1915, da Rettore Università di Napoli a Ministero della Pubblica Istruzione.

⁶⁰ R. D. n. 89, 1/02/1914, *Istituzione presso la R. Università di Napoli di una cattedra di Clinica delle malattie tropicali*; legge n. 795, 19/07/1914, *Istituzione presso la R. Università di Napoli di una cattedra di clinica delle malattie tropicali*.

⁶¹ ASSGI, *Fondo Giotto Dainelli*, f. 534. Corrispondenza Dainelli. Castellani A. III°, 16/6/1908 – 16/1/1922, lettera del 31 marzo 15.

⁶² Filippo Rho, direttore della rivista «Annali di medicina navale e coloniale», è nominato nel 1916 capo dell'Ispettorato di sanità militare marittima. Umberto Gabbi, fondatore del periodico «Malaria e malattie dei paesi caldi» e di una delle prime società di medicina coloniale, è incaricato nel 1918 dalla Direzione generale di sanità militare di esaminare dei focolai di malattie infettive «esotiche» manifestatisi nelle retrovie.

⁶³ ACS, MPI, Dir. Gen. Istr. Univ, Divisione Prima, Fascicoli personali dei professori ordinari, III versamento, b. 106, f. Aldo Castellani, Nota verbale - Ministero Affari Esteri, Roma 27 settembre 1915.

⁶⁴ Ufficio Storico dello Stato Maggiore della Marina Militare (d'ora in poi USMM), *P2 Titolario*, b. 35 Aldo Castellani, f. 1, lettera dell'8 aprile 1916.

tropicali nella zona balcanico-adriatica»⁶⁵; con il supporto delle autorità inglesi, sperimenta, per la profilassi delle affezioni tifiche-paratifiche, il sistema di vaccini misti (tetravaccino) che verrà in seguito somministrato alle truppe in partenza per l'Etiopia nel 1935-1936. Di fronte all'aumentato rischio epidemico, che la guerra mondiale inaugura con le sue dimensioni di massa, in cui movimenti e concentrazioni di uomini avvengono su scala inedita, la profilassi delle malattie infettive costituisce, al pari del trattamento dei feriti, un imperativo ideologico per i medici coinvolti nel conflitto, mobilitati a fianco degli altri uomini «di scienza» per la tutela e il potenziamento dell'efficienza bellica delle truppe.

Dopo un periodo di congedo in Italia, Castellani tornerà in territorio balcanico, questa volta con precise istruzioni da parte del capo del servizio medico della Marina, Filippo Rho, in merito alle ricerche da effettuare in vista della sua partecipazione alla Commissione sanitaria interalleata (1916-1919), organismo promosso per lo studio e l'approfondimento dei problemi di igiene «di guerra» e la gestione del rischio di diffusione delle malattie infettive:

Durante la permanenza ad Ostrovo la S. V. avrà anche lo speciale incarico di radunare materiali di osservazione scientifica circa alcune malattie che interessano principalmente la medicina militare (itteri infettivi, gastroenteriti nostrane ed esotiche, infezioni del gruppo tifo-paratifo, infezioni miste ecc.) in modo da poter eventualmente prestare in proposito comunicazioni alla seconda riunione della Commissione sanitaria fra gli Alleati che avrà luogo a Parigi il 21 febbraio 1917 e seguenti. Per questa nuova riunione, il presidente Santoliquido ha fatto insistenti premure affinché anche la Marina sia bene ed autorevolmente rappresentata, e questo Ministero, [ha] avuto riguardo alla speciale competenza in questioni di patologia esotica e malattie infettive che è universalmente riconosciuta in V.S.⁶⁶.

La relazione di Castellani alla Commissione riscuote forte successo: il medico tropicalista tiene «viva l'attenzione dell'uditorio», individuando sul fronte orientale patologie «tropicali» che «attualmente sembravano totalmente confinate nei paesi caldi, laddove le popolazioni primitive vivono in uno stato primordiale di igiene che per tante circostanze difficili da modificare si riproduce nelle vite delle trincee»⁶⁷.

Grazie all'opera svolta sul fronte, in cui esperienza di guerra e pratica medica in colonia si presentano connesse, Castellani verrà nominato delegato della Marina alla Conferenza chirurgica tra i paesi alleati (1917 -1919)⁶⁸, allo scopo di facilitare l'elaborazione di standard e principi d'azione per la pratica medica in guerra. Alla fine della guerra sarà designato rappresentante delle «colonie italiane» dell'Office international d'hygiène publique (OIHP)⁶⁹ e inviato nel 1919 in missione in Polonia - promossa dall'appena nata Lega delle società della

⁶⁵ A. Castellani, *Alcune osservazioni sulla malaria e su altre malattie tropicali della zona balcanico adriatica*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 3-4 (1918), pp. 169-213.

⁶⁶ USMM, *P2 Titolario*, b. 35 Aldo Castellani, f. 1, lettera n. 12226, 15 novembre 1916.

⁶⁷ Ivi, lettera del 26 marzo 1917 da Ministero della Marina a Dir. Gen. Uff. e Servizio Militare e Scientifico.

⁶⁸ ACS, *MPI*, Dir. Gen. dell'Istr. Univ., Divisione Prima, Fascicoli personali dei professori ordinari, III versamento, b. 106, f. Aldo Castellani, lettera n. prot. 768, 24 novembre 1917, da Ministero della Marina, Ispettorato di Sanità a Ministero della Pubblica Istruzione.

⁶⁹ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., p. 326-32; H.J. Norman, *International Public Health between the Two World Wars. The Organizational Problems*, World Health Organization, Geneva 1978, p. 86.

Croce Rossa (LSCR) - per contrastare l'epidemia di tifo che «si temeva [...] potesse estendersi attraverso l'Austria all'Italia e alla Francia»⁷⁰.

In qualità di membro delle nuove o rinnovate istituzioni, il medico tropicalista, al pari di altri studiosi entrati a far parte dei nuovi circuiti di comunità *savantes* si troverà al centro di un processo di ridefinizione degli strumenti dell'azione internazionale sulle questioni di salute e igiene; strumenti che erano stati progressivamente messi appunto a partire da metà ottocento quando, in una fase di espansione del commercio internazionale e di primo avvio delle conquiste coloniali, i problemi di «sicurezza sanitaria» avevano iniziato ad occupare un posto di primo piano nelle preoccupazioni degli Stati⁷¹. Con la prima guerra mondiale - e gli organismi sorti durante il conflitto per far fronte ai nuovi problemi e rischi «globali» - si assisterà infatti, come ha sottolineato la recente storiografia, ad un passaggio da un regime di regolazione delle crisi sanitarie strettamente diplomatico, preoccupato principalmente del controllo delle frontiere sanitarie, ad uno «transnazionale» basato sullo studio e sullo scambio di informazioni scientifiche⁷². Un assetto che prefigura ciò che accadrà con la ricostituzione del movimento sanitario nell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni costituita nel 1923. Sono infatti esperti quelli che si riuniscono nelle conferenze internazionali di medicina del dopoguerra, rivolte allo studio di questioni *tecniche* attraverso gli strumenti dell'inchiesta scientifica, viaggi di studio, e una formazione altamente internazionalizzata⁷³.

Attraverso la partecipazione a questa nuova dimensione dell'azione sanitaria internazionale, Castellani consoliderà la sua *expertise*, non solo di medico coloniale, ma anche di appartenente ad una élite internazionalizzata che ha visto nella guerra un veicolo di consolidamento identitario e professionale, e nel primo dopoguerra possibilità aumentate di scambio delle conoscenze nonché di riconoscimento delle proprie capacità di indirizzo delle politiche di tutela della salute pubblica.

6.4 L'organizzazione sanitaria della campagna d'Etiopia: medicina militare, medicina tropicale, propaganda

L'organizzazione sanitaria per le operazioni militari in Africa Orientale fu dovuta, per così dire, creare *ex novo*, perché la modesta attrezzatura dei nostri antichi possedimenti, rispondente alle limitatissime esigenze del

⁷⁰ USMM, *P2 Titolare*, b. 35 Aldo Castellani, f. 1, lettera del 17 agosto 1939, Londra, da Aldo Castellani al Rettore della R. Università di Roma.

⁷¹ La prima Conferenza, tenutasi a Parigi nel 1851, e le successive undici organizzate prima dello scoppio della guerra avranno un ruolo fondamentale nella definizione di un sistema intergovernativo di prevenzione e lotta contro affezioni epidemiche. Ma soprattutto orienteranno sempre di più il loro campo d'azione attorno al controllo di uno dei più grandi redistributori di malattie epidemiche - il pellegrinaggio alla Mecca - sottoposto ad un regime sanitario speciale, tutto incentrato sull'applicazione di rigide norme quarantenarie. M. Harrison, *Disease, Diplomacy and International Commerce: the Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century*, in «Journal of Global History», 1 (2006); Chiffolleau, *Genèse de la santé publique*, cit.; Id., *Le pèlerinage à La Mecque à l'époque coloniale*, cit. Sul pellegrinaggio alla Mecca si veda anche M. Zaccaria, *Lo spazio dei credenti e i confini della colonia*, cit.

⁷² A. Rasmussen, *Documenter la santé en guerre: l'Internationale sanitaire interalliée, 1915-1919*, in «Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin», 44 (2016), pp. 103-118; C. Paillette, *Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923*, in «Monde(s)», 2 (2012), pp. 235-256.

⁷³ Chiffolleau, *Genèse de la santé publique*, cit.

normale periodo di pace non poteva costituire una benché minima base per l'impianto e lo sviluppo dei servizi igienico sanitari richiesti dalle nuove necessità⁷⁴.

Così si apre la relazione redatta, nel 1939, dalla Direzione di sanità militare per testimoniare l'opera svolta durante la campagna d'Etiopia. La scarsità di conoscenze dei territori teatro delle operazioni, l'assenza di opere e strutture adeguate ad accogliere «le ingenti masse di armati», le difficoltà logistiche del conflitto in «immensi territori inospitali» costringono la sanità militare - come sottolinea la relazione - a costruire *ex novo*, come se niente fosse preesistente alla guerra, il sistema di strutture sanitarie a tutela del corpo di spedizione, in uno sforzo organizzativo che deve far fronte a tutte le particolarità che un conflitto coloniale moderno pone.

Le scarse e frammentarie conoscenze della climatologia e della meteorologia, rese note in modo superficiale anche nei trattati più attendibili, la mancanza di notizie sulla idrografia e sulla idrologia delle varie regioni, così dissimili fra loro, la grande scarsità di strade con sottofondo mentre le piste stradali erano impraticabili per lungo tempo a causa delle abbondanti piogge, rendevano estremamente ardua la risoluzione di numerosi problemi che venivano ad imporsi all'arrivo della truppa [...] ⁷⁵.

La relazione del 1939 non è l'unica a insistere sulle difficoltà della spedizione etiopica sul piano sanitario, difficoltà che il filtro della propaganda non nasconde, anzi evidenzia come testimonianza dello sforzo organizzativo sostenuto dai corpi di sanità delle forze armate.

In Somalia, nei primi mesi del 1935 - si legge nella relazione della Direzione di sanità della delegazione d'Intendenza a Mogadiscio - «l'organizzazione igienico sanitaria», era «appena sufficiente per le necessità delle [...] truppe che costituivano il R. Corpo Truppe Coloniali e per i pochi bianchi residenti»⁷⁶; ugualmente secondo il capo dei servizi d'Intendenza - il generale di divisione Fidenzio Dall'Ora - le strutture presenti in Eritrea rappresentano una base troppo ridotta per le necessità della «nuova organizzazione igienico-sanitaria da approntare e sviluppare in vista della campagna»⁷⁷. Per provvedere al «trasporto degli ammalati e feriti in Patria» anche la Marina, scrive il colonnello Aiello, autore nel 1936 dell'articolo di sintesi *La nostra flotta sanitaria in A.O.*, si era trovata di fronte «vasti e importanti problemi di carattere organico e logistico»⁷⁸.

Secondo il generale Dall'Ora i problemi più difficili da risolvere provengono però da oltre confine dove «le popolazioni etiopiche», «facile preda» di malattie epidemiche, subiscono «le conseguenze di una vita semi semiselvaggia, condotta lontano dai benefici delle più elementari norme di civiltà». Il pericolo di importazione dei morbi infettivi risultava poi aggravato, scrive Dall'Ora, dai numeri inediti e dai tempi ristretti della campagna, in cui

⁷⁴ USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica sulle condizioni sanitarie delle forze armate nelle colonie negli anni 1935-36*, Roma 1939.

⁷⁵ *Ibidem*

⁷⁶ USSME, D-2, b. 11, f. 87 Servizio sanitario, Comando forze armate della Somalia. Delegazione Intendenza A.O., *Organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario in Somalia*, Mogadiscio 1936.

⁷⁷ F. Dall'Ora, *Intendenza in A.O.*, Istituto Nazionale Fascista di Cultura, Roma 1937, p. 111. Per una riflessione sul volume di Dall'Ora si veda N. Labanca, *Una guerra per l'impero. Memorie della campagna d'Etiopia*, Il Mulino, Bologna 2005, in particolare, pp. 93-95.

⁷⁸ USSM, *Archivio di base*, b. 2824, G. L. Aiello, *La nostra flotta sanitaria in A.O.*, estratto da «Rivista di cultura marinara», novembre-dicembre (1936), p. 5.

un'enorme massa di uomini, «di diversa età e con differenti abitudini», doveva essere trasferita in breve tempo in colonia «senza preventivo acclimatemento, in località di notevole altitudine o a clima torrido [...]»⁷⁹.

Si trattava dunque, si legge nel volume del 1937 *Intendenza in A.O.* «di organizzare e di vincere una prima e ben dura battaglia contro quel complesso di difficoltà naturali, note ed ignote, che sempre son destinate ad affiorare durante una grande impresa di occupazione coloniale»⁸⁰. La natura si fa ancora più ostile ed «esotica» - inglobando uomini e ambiente in un unico insieme - nelle descrizioni di Giuseppe Giardina che a fine campagna promuove uno studio sul servizio sanitario in guerra costruito sulle comunicazioni e sui dati pervenuti all'Ufficio Centrale Notizie:

Distanze immense percorse con un ritmo estremamente accelerato fra difficoltà che parevano insormontabili; baluardi di altissima montagna; bassopiani che una pioggia temporanea trasformava in paludi melmosi ed insalubri; mancanza assoluta di strade, di acque potabili e di qualsiasi ricovero; un clima ora torrido, ora di alta montagna, con vicende giornaliere stagionali e sbalzi di temperatura assai elevati, tra la notte ed il giorno, che tutti ritenevano insopportabili; genti selvaggi in uno stato primitivo di lurida convivenza e quindi di insidie morbigene e contagi di ogni genere⁸¹.

Nel loro insieme gli scritti citati declinano in senso «coloniale» un *topos* ricorrente nella letteratura medica - il nesso fra guerra ed elevati tassi di mortalità per malattia⁸² - insistendo sulle condizioni «particolari» dell'ambiente in cui il corpo di spedizione opera, condizioni patogene, «che tend[ono] ad elevare la morbilità»⁸³ e a rendere di difficile soluzione i problemi posti dai conflitti in campo sanitario. Tra i fattori individuati come più o meno direttamente patogeni - le dimensioni di massa del contingente militare, le difficoltà logistiche conseguenti ai caratteri «anormali» del territorio di conquista, le condizioni di «inciviltà» delle zone di nuova occupazione - è l'ambiente tropicale ad assumere e riassumere in sé i caratteri della vera minaccia per la riuscita della spedizione. Con più difficoltà si ammette, a differenza di quanto avviene per la campagna di Libia e per il primo conflitto mondiale, che la guerra di per sé genera condizioni patogene, favorevoli alla diffusione di malattie ed epidemie, anche se non mancano nei testi gli accenni alla «nosografia di guerra»⁸⁴, ai pericoli

⁷⁹ Dall'Ora, *Intendenza in A.O.*, cit., pp. 114-115.

⁸⁰ Ivi, pp. 112. Se la natura «europea», come ha sottolineato Mosse, è al tempo della prima guerra mondiale (almeno in Germania) la via privilegiata per il disvelamento della forze vitali, genuine dell'uomo, l'ambiente «tropicale» è, al contrario, un «artificio» che maschera le potenzialità dei combattenti, e occulta la vera natura dell'animo l'europeo; uno «strato» superficiale che cambia i connotati «reali» delle cose. Per una riflessione su natura e artificio nelle guerre moderne si veda G. Mosse, *La prima guerra mondiale e l'appropriazione della natura*, in Id., *L'uomo e le masse nelle ideologie nazionaliste*, Laterza, Roma-Bari, 1980.

⁸¹ ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. II*, 181/34, f. 165 Campagna, note e considerazioni sanitarie, G. Giardina, *Note e considerazioni sanitarie sulla guerra per la fondazione dell'Impero dedotte dalle comunicazioni pervenute all'Ufficio Centrale*, s.d.

⁸² R. Cooter, *Of war and epidemics: Unnatural Couplings, Problematic Conceptions*, in «The Journal of the Society for the Social History of Medicine», XVI, 2 (2003); A. Rasmussen, *Expérimenter la santé des grands nombres*, cit.

⁸³ F. Martoglio, *Introduzione*, in M. Loreti, *Raffaele Paolucci chirurgo in A. O.*, Zanichelli, Bologna 1937.

⁸⁴ ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. II*, 181/34, f. 165, G. Giardina, *Note e considerazioni sanitarie sulla guerra per la fondazione dell'Impero*, cit.

«inerenti alle cause belliche generiche (affaticamento fisico, traumi psichici)»⁸⁵, ai «disagi e [alle] fatiche» che i soldati devono sostenere⁸⁶. Ma non c'è spazio negli autori delle relazioni per una trattazione approfondita dei danni creati a livello fisico e fisiologico dalle condizioni di vita belliche: l'ambiente è qui più dannoso della guerra, una guerra voluta dal regime per l'impero, dunque legittima e rigeneratrice.

Di fronte a tali problemi - dimensioni di massa del contingente militare, clima, ecc. - le preoccupazioni di ordine sanitario si fanno sentire fin dai primi mesi di mobilitazione e preparazione della campagna. A metà marzo, «allo scopo di dare il massimo impulso all'importante e difficile servizio igienico e profilattico nell'ambito delle nostre colonie dell'Africa Orientale», la direzione di sanità militare del ministero della Guerra, diretta dal tenente generale medico Franchi, propone la costituzione, «sia presso l'Alto Commissario in Asmara sia presso il Governatore della Somalia in Mogadiscio», di «una sezione con funzioni ispettive su tutto ciò che ha attinenza all'igiene e profilassi delle truppe ed anche delle località e popolazioni indigene»⁸⁷. Le sezioni dovranno funzionare secondo quanto stabilito dalle *Norme generali per l'organizzazione e funzionamento dei servizi in guerra* pubblicate nel 1932⁸⁸ e aggiornate, per ciò che riguarda le speciali «contingenze» del conflitto, nel 1935⁸⁹. I due organi saranno costituiti dai colonnelli medici «già colà destinat[i], da un funzionario della sanità pubblica e da un ufficiale medico particolarmente versati in igiene e patologia tropicale». Franchi aggiunge: «a riguardo dei due ufficiali medici particolarmente versati in igiene e patologia tropicale si segnala anche il parere dell'illustre tropicalista Senatore Aldo Castellani, il colonnello medico [...] della R. Marina Peruzzi prof. Mario ed il Capitano medico dell'Esercito Marmo [...] dott. Achille»⁹⁰.

Nell'aprile 1935 le due sezioni ispettive saranno nominate⁹¹ all'interno delle appena costituite direzioni di Sanità dell'Intendenza ad Asmara⁹² e della delegazione d'Intendenza a Mogadiscio⁹³, affidate rispettivamente ai colonnelli medici Ferdinando Martoglio, direttore dell'Istituto siero-vaccinogeno di Asmara tra 1905 e 1915⁹⁴, e Maurizio Bedei. Non verranno però seguite le indicazioni di Castellani⁹⁵, nel frattempo incaricato da Mussolini di coordinare

⁸⁵ ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. III*, b. 106, f. 14, Martoglio, *L'organizzazione sanitaria*, cit.

⁸⁶ ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. II*, 181/34, f. 165, G. Giardina, *Note e considerazioni*, cit.

⁸⁷ USSME, *D-1*, b. 56, f. 3, lettera n. 93, 14/03/1935, da Direzione di sanità militare del Ministero della Guerra a Gabinetto Ministero della Guerra.

⁸⁸ USSME, *D-2*, b. 10, f. 77 Servizio sanitario, lettera n. 1374, 19/04/1935, da Graziani al Governo della Colonia.

⁸⁹ Ministero della Guerra, *Norme generali per l'organizzazione e funzionamento dei servizi in guerra*. Allegato 1. *Istruzione per il servizio di sanità di guerra*, Roma 1935.

⁹⁰ USSME, *D-1*, b. 56, f. 3, lettera n. 93, cit.

⁹¹ USSME, *D-1*, b. 56, f. 3, telegramma n. 4027/683, 11/04/1935, da Direzione Generale A.O. e ufficio militare a Ministero delle colonie.

⁹² La costituzione risale al 5 aprile 1935, Dall'Ora, *Intendenza in A.O.*, cit., p. 113.

⁹³ USSME, *D-2*, b. 11, f. 87 Servizio sanitario, Comando forze armate della Somalia. Delegazione Intendenza A.O., *Organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario in Somalia*, cit.

⁹⁴ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 766, f. 4 Siero-Vaccinogeno, 1915, Relazione sulla tecnica di produzione del siero contro la peste bovina, 4/05/1915.

⁹⁵ A formare gli organi ispettivi saranno, per l'Eritrea, Ferdinando Martoglio, il dott. Pistone e il dott. De Porcellinis, e per la Somalia, Maurizio Bedei, il medico provinciale Fusco, e il capitano medico Gerardo Mennona. USSME, *D-2*, b. 10, f. 77 Servizio sanitario, lettera n. 1374, cit.; USSME, *D-1*, b. 56, f. 3, telegramma n. 4027/683, cit.

i servizi di sanità di esercito, marina, e l'assistenza medica civile in colonia. Nel marzo 1935 il medico fiorentino era stato infatti informato da Lessona, suo paziente, che Mussolini lo avrebbe voluto alla direzione dei servizi sanitari della campagna:

Chiedete a Castellani – aveva continuato Mussolini [parlando con Lessona] – se sarebbe disposto ad assumersi la responsabilità dell'organizzazione medica di tutta la spedizione: sono convinto che tutti i reparti debbano essere sotto un controllo unico. [...] Il giorno dopo vidi Mussolini ed egli fu molto lieto che fossi disposto ad accettare. Sono stato molto criticato, in alcuni ambienti, per aver accettato quest'incarico ma, in effetti, non ci sarebbe stata alternativa. Ero ufficiale della riserva medica e quindi sottoposto a legge militare. Inoltre sentivo che sarebbe stato mio dovere mettere a disposizione l'esperienza medica tropicale che avevo, a beneficio di centinaia di migliaia di miei giovani compatrioti che stavano per andare a combattere in Africa⁹⁶.

Quello del marzo 1935 - che Castellani descrive nella sua autobiografia *Tra microbi e re* del 1961, pubblicata in inglese l'anno precedente con il titolo *Microbes, men and monarchs. A doctors life in many lands* - non è il primo incontro che il medico tropicalista ha con Mussolini. Già nel 1928, il quotidiano inglese *The Daily Monday* scriveva: «rumors concerning the health of Mussolini, the Italian Premier, are entirely unfounded according to Dr. Aldo Castellani, a Harley Street London physician, and director of tropical medicine at Ross Institute [...]»; il medico è infatti «an old medical adviser of Mussolini, and was consulted when, three years ago, the Premier was seriously ill»⁹⁷. Al rapporto personale con Mussolini, e con la sua famiglia, Castellani lascia ampio spazio nel suo volume di memorie - una pubblicazione che appartiene al clima culturale dei primi due decenni del secondo dopoguerra, in cui il disinteresse nei confronti dell'esperienza coloniale si alterna, nella produzione letteraria, a descrizioni celebrative delle conquiste d'oltremare⁹⁸-, che si apre proprio con la descrizione della prima visita effettuata dal medico al capo del governo⁹⁹.

Il paziente più interessante che io abbia avuto nella mia lunga esperienza di medico è stato forse Mussolini. Alla fine del mese di ottobre 1925, mentre mi trovavo a Londra, ricevetti un telegramma in cui mi si invitava a recarmi a Roma per visitarlo. [...] Giunsi alla conclusione che soffriva di ulcera duodenale, una conclusione che era stata già raggiunta dai medici che lo avevano visitato nei due o tre mesi precedenti [...] Dopo il 1926 visitai professionalmente due o tre volte l'anno, fino al luglio 1943. Non lo vidi più dopo allora. Ero (e sono) un

⁹⁶ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., p. 9.

⁹⁷ ACS, SPD, Carteggio riservato, Serie alfanumerica 1922-1943, b. 104, f. 6 Malattia del duce, sf. C Prof. Aldo Castellani. Nell'articolo si legge inoltre: «I am great admirer of Mussolini and particularly for having inoculated the Italians of every class with the desire of working hard. The dolce far niente spirit has completely disappeared under his magic stimulous». Castellani è iscritto al fascio di Londra dal 1922.

⁹⁸ La vicinanza di Castellani alla casa reale dei Savoia, che egli seguirà in Portogallo in esilio, e la prossimità di quest'ultimo alle élites dell'aristocratica mondiale (i *re* del titolo), giustificano la pubblicazione del volume all'interno della collana *Gente nel tempo*, di Rusconi e Paolazzi, ideata per raccogliere volumi di divulgazione storica e autobiografie di personaggi celebri destinati a un pubblico di lettori dei nuovi rotocalchi. Il volume alterna descrizioni nostalgiche dell'esperienza coloniale, conservatorismo e intrattenimento giornalistico. Per una riflessione sulla memorialistica della guerra d'Etiopia, cfr. N. Labanca, *Una guerra per l'impero*, cit.; Id., *Posti al sole. Diari e memorie di vita e di lavoro dalle colonie d'Africa*, Museo italiano della guerra, Rovereto 2001.

⁹⁹ L'autobiografia inglese ha una struttura diversa da quella italiana: rispetta un ordine di tipo cronologico (formazione, spedizione in Uganda, l'esperienza della prima guerra mondiale, quella di medico coloniale a Ceylon ecc.) rinunciando all'apertura ad effetto scelta per l'edizione italiana, che affida ai primi capitoli la descrizione di Mussolini «paziente», del rapporto di vicinanza di Castellani all'aristocrazia mondiale e del servizio prestato durante la guerra d'Etiopia. A. Castellani, *Microbes, men and monarchs: a doctors life in many lands*, V. Gollancz, London 1960.

monarchico e al pari della vasta maggioranza degli italiani rimasi fedele al re e non seguì Mussolini quando fondò la Repubblica di Salò¹⁰⁰

La lettura non è certamente disinteressata e l'insistenza sul rapporto personale, tecnico, di cura, con Mussolini serve a rimarcare l'estraneità alla politica del regime: durante la seconda guerra mondiale, per ordine di Charles Poletti, capo del governo di occupazione¹⁰¹, Castellani verrà sospeso dai suoi incarichi e, al termine del conflitto, indagato per reato di apologia del fascismo da diverse commissioni per l'epurazione. Prosciolto dalla commissione ministeriale e dalla commissione centrale in seguito al ricorso di Mauro Scoccimarro, all'epoca commissario aggiunto per l'epurazione¹⁰², Castellani (che secondo quanto riporta Del Boca aveva nascosto, insieme al generale Faldella, alcune prove sull'uso dei gas in Etiopia da parte del regime¹⁰³) elaborerà la sua difesa rimarcando la propria estraneità alle vicende politiche - «non ho mai preso parte attiva ai lavori del Senato [...] perché la politica mi ha sempre poco o niente interessato»¹⁰⁴ - e la propria fedeltà alle istituzioni della monarchia, eludendo ogni riferimento alla mobilitazione sostenuta a favore del conflitto del 1935-36.

Nel giugno del 1935, a cinque mesi dall'inizio della guerra, Castellani scrive al rettore dell'ateneo romano: «[sono] in Eritrea mandato dal Governo»¹⁰⁵. Il medico fiorentino, assieme ad Alessandro Lessona, era infatti giunto in colonia «per un giro di ispezione preliminare»¹⁰⁶. Tra maggio e giugno 1935 - si legge sulla stampa - si trovava in Eritrea e

¹⁰⁰ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., pp. 14-16. Rapporti testimoniati dal carteggio conservato in ACS, SPD, Carteggio riservato, Serie alfanumerica 1922-1943, b. 104.

¹⁰¹ H. Woller, *I conti con il fascismo. L'epurazione in Italia 1945-1948*, Bologna 1997, pp. 209-213.

¹⁰² «Castellani è stato pienamente prosciolto dalla commissione centrale per l'epurazione, a cui si era appellato l'Alto Commissario Aggiunto dopo che il prof. Castellani era stato prosciolto dalla Commissione ministeriale [...]. Il prof. A.C. non è stata deferito dall'Alta Corte di Epurazione come senatore ed ha avuto relazioni favorevoli anche dalla Commissione di epurazione presso la R. Accademia dei Lincei e presso la Commissione superiore di inchiesta del Ministero della Marina». ASURS, f. AS 644, Aldo Castellani, Verbale della facoltà di Medicina e Chirurgia, adunanza del 25/05/1945.

¹⁰³ Secondo la testimonianza del generale Enrico Faldella, responsabile della sezione etiopica del SIM, rilasciata ad Angelo del Boca a Torino il 19/04/1965, lo stesso Faldella e il suo superiore generale Roatta, «apprendono per caso, frugando nel sacco postale di un aereo inglese, che in Etiopia è in pieno svolgimento una guerra chimica. [...]. “I nostri agenti esaminavano i sacchi della corrispondenza. Un giorno scoprono nel plico che un giornalista inglese invia a un'agenzia di Londra delle foto sospette, che riproducono alcuni abissini coperti di piaghe. Qualche minuto dopo le fotografie sono sul mio tavolo e poco dopo su quello del professor Castellani, a quel tempo il miglior specialista di malattie tropicali. Castellani osserva le foto e risponde che non vi possono essere dubbi: gli etiopici riprodotti sono stati colpiti da liquidi vescicanti. Ci guardiamo con reciproco imbarazzo. Poi il professore soggiunge che tuttavia, anche i lebbrosi presentano lo stesso quadro, e mi mostra a riprova alcune fotografie. Davanti a questa rassomiglianza, prendo un'improvvisa decisione. Le foto saranno recapitate a Londra, ma non quelle autentiche, le altre che riproducono i lebbrosi”. E quando qualche giorno dopo, i giornali inglesi pubblicheranno le “tragiche immagini”, il nostro ambasciatore a Londra, Dino Grandi, avrà buon gioco nel dimostrare che si è trattato solo di un “ignobile trucco” ordito dalla propaganda antifascista». A. Del Boca, *Gli Italiani in Africa Orientale. Vol. II La conquista dell'Impero*, Mondadori, Milano 1999, pp. 493-495.

¹⁰⁴ «Ebbi l'onore di essere nominato senatore nel 1929, quando mi trovavo a New Orleans (USA) [...]. Da allora a oggi rarissimamente sono intervenuto alle sedute del senato, rarissimamente ho preso parte a votazioni e mai a votazioni di carattere politico [...]. Non ho mai preso parte attiva ai lavori del senato prima di tutto perché la politica mi ha sempre poco o niente interessato mentre tutto il mio interesse è stato assorbito dalla ricerca scientifica. Di più essendo ufficiale medico della riserva navale, fui richiamato in servizio attivo e inviato in Africa durante la recente guerra». ASSR, *Fascicoli personali dei senatori del Regno*, Aldo Castellani, Al presidente dell'Alta Corte di Giustizia per le sanzioni contro il fascismo, s.d.

¹⁰⁵ ASURS, f. AS 633, Aldo Castellani, lettera del 04/06/1935.

¹⁰⁶ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., p. 63.

Somalia per «constatare personalmente la situazione sanitaria della nostra Africa Orientale: non tanto nella popolazione metropolitana e indigena quanto nei soldati, nei militi e nelle masse di operai che vi sono affluiti e seguitano ad affluirvi»¹⁰⁷. Nella stampa europea vi erano state infatti voci sulle «catastrofiche condizioni di salute dei nostri operai dell’Africa Orientale», voci che si faranno più insistenti con l’avvicinarsi della guerra.

Il tema delle malattie tropicali e del loro impatto sul corpo di spedizione inizia a ricorrere con frequenza nei giornali dal 1935: i dati sulla scarsa incidenza delle affezioni tra gli italiani in colonia rimandano alla modernità dell’imperialismo fascista, capace di proteggere il contingente militare da qualsiasi minaccia, anche naturale; clima e ambiente tropicale divengono invece, nella stampa clandestina, simbolo delle operazioni di mistificazione messe in atto del regime.

Già le notizie che mandano i soldati, gli operai dall’Africa, parlano chiaro. Appena giunti, i soldati e gli operai si ammalano; i più gravemente. Si ammalano a centinaia, *a migliaia*. *Pochi sono quelli che sfuggono* alle terribili conseguenze di un duro clima tropicale, alle insidie delle varie malattie coloniali. [...] Ai parenti gli ufficiali e i propagandisti fascisti vanno dicendo che essi andranno in zone salubri, a 2.000-3.000 metri di altitudine, *dove il clima, - dicono - è fresco come in Italia*. Menzogne. Il clima, in Abissinia è micidiale agli europei e agli italiani in particolare, nelle regioni basse e in quelle elevate. Nelle prime il caldo, la sete uccidono i bianchi; nelle altre, la debole pressione atmosferica provoca ugualmente dei gravi disturbi organici negli europei¹⁰⁸.

La fortuna del motivo sanitario è legata all’efficacia retorica di una formula consolidata nella propaganda coloniale: la malattia come primo nemico dell’esercito nei tropici, come ostacolo alla conquista ben più pericoloso delle primitive armate indigene. Se la costruzione del nemico costituisce il motivo essenziale di ogni propaganda di guerra, il tema della «barbarie africana» e la rappresentazione dell’ambiente tropicale si troveranno, nel discorso che prepara e accompagna le spedizioni coloniali, spesso affiancati.

Durante la preparazione della guerra d’Etiopia, e nei mesi di conflitto, questo e altri temi circoleranno nel discorso pubblico grazie alla mobilitazione di Castellani a favore della spedizione:

La salute dei nostri soldati e dei nostri militi è eccellente. [...] Questa eccellente situazione – ha continuato il sen. Castellani - non deve, non può consentire che le misure sanitarie siano rilassate. Esse devono essere non solo continuate, ma anche intensificate, perché è necessario ricordarsi che gli europei che vanno nei tropici nei primi mesi sono come stimolati dal cambiamento del clima e si sentono pieni di vigore e di vita. Poi si inizia un periodo di astenia e di stanchezza e divengono più facili a contrarre morbi e infezioni. Contro questo pericolo dunque bisogna premunirsi¹⁰⁹.

Nei mesi successivi Castellani tornerà più volte, intervistato dai quotidiani, sul clima e sugli effetti che le mutate condizioni ambientali hanno sulla fisiologia degli italiani sbarcati in colonia. «A una domanda del giornalista che lo invitava a “prevedere il peggio”» - si legge nell’articolo *Un esercito senza malattie* del dicembre 1935 - «il senatore ha risposto che il

¹⁰⁷ *I diritti e gli interessi degli italiani nell’Africa Orientale*, in «La Stampa», 7/06/1935.

¹⁰⁸ *Il fascismo è la guerra*, in «l’Unità», XII, 9 (1935), p. 1. Cfr. inoltre *La situazione militare nell’Africa Orientale*, in «l’Unità», 14 (1935).

¹⁰⁹ *I diritti e gli interessi degli italiani nell’Africa Orientale*, in «La Stampa», 7/06/1935.

peggio sarebbe che ci si abituasse a questa sicurezza», quella che da per certo le possibilità di adattamento dell'europeo al clima tropicale, «al punto da crederla *naturale*».

La mia idea personale è che i paesi che ho percorso sono una terra promessa. Massaua dovrà essere evidentemente mantenuta nel suo compito di “porta della Colonia” ove l'esistenza è molto dura per gli Europei ma il Tigrà mi sembra una specie di prolungamento tropicale delle Alpi e degli Appennini. Non si può pretendere che la prima generazione non abbia a provare qualche disagio, ma sono sicuro che l'Etiopia è una delle rare contrade dell'Africa tropicale che per il clima e la generosità della terra possano diventare una felice e feconda colonia di popolamento. Io lo affermo con una convinzione tanto più grande in quanto ho sempre mostrato poco entusiasmo per grandi esodi dei bianchi verso terre loro ostili¹¹⁰.

Nel volume *Climate and acclimatization* edito 1929 a Londra¹¹¹ e tradotto in italiano nel 1933¹¹², Castellani aveva espresso lo stesso scetticismo sulle possibilità che la vita dell'europeo potesse svilupparsi senza ostacoli nelle regioni tropicali se non coadiuvata da una medicina vigile, in grado di offrire un'attenta e completa tutela all'organismo del bianco trasferito nei nuovi territori. In tale lavoro Castellani passava in rassegna gli studi medici che assegnano al clima una posizione di primo piano tra i fattori ambientali con cui l'organismo umano è costretto a misurarsi¹¹³, soffermandosi sui fattori predisponenti per la contrazione di affezioni e sulla temperatura e la meteorologia dei «tropici» come agenti modificatori degli equilibri e delle costanti fisiologiche del bianco «trapiantato» nelle terre d'oltremare. Il medico fiorentino prendeva in esame, in successione, gli effetti del clima sulla «temperatura del corpo umano», «sulla respirazione», «sulla circolazione», «sulla crasi sanguigna», «sulla digestione», «sull'apparato genito-urinario», «sulle ghiandole endocrine», «sullo sviluppo», «sulla cute». Una vera e propria *scientizzazione* degli stati di passaggio di un organismo in fase di transizione (la fase propriamente detta di acclimatazione) e di una quantificazione in termini numerici delle differenze che si riscontrano tra i processi vitali degli europei e delle popolazioni indigene.

Le possibilità di adattamento dell'europeo all'ambiente tropicale avevano in realtà rappresentato una preoccupazione costante per medici coloniali nei decenni dell'espansione d'oltremare, come si vedrà nei prossimi capitoli¹¹⁴. Nei mesi però che precedono le ostilità, e poi durante il conflitto, la questione dell'acclimatazione esce dalle riviste specialistiche e si trasforma in un tema ricorrente nella stampa. Con la conquista dell'Etiopia si profilava, come

¹¹⁰ *Un esercito senza malattie*, in «Corriere della sera», 3/12/1935. Il corsivo non è contenuto nel testo.

¹¹¹ A. Castellani, *Climate and acclimatization*, Bale, Sons & Danielsson, London 1929.

¹¹² A. Castellani, *Clima e acclimazione: Note e osservazioni*, Hoepli, Milano 1933, p. 151.

¹¹³ Castellani rielabora, come altri studiosi di medicina tropicale tra otto e novecento, in chiave quantitativa un concetto tipico della tradizione ippocratica, presente nel trattato *Delle arie, delle acque e dei luoghi* del IV sec. a. C., l'idea cioè che il clima potesse influire sulla salute dell'individuo e sulla costituzione dei differenti gruppi umani.

¹¹⁴ Ciò che continua a preoccupare i medici di fine ottocento e inizio novecento è la vulnerabilità dell'europeo trapiantato nei tropici. A. M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques*, cit.; A. Rieke-Müller, *L'ottocento: biologia. Nuove istituzioni*, in Istituto Italiano dell'Enciclopedia Treccani, *Storia della Scienza*, Roma 2003; W. Anderson, *Climates of opinion. Acclimatization in nineteenth-century France and England*, in «Victorian Studies», XXV, 2, (1992); Id., *Where Every Prospect Pleases and Only Man Is Vile: Laboratory Medicine as Colonial Discourse*, in «Critical Inquiry», XVIII, 3 (1992), pp. 506-529; D. N. Livingstone, *Human Acclimatization: Perspectives on a Contested Field of Inquiry in Science, Medicine and Geography*, in «History of Science», XXV (1987), pp. 359-94.

si è visto, un problema di «numeri» e di «popolamento demografico» delle terre d'oltremare. La tutela sanitaria delle comunità coloniali non aveva costituito, fino alla metà degli anni trenta, una reale preoccupazione per i governi nazionali, dato il ristretto numero di italiani che, nonostante l'insistente retorica della colonizzazione demografica, vi erano effettivamente immigrati. Il quadro era destinato a cambiare con l'invio, nel 1935, di quasi mezzo milione di uomini nel Corno d'Africa, un numero che faceva «tremare il cuore a molti», come scrive Castellani¹¹⁵.

Nei mesi di giugno e luglio 1935, numerosi sono i casi di colpi di calore tra gli operai arrivati in colonia, alcuni dei quali mortali. «Il regime non nasconde affatto le cifre e guarda in faccia la realtà» si legge sul «Corriere della sera», che segnala, per i mesi precedenti, 113 morti, di cui 70 di insolazione¹¹⁶. Le richieste di rimpatrio continueranno ad aumentare - sono duemila circa a fine luglio¹¹⁷ - generando preoccupazione tra i vertici militari¹¹⁸. Castellani rassicura però la stampa con dichiarazioni sull'ottima «situazione sanitaria e medica dell'Africa Orientale»¹¹⁹ finalizzate a contrastare la propaganda avversaria e rafforzare il fronte interno: questi sono i mesi della preparazione mediatica degli italiani al conflitto.

Nel giugno il direttore della clinica romana annuncia: nessuna epidemia è in corso in colonia, voci malevole si sono diffuse «da una piccola percentuale di operai che non essendo fisicamente perfetti sono stati rinviati a casa: il 90 per cento di essi non erano affatto ammalati, ma semplicemente non giudicati adatti al lavoro in colonia»¹²⁰. Non si tratta dunque, per Castellani, di (pericolose) malattie contratte in colonia, ma di individui debilitati, che al ritorno in Italia ritroveranno intatte condizioni di salute. La responsabilità non è del servizio sanitario, sempre vigile, ma degli individui stessi: tra i rimpatriati si trovavano lavoratori già affetti da morbi, portatori di «tare», destinati a soccombere alle pressioni del nuovo ambiente climatico¹²¹.

Ma relazioni interne ammettono che «il problema dell'organizzazione sanitaria per gli operai si è dovuto risolvere dalle basi ed è stato gravissimo», e «che i primi invii non compresero sempre personale perfettamente resistente al clima tropicale, anche perché molti riuscivano a trarre in errore le indagini e gli accertamenti del medico»¹²².

Per contenere la morbilità, ed assicurare una piena tutela al corpo di spedizione contro le

¹¹⁵ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra di Etiopia (3 ottobre 1935 – 9 maggio 1936). Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936-XIV*, in «Il Policlinico. Sezione pratica», XLIII, 34 (1936).

¹¹⁶ *L'azione sanitaria: morbi debellati*, in «Corriere della sera», 29/07/1935.

¹¹⁷ *Ibidem*

¹¹⁸ De Bono, ad esempio, «se la prende con i medici», colpevoli di avallare troppe richieste provenienti dai lavoratori italiani. Del Boca, *Gli italiani in Africa orientale*, cit., p. 294.

¹¹⁹ *I diritti e gli interessi degli italiani nell'Africa Orientale*, cit.

¹²⁰ *Nuove dichiarazioni del prof. Castellani sulle condizioni delle truppe italiane*, in «Corriere della sera», 19/06/1935.

¹²¹ *Ibidem*. Come scrive Roger W. Little il soldato malato non è una condizione *naturale* ma uno status che deve essere socialmente riconosciuto da un'autorità competente. R. W. Little, *The "Sick Soldier" and the Medical Ward Officer*, in «Human Organization», XV, 1 (1956), pp. 22-24. Relazioni interne segneranno poi però «il problema dell'organizzazione sanitaria per gli operai si è dovuto risolvere dalle basi ed è stato gravissimo». ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12, il documento è senza titolo e senza data.

¹²² ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. III*, b. 106, f. 12 Sanità 1893-1937, il documento è senza titolo e senza data.

epidemie «comunissime in tutte le passate guerre coloniali»¹²³, si stanno compiendo - si legge sulla stampa - su «consiglio del senatore Castellani anche le vaccinazioni contro la febbre tifoide». Sarà proprio il tetravaccino elaborato dal direttore della clinica romana contro tifo, paratifo e colera - il così detto vaccino misto Castellani (TABC), già sperimentato durante la prima guerra mondiale sul fronte orientale, mentre su quello occidentale si iniziava a far uso del vaccino triplo antitifico e paratifico A e B¹²⁴ - a essere somministrato a tutte le truppe inviate in Africa, già rivaccinate contro il vaiolo¹²⁵. Sono anni di «interventismo» nella medicina militare¹²⁶ - a partire dal primo conflitto mondiale l'inoculazione contro il tifo era divenuta obbligatoria per tutte le truppe¹²⁷ - e la vaccinazione è ormai al centro delle strategie mediche a difesa del corpo delle forze armate.

Ma Castellani non si occupa solo della profilassi contro tifo e colera. Tornato in Italia, dopo il viaggio di ispezione in colonia, continua a lavorare alla preparazione della campagna e all'indirizzo delle misure sanitarie passando - come scrive nella sua autobiografia - «da un Ministero all'altro»¹²⁸. Di quest'attività di coordinamento tra gli organi della sanità militare e civile sono rimaste tracce ridotte negli archivi, a testimonianza della dimensione relazionale poco formalizzata in cui Castellani agisce, mettendo a disposizione la propria competenza, e della forte dipendenza dalle relazioni personali - quella con Mussolini in primo luogo - che non lascia traccia nella documentazione scritta¹²⁹.

Nei mesi che precedono il conflitto, il direttore della Clinica delle malattie tropicali ispeziona le prime navi ospedale messe in funzione dalla Marina per la cura e il trasporto degli ammalati e feriti (che saranno 8 in tutto nei mesi di guerra per un totale di circa 5000 posti letto) e da

¹²³ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia. 3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936*, in «Annali di igiene navale e coloniale», II, 1-2 (1936), pp. 47-54.

¹²⁴ A. Rasmussen, *À corps défendant: vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la grande guerre*, in «Corps», II, 5 (2008), pp. 41-48. Per una riflessione sulla vaccinazione jenneriana e sulle tecniche di vaccinazione come campo di applicazione delle teorie della microbiologia del XIX e XX sec. si veda il volume collettaneo curato da Anne Marie Moulin: A. M. Moulin, *L'aventure de la vaccination*, Paris 1996.

¹²⁵ A. Castellani, *Lo stato sanitario delle truppe italiane nel conflitto etiopico. Conferenza tenuta il 13 maggio 1937 alla Scuola di applicazione di sanità militare*, in «Giornale di medicina militare», 12 (1937), pp. 1279-1297.

¹²⁶ Rasmussen, *À corps défendant*, cit.

¹²⁷ In Francia nel 1914 e in Italia nel 1915. L. Faccini, *Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche*, cit., p. 726. Dal febbraio 1915 viene estesa a tutti i militari (ad eccezione di chi aveva oltrepassato il 45 anni di età) la vaccinazione antitifica inaugurata dalla Marina, nell'aprile 1913, per i militari della base navale di Tobruk, minacciati dal tifo importato dalle truppe militari provenienti da Derna. F. Tiberio, *Patologia libica e vaccinazione antitifica alla base navale di Tobruk*, in «Annali di medicina navale e coloniale», vol. I, 2-3 (1914); Direzione degli Annali di Medicina Navale e Coloniale, *Che cosa ha fatto la Regia Marina per l'obbligatorietà della vaccinazione antitifica nei militari*; cit.; L. Ferrero di Cavallerleone, *La difesa contro il tifo nell'esercito e in Libia*, cit.

¹²⁸ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., p. 66.

¹²⁹ Nella relazione inviata a fine conflitto da Castellani a Sebastiani, diretta al Duce, si legge: «S.E. mi fece l'onore di quando venni in Africa che avrei potuto comunicare direttamente con Lui di quando in quando sulle condizioni di salute in A.O. e questo ho fatto in diverse occasioni» ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. III*, b. 168, lettera 1 luglio 1936, da Castellani a Sebastiani. Sulla centralità di Mussolini nei meccanismi di comando durante il conflitto si veda N. Labanca, *La guerra d'Etiopia 1935-1941*, cit., pp. 50-54. Il medico fiorentino, prima e durante la campagna, non corrisponderà con i direttori di sanità di esercito e marina, ma scriverà direttamente a Mussolini e a Lessona, all'interno di un meccanismo di ridefinizione dei rapporti tra politico e militare caratteristico del regime fascista.

disposizioni riguardo alle dotazioni dei piroscafi trasformati nei cantieri Triestini e nell'arsenale del Lloyd: sia di quelli destinati a funzionare come ospedali galleggianti a Massaua - «capaci di apprestare qualsiasi specie di cura e d'intervento come una clinica modernissima»¹³⁰, sia delle navi adibite al rimpatrio dei soldati ed operai ammalati.

Il senatore Castellani - scrive Lessona - ha espresso il parere che le navi ospedale per l'A.O. per rispondere pienamente allo scopo, dato lo speciale ambiente, debbano essere approntate tenendo presente i seguenti criteri:

- a) la nave ospedale da adibire, se occorre, ad ospedale galleggiante a Massaua deve essere tutta ad aria condizionata o per lo meno avere tutte le infermerie in tali condizioni;
- b) le due navi ospedale per il trasporto dei malati dall'A.O. in Italia debbono avere invece alcuni ambienti (un'infermeria e più possibilmente) ad aria condizionata¹³¹.

A partire dalla seconda metà dell'ottocento - con la nave ospedale Garibaldi armata nel 1885 - , poi durante il conflitto italo-libico e la prima guerra mondiale¹³², la Marina aveva acquisito una lunga esperienza in materia di cura e trasporto di feriti ed ammalati e nella messa appunto di efficaci sistemi di reintegrazione della forza fisica dei combattenti. L'aria condizionata, introdotta per la campagna etiopica in tutte le navi, eccetto nell'Urania e nella Tevere, le prime predisposte, è però un'assoluta novità, che verrà celebrata come segnale di modernità e *comfort* tecnico: «perfezione di impianti, personale specializzato ed aria refrigerata sono i tre fattori che hanno permesso l'affermazione vittoriosa contro un clima avverso» si legge a proposito delle navi ospedale su «L'azione coloniale» del gennaio 1936¹³³.

Castellani si occupa poi delle forniture di chinino per la profilassi della malaria diffusa endemicamente in Somalia «come pure nei bassopiani eritrei e nelle vaste regioni percorse dai grandi fiumi» che costituivano «per ragioni tattiche le principali direttrici di marcia delle truppe»¹³⁴. Guardando all'esperienza acquisita in Serbia e Macedonia durante la prima guerra mondiale, «decisi di insistere - scrive nelle sue memorie - sulla profilassi col chinino». Per assicurare un quantitativo sufficiente, Castellani solleciterà le autorità del monopolio per garantire un aumento delle scorte presenti nei magazzini, scorte che sarebbero bastate «per l'Italia in circostanze normali» ma non certamente nel caso di una guerra *tropicale*: «avendo avuto carta bianca dal Governo convinsi quel burocrate [il direttore del monopolio] ad acquistare forti quantitativi di chinino dagli Olandesi e per tutta la guerra la preziosa sostanza

¹³⁰ *Ibidem*

¹³¹ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 12 California, f. 2, lettera n. 90984, 24 giugno 1935 dal Gabinetto del Ministero delle colonie al Ministero della Marina.

¹³² In Libia saranno due le navi ospedale impiegate, Re d'Italia e Regina d'Italia; durante il primo conflitto mondiale dieci: Albaro, Italia, Palasciano, Cordova, Brasile, S. Lucia; Marechiaro, Wurmbrand, Regina d'Italia, Re d'Italia. Ispettorato di Sanità della Marina Militare, *Il corpo sanitario militare marittimo. Centocinquantesimo della sua istituzione (aprile 1861-2011)*, Supplemento a «Rivista Marittima», 1 (2011).

¹³³ *Che cosa ha fatto la R. Marina in A.O. per l'assistenza sanitaria*, in «L'azione coloniale», 14/01/1936. Non è poi una semplice aria condizionata, sottolinea il tenente medico Aiello a fine conflitto, ma «un impianto sanitario nel quale il medico può dare maggiore umidità [...] ai locali nei quali sono ricoverati i malati di affezioni bronchiali, un'aria più calda e più secca a quelli affetti da malattie d'origine reumatica e via discorrendo. Quest'impianto rappresenta [...] un progresso magnifico tanto dal punto di vista tecnico che da quello sanitario», USSM, *Archivio di base*, b. 2428, Aiello, *La nostra flotta sanitaria*, cit., p. 9.

¹³⁴ USSME, *L-3*, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica*, cit.

non manco mai»¹³⁵.

In realtà, i metodi di lotta contro la malaria adottati durante la campagna saranno più articolati, come testimoniano le relazioni compilate a fine conflitto dagli organi direttivi della sanità militare. D'altronde, sottolinea James McCann, l'esperienza acquisita in Italia sull'affezione, un problema interno più che di governo dei territori coloniali, costituirà la base degli interventi di lotta attuati nel 1935-36¹³⁶. Accanto alla chinizzazione preventiva delle truppe, effettuata seguendo il metodo Celli, si combatteranno le febbri malariche con azioni di piccola bonifica, secondo i principi elaborati a fine ottocento dall'igienista Claudio Fermi, interventi di risanamento di aree fortemente malariche, le zone di Assab e Cheren¹³⁷, e con il censimento infine dei soldati affetti, curati in appositi ospedali e convalescenziari¹³⁸. Nel corso della campagna Castellani dichiarerà inoltre che, sotto suo suggerimento¹³⁹, «è stato creato» per il fronte sud «un corpo sanitario specifico composto di medici specialisti in malariologia». Questo corpo medico «è dotato di suoi ospedali e di suoi mezzi di trasporto anche aerei, e di suoi laboratori» e funziona «indipendentemente dall'organizzazione sanitaria generale»¹⁴⁰.

Nel luglio 1935 il medico fiorentino è invece a Londra «occupatissimo con certi esperimenti per prevenire il “colpo di sole” ed il “colpo di calore”»¹⁴¹. Nel settembre incontra Mussolini a Palazzo Venezia¹⁴² e a fine ottobre è in missione in colonia assieme a Badoglio e Lessona¹⁴³.

Il 18 gennaio 1936 scrive a Lessona dall'Eritrea: «sono stato a Macallè da S.E. Badoglio ed anche in altri settori. La salute delle truppe è buonissima: la salute della popolazione civile è anche buona». Rassicura poi il sottosegretario sulle condizioni di Massaua, identificando la malattia che si è diffusa in città e ridefinendo quadri nosologici consolidati: «A Massaua, come ti informai, vi è un'epidemia di dengue, che però sta diminuendo moltissimo. Fortunatamente il dengue non è mai mortale e dura solo 6 o 7 giorni; la cosiddetta febbre di Massaua è in realtà dengue. Le truppe in pratica non corrono alcun rischio, perché appena

¹³⁵ A. Castellani, *Tra microbi e re*.

¹³⁶ J. C. McCann, *The Historical Ecology of Malaria in Ethiopia. Series in Ecology and History*, Ohio University Press, Athens 2014; Per un'analisi delle politiche adottate contro la malaria in Italia si veda F. Snowden, *La conquista della malaria* cit.; E. Tognotti, *Per una storia della malaria in Italia*, cit.

¹³⁷ F. Dall'Ora, *Intendenza in A.O.*, cit., p. 116.

¹³⁸ I convalescenziari per malarici saranno impiantati a Cheren e Belesa (Eritrea) e a Gezira (Somalia). USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica*, cit.; F. Dall'Ora, *Intendenza in A.O.*, cit., p. 134; ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. III*, b. 106, f. 14, *Organizzazione e funzionamento dei servizi durante la campagna italo-etioptica*. Estratto da Comando delle forze armate della Somalia, *La guerra italo-etioptica fronte sud - Relazione volume II*, pp. 59-63.

¹³⁹ «D'accordo con S.E. Graziani suggerii l'organizzazione di un servizio speciale profilattico antimalarico, al quale prendessero parte dei medici che non avessero altro compito che quello della profilassi antimalarica. Il mio suggerimento, accolto da S.E. Graziani e dal Capo di S.M. Col. Miele, è stato già attuato». ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana Gabinetto del Ministero - Archivio segreto (Gabinetto del Ministero)* (d'ora in poi MAI-GAB), b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, sf. Castellani 1936, lettera del 14 febbraio 1936, da Castellani a Lessona.

¹⁴⁰ *Le ottime condizioni sanitarie dell'A.O. nelle dichiarazioni di Castellani*, in «Corriere della Sera», 18 febbraio 1936.

¹⁴¹ ACS, SPD, Carteggio ordinario, serie numerica 1922-1943, b. 1346, f. 511889 1931-1942 Castellani, lettera del 22 luglio 1935, da Castellani a Mussolini.

¹⁴² «S.E. Capo Governo la riceverà a Palazzo Venezia domenica 29 settembre ad ore undici». Ivi, Telegramma n. 33269, 28/09/1935, da Sebastiani (segretario particolare) a Castellani.

¹⁴³ A. Castellani, *Tra microbi e re*, cit., pp. 65-66; A. Del Boca, *Gli italiani in Africa orientale. II*, cit., p. 411.

sbarcate vengono portate subito sull'altopiano senza soffermarsi in città». Castellani fa invece presente al sottosegretario le deficienze del servizio di trasporto ammalati in patria, e gli interventi attuati per sopperire agli inconvenienti: «è stato deciso, dietro mio suggerimento, di inviare una nave ospedale in Somalia [...]. Durante gli ultimi mesi nessuna Nave Ospedale è andata colà ed i malati sono stati fatti rimpatriare a mezzo di piroscafi di linea con risultati poco soddisfacenti». Consiglia infine a Lessona di lasciare «carta bianca» ad Alfredo Guzzoni, appena nominato vice-governatore della colonia, grazie a cui «l'organizzazione medica civile della Colonia va già molto meglio»¹⁴⁴. Nelle stesse settimane Guzzoni assicurerà il sottosegretario che i provvedimenti di miglioramento sono stati «concretati» con il medico tropicalista, a garanzia della legittimità delle modifiche introdotte¹⁴⁵.

Il 20 gennaio Castellani si imbarca per Mogadiscio sulla nave ospedale Aquileia¹⁴⁶. Costaterà nel suo breve soggiorno in Somalia che nessun problema di ordine sanitario è presente nella colonia¹⁴⁷. Rientrato ad Asmara lavora all'organizzazione sanitaria civile dell'Eritrea proponendo alcune sostanziali modifiche per migliorare la situazione igienica di Massaua - che «fino a poche settimane or sono era una vera sentina infetta, sporchissima, e con un ospedale in condizioni miserande» -, e adeguare la pratica medica in colonia agli standard della pratica scientifica in madrepatria: «Il primo appalto per quello che sarà praticamente un nuovo ospedale è stato già dato: sarà un bellissimo ospedale [...] dotato anche di una sezione per ricerche e di una biblioteca oltre a tutti i dipartimenti specializzati. È stato [poi] organizzato un laboratorio di batteriologia, che è già in funzione».¹⁴⁸ Interviene infine nella gestione dell'ospedale di Asmara, dando indicazioni sulle caratteristiche professionali che i medici con funzioni direttive dovranno avere:

L'ospedale di Asmara va molto meglio: vi è ora un Direttore che può stare tutto il giorno in ospedale. Come primario medico è necessario avere una persona non troppo giovane e che abbia la libera docenza in Clinica medica od in Clinica Tropicale, e che sia già stato primario in un grande ospedale od aiuto in una Regia Clinica. Credo sarebbe meglio affidarne la scelta al prof. Frugoni od a me. Se è proprio necessario un concorso, sarebbe bene farlo presto e porre nel bando come titolo necessario a libera docenza in Clinica medica (e non in semplice patologia speciale medica) o Clinica tropicale. Uno dei soliti medici coloniali del Congo, ecc. non sarebbe adatto per la bisogna¹⁴⁹.

Ricevute le notizie, Lessona telegrafa a Castellani: «Capo Governo che ha grande fiducia nella

¹⁴⁴ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, sf. Castellani 1936, lettera del 18 gennaio 1936.

¹⁴⁵ Ivi, lettera del gennaio 1936, da Guzzoni a Lessona.

¹⁴⁶ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 1 Aquileia, Relazione della traversata Massaua-Mogadiscio e ritorno dal 20 gennaio al 4 febbraio 1936.

¹⁴⁷ «Caro Lessona, la salute delle truppe [...] in Somalia è ottima, ma s'intende si preparano tutte le precauzioni facilitate grandemente dall'interessamento di S.E. [Graziani] per il quale tutti hanno devozione profonda ed entusiasmo». ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, sf. Castellani 1936, lettera del 30 gennaio 1936.

¹⁴⁸ Ivi, lettera del 14 febbraio 1936, da Castellani a Lessona.

¹⁴⁹ *Ibidem*. Ma ancora nel marzo 1936, «ad Asmara - segnala un rapporto informativo - non vi [era] possibilità, nè per soldati nè per ufficiali, di prendere un bagno o una doccia. Vi è qualche minuscolo ed insufficiente impianto di docce, ma, l'acqua calda è un mito [...]. L'igiene, nei pressi dei baraccamenti di soldati e di operai, e alla periferia, dove sono frequenti gli agglomeramenti di persone, è assolutamente trascurata, in modo impressionante ed inconcepibile». ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 8, f. 4 Segnalazioni varie, informativa del 29 marzo 1936.

tua opera ti prega di rimanere in A.O. fino a che predisposizioni per situazione sanitaria delle due colonie siano tali - a tuo giudizio - da garantire da ogni sorpresa»¹⁵⁰.

A fine febbraio il medico fiorentino si sposta in Somalia, il fronte più «tropicale»¹⁵¹, dove cura Graziani colpito dalla dengue¹⁵² e soggiorna a Chisimaio per contrastare un'epidemia di amebiasi sviluppatasi nella località¹⁵³. Il 17 aprile 1936 informa il Ministero delle Colonie che le «condizioni di salute presidio [...] sono grandemente migliorate [...]. Salute truppe resto colonia e zona operazioni eccellente»¹⁵⁴. Rimarrà in Somalia fino a fine aprile quando, a bordo della nave ospedale Cesarea, compie un giro di ispezione di alcuni porti della costa: «per disposizione del governo della Somalia - si legge nella relazione di missione del bastimento - si sono eseguite brevi soste a Obbia, Dante e a Bender Kassim per consentire a S.E. Castellani [...] di accertarsi delle condizioni sanitarie del litorale»¹⁵⁵.

Dopo un breve soggiorno in Eritrea, dove apprende dal generale Martoglio che l'aumento di casi di tifo tra le truppe non ha carattere epidemico¹⁵⁶, è ad Addis Abeba e poi nuovamente in Somalia dove rimarrà sino a fine giugno¹⁵⁷.

Il primo luglio, a guerra ormai terminata da due mesi, Castellani redige ad Asmara un rapporto conclusivo «sulle condizioni sanitarie delle truppe nazionali» indirizzato a Mussolini. La relazione si apre con un'analisi dell'incidenza delle malattie in Somalia, in Eritrea ed Etiopia, compilata in modo schematico e con un linguaggio ad effetto - «Colera. Completamente assente»; «Peste. Completamente assente»; «Colpo di calore. Rarissimo» e così via¹⁵⁸ - a testimonianza della vittoria riportata sul fronte sanitario, come su quello militare. Castellani affida poi alla relazione le sue considerazioni sul servizio sanitario bellico:

- 1) La salute delle truppe prima dell'inizio delle ostilità fu eccellente. Mortalità e morbilità minori che nelle truppe in madrepatria.
- 2) La salute delle truppe durante le operazioni belliche (3 ottobre 1935 -10 maggio 1936) fu eccellente. Il seguente specchio mostra le perdite per offesa nemica e per malattia durante il periodo bellico.

Prospetto salute truppe (3 ottobre 1935-10 maggio 1936)

Caduti sul campo o deceduti per ferite	Per malattia
Ufficiali 119	Ufficiali 22
Truppe 980	Truppe 577

¹⁵⁰ ASDMAE, MAI-GAB, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, telegramma del 17 febbraio 1936 da Lessona a Guzzoni (destinato a Castellani).

¹⁵¹ Vittoria anche sul fronte sanitario. Dichiarazioni delle sen. Castellani, in «L'azione coloniale», 29-30 maggio 1936.

¹⁵² ASDMAE, MAI-GAB, b. 8, f. 2 Graziani, telegramma n. 18045, 10/4/36 da Castellani a Ministero delle Colonie.

¹⁵³ USSME, D-6 Registro diari storici della guerra d'Etiopia, v. 277, Diario e allegati dal maggio 1935 al giugno 1935, 3/03/36.

¹⁵⁴ ASDMAE telegramma n. 18648, 17/04/1936 da Castellani per Ministero delle Colonie - Meregazzi.

¹⁵⁵ USMM, N2 Navi ospedale 1935-1943, b. 17 Cesarea, f. 6 Rapporto sullo svolgimento della speciale missione 29/04/1936.

¹⁵⁶ USSME, D-6 Registro diari storici della guerra d'Etiopia, v. 241, Diario dal 6 aprile 1935 al 31 ottobre 1935, 8/05/1936.

¹⁵⁷ ASDMAE, MAI-GAB, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, telegramma del 13/5/1936 da Guzzoni a Meregazzi - Gabinetto del Ministro delle colonie.

¹⁵⁸ ASDMAE, Ministero dell'Africa Italiana vol. III, b. 168, lettera 1 luglio 1936, cit., Segretario particolare del capo del governo. Le sottolineature sono nel testo.

Da questo specchietto si vede che le perdite per malattia furono molto minori che quelle per offesa nemica, ed è da notare che tra i deceduti per malattie sono compresi quelli morti per incidenti di varia natura (automobilistici, annegamenti ecc.). In tutte le altre guerre coloniali - aggiunge a penna - (francesi, inglesi, americane ecc.) il numero dei morti da malattia è stato sempre enormemente superiore a quelli per offesa nemica¹⁵⁹.

L'incidenza delle malattie fu però probabilmente più alta di quanto dichiarato da Castellani, stando alle cifre segnalate qualche anno più tardi da Giuseppe Giardina, a capo dell'Ufficio Centrale Notizie, a cui spettava la cura dei rapporti tra militari e famiglie. Tra il primo luglio 1935 e il primo dicembre 1936, un arco temporale più lungo rispetto a quello preso in esame dal medico fiorentino, l'autore segnala 18.196 rimpatriati per malattia e 1.784 morti per affezioni morbose¹⁶⁰.

Ma Castellani è conscio che è a fine conflitto che si manifestano i problemi:

3) La salute delle truppe al termine delle operazioni belliche (10 maggio ad oggi 1 luglio). La storia [...] di tutte le guerre mostra - continua a scrivere nel rapporto - che subito dopo il termine delle operazioni belliche le malattie fanno strage e spesso scoppiano gravi epidemie, perché la stanchezza delle truppe le rende più soggette all'attecchimento dei morbi infettivi. [...] In questa guerra invece la salute delle truppe dal termine delle operazioni ad oggi si è conservata ottima, in quanto che, benché vi sia stato naturalmente un leggero aumento di mortalità e morbilità, la percentuale di mortalità e morbilità per le truppe in colonia è ancora leggermente inferiore a quella per la Madre Patria, cosa quasi incredibile, considerando le fatiche a cui le truppe sono state esposte e la loro lunga permanenza in Africa¹⁶¹.

Dividendo la relazione in tre momenti - prima, durante, dopo la guerra - Castellani disegna una vera e propria temporalità delle guerre *tropicali* sul piano della fisiologia del soldato, in cui più si prolunga il tempo di permanenza più aumenta il rischio dell'ambiente e il corpo si debilita sino a giungere in uno stato di «imminenza morbosa»¹⁶²: «In un piccolo pro-memoria che ebbi l'onore di presentare a C.E. quasi un anno fa, dissi che in una guerra coloniale i primi tre mesi, tolto qualche lieve inconveniente, tutto va bene dal lato della salute; dopo tre mesi cominciano i piccoli e medi guai e dopo sei mesi i grossi guai». E ammette che «per queste continue fatiche di guerra, di lavori stradali, il disagio di dover dormire sempre sul suolo, [le truppe] cominciano ad essere, naturalmente, un po' stanche, fisicamente e psichicamente. La massima parte dei così detti ammalati trasportati dalle navi ospedale sono in realtà individui stanchi ed astenici che è necessario sgomberare perché qui poco e niente renderebbero, mentre dopo pochi giorni sulle navi ospedali ed appena entrati nel Mediterraneo si rimettono dal lato fisico e psichico». Ma, in ogni caso, conclude, «la salute delle truppe può ancora considerarsi ottima, dopo quasi un anno dallo sbarco ed in riguardo di alcune unità, anche più di uno»¹⁶³.

¹⁵⁹ *Ibidem*

¹⁶⁰ G. Giardina, *Uno sguardo alla guerra di Africa. Dalla preparazione militare e sanitaria alla vittoria delle armi e dell'igiene. Note e considerazioni riassuntive*, in «Giornale di medicina militare», 11 (1938), pp. 131-166. I numeri riportati si riferiscono alla somma della mortalità per malattia e morbilità registrata nell'esercito, nella marina, nella MVSN, nell'aeronautica e infine negli operai del cantiere di Gondrand.

¹⁶¹ ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. III*, b. 168, lettera 1 luglio 1936, cit.

¹⁶² L'immagine del bianco nei tropici come individuo in stato di «imminenza morbosa», e dunque sempre in pericolo di contrarre un'affezione, è frequente nella letteratura medica da fine ottocento a metà novecento. Si veda F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, cit., p. 710.

¹⁶³ ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. III*, b. 168, lettera 1 luglio 1936, cit.

Castellani rimarrà in Africa Orientale per monitorare la situazione sanitaria fino a inizio luglio - il 7 compie ancora un giro di ispezione negli ospedali militari in Eritrea, accompagnato da Andruzzi e Martoglio¹⁶⁴-, per ritornare a metà mese in Italia dove incontrerà Mussolini a cui riferisce «sulle condizioni generali di salute» del contingente militare¹⁶⁵. Ma sarà rinviato presto in Africa Orientale, dopo l'estate, proprio per vigilare sul momento di maggiore debolezza del corpo militare sul piano fisiologico: nell'ottobre 1936 compie un'ispezione a Massaua assieme a Lessona¹⁶⁶.

Rientrato in patria, al termine del conflitto, il medico fiorentino comunicherà il bilancio dei morti e rimpatriati per malattia che i giornali e la stampa specialistica ripeteranno, con termini e moduli quasi identici¹⁶⁷. Facendo continuo ricorso alla retorica della comparazione, in cui mortalità per malattia delle truppe inviate in Africa Orientale è messa a confronto con il numero di caduti per affezioni delle precedenti guerre, Castellani costruisce uno stilema comunicativo (non limitandosi a riceverlo dalla propaganda del regime) che inserisce il conflitto etiopico - come si è visto - nel quadro delle spedizioni coloniali. L'anacronismo è però evidente: si celebra la modernità della guerra del 1935-36 mettendola a confronto con le spedizioni dell'imperialismo ottocentesco britannico e francese quando, per dispiego di uomini e mezzi, per coinvolgimento del fronte interno e uso della propaganda, la campagna d'Etiopia «fu una guerra moderna e razionale, e non una tradizionale operazione militare e coloniale»¹⁶⁸.

Non si tratta però solo di un espediente propagandistico: le radici di tale dispositivo retorico, che ha il suo centro nella misurazione statistica della mortalità per malattia e della morbilità in battaglia, vanno ricercate nel carattere stesso della medicina militare di fine XIX inizio XX

¹⁶⁴ ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. II*, b. 181/35, f. 167, Telegramma del 7 luglio 1936 (Addis Abeba) da Graziani alla Direzione generale Africa Orientale e Ufficio Militare: «a seguito 9004/1/635 del Governo dell'Eritrea, comunico che minuziosa visita eseguita da Eccellenza Castellani, con generali Andruzzi e Martoglio, a ospedali militari colonia Eritrea, compreso Tambièn, ha riscontrato pochi casi di tifo di natura sporadica non preoccupante. Percentuale si mantiene sensibilmente inferiore a quella metropolitana. Nessun'altra malattia seria, Salute truppe è eccellente. Graziani».

¹⁶⁵ ACS, *SPD*, Carteggio ordinario, Serie numerica 1922-1943, b. 1346, f. 511889, lettera di Castellani a Mussolini, Roma 12 luglio 1936: «Sono tornato dall'A.O. Le sarei infinitamente grato se volesse informare sua Eccellenza il Capo del Governo sono a completa disposizione di S.E. e sarebbe davvero onore altissimo per me SE si degnasse di concedermi qualche minuto, onde riferire a S.E. notizie sulle condizioni generali di salute ecc.».

¹⁶⁶ ASDMAE, MAI-GAB, b.11, f. Viaggio di Lessona in AOI 2 ottobre - 20 ottobre 1936, telegramma del 9 ottobre 1936, da Lessona a Mussolini: «Stamane ore sei sono giunto Massaua; durante soste tre ore ho conferito lungamente con Governatore Guzzoni, ho compiuto rapida visita porto, magazzini generali, villaggio indigeno, campo di Marte, ho invitato Senatore Castellani fare sopralluogo Ospedale civile».

¹⁶⁷ *Vittoria anche sul fronte sanitario. Dichiarazioni delle sen. Castellani*, in «L'azione coloniale», 29-30 maggio 1936; «Nella campagna d'Etiopia [...] si è arrivati a rovesciare questa formula storica: malgrado il numero relativamente piccoli di morti e feriti, la cifra delle perdite per malattie è stata nettamente inferiore al primo». *La mirabile organizzazione medica in A.O. esaltata da Léon Daudet*, in «Corriere della sera», 29/12/1936; «Di ritorno dall'Africa Orientale, dove per lunghi mesi ha voluto rendersi personalmente conto della situazione sanitaria, il sen. prof. Aldo Castellani ha voluto rendere note le ottime condizioni sanitarie delle nostre truppe in una conferenza tenuta alla mostra del libro coloniale alla presenza di numerose autorità. Accennato alle stragi terribili causate dalle malattie in tutte le passate guerre coloniali - e che non raramente hanno fermato le stesse operazioni belliche, l'illustre tropicalista è passato ad illustrare le condizioni sanitarie della Somalia e dell'Eritrea» *L'ottima situazione sanitaria dell'A.O.I. illustrata dal Sen. Castellani*, in «L'azione coloniale», 14-15 luglio 1936.

¹⁶⁸ N. Labanca, *Una guerra per l'impero*, cit., pp. 45-46.

sec. Con l'introduzione della coscrizione obbligatoria l'esercito era divenuto progressivamente, come campo circoscritto e ben misurabile di popolazione, uno spazio privilegiato di applicazione della medicina che si basa su metodi quantitativi¹⁶⁹. L'epidemiologia stessa si costruirà nel corso del XIX sec. come scienza della rivoluzione microbiologica di fine ottocento, ma anche come scienza della «popolazione», figlia dell'acquisizione dei principi statistici nell'ambito delle pratiche mediche¹⁷⁰.

Assenti nel discorso del medico tropicalista sono invece i dati relativi al corpo di truppe indigene, prese in esame da Castellani solo per testimoniare che la diffusione di alcuni morbi infettivi ha lasciato intatti i soldati italiani¹⁷¹. Eppure la preoccupazione costante del medico tropicalista per l'acclimatazione del soldato, come quella degli altri studiosi di medicina coloniale tra XIX e XX sec. per l'adattamento del bianco in colonia, nasconde un soggetto occulto, oltre all'ambiente a cui è attribuito tutto il carico della pericolosità. Dietro all'acclimatazione si cela infatti il timore che la vita dell'europeo possa svolgersi in quelle regioni in una condizione di dipendenza, di espropriazione delle proprie facoltà vitali, che lo rende di fatto vulnerabile di fronte al colonizzato, più adatto e «resistente» al proprio ambiente. Un'assenza – quella dei sudditi coloniali – negli scritti e nelle comunicazioni del medico tropicalista che conferma come Castellani operi in quegli anni sul fronte interno e la sua vittoria sulla malattia costituisca una vetrina per lo sfoggio di potenza, sugli uomini e sulla natura, da parte del regime.

6.5 Medicina militare: i saperi di un corpo

Il 26 giugno del 1936, a guerra appena finita, Lessona scrive alla Direzione di sanità militare riportando alcuni giudizi negativi a lui pervenuti sul funzionamento del servizio sanitario bellico:

Riferisco quanto appreso, per opportuna conoscenza di codesto Ministero, quanto mi viene riservatamente comunicato a riguardo del servizio sanitario in Africa Orientale: “L'attrezzatura del servizio è stata mediocre almeno per quanto riguarda i reparti operanti sul fronte nord. Gli ospedaletti militari sono stati attrezzati malamente e sovente sono risultati mancanti degli oggetti e dei mezzi essenziali. Si è notato che molti medici disoccupati in patria hanno trovato rifugio attraverso il volontariato presso i reparti operanti dove ad eccezione delle cliniche attrezzate di Paolucci e di Chiurco vi era ben poco che desse al combattente la certezza di essere ben tutelato in caso di ferite e malattia”¹⁷².

¹⁶⁹ A. Rasmussen, *Expérimenter la santé des grands nombres*, cit.

¹⁷⁰ Cfr. A. Parodi, D. Neasham, P. Vineis, *Environment, Population, and Biology: a short history of modern epidemiology*, in «Perspectives in Biology and Medicine», XLIX, 3 (2006), pp. 357-368; F. Curtin, *Death by migration*, cit.

¹⁷¹ Per un'analisi del corpo delle truppe indigene nella seconda metà degli anni Trenta si veda A. Volterra, *Sudditi coloniali: ascari eritrei 1935-1941*, Franco Angeli, Milano 2005.

¹⁷² USSME, D-1, b. 56, f. Servizio sanitario in A.O. lettera di S.E. Lessona, lettera n. 452 del 26 Giugno 1936 dal Ministero delle Colonie al Ministero della Guerra.

A garanzia dell'efficienza del servizio nei conflitti futuri, l'informatore anonimo suggerisce l'invio, affianco ai giovani meno esperti, «[di] almeno un medico chirurgo di prim'ordine per ogni reggimento». La risposta del tenente generale medico Franchi, direttore di sanità presso il Ministero della guerra, non tarda ad arrivare.

Ho preso conoscenza della comunicazione fatta a Codesto Gabinetto dal Ministero delle Colonie al riguardo del funzionamento del servizio sanitario in A.O., trasmessaci in copia con l'allegato sopra distinto. Sebbene non richiesta, mi sia consentito esprimere la mia opinione. [...] Debbo far presente che i nostri ospedali da campo, che avevano ricevuto il collaudo durante il conflitto mondiale e avevano risposto bene alle esigenze del servizio, furono migliorati nel 1929, dopo un lavoro lungo e paziente al quale i direttori generali che mi hanno preceduto dedicarono tutte le loro cure e la loro vasta esperienza acquisita durante la guerra¹⁷³.

Rivendicando l'expertise consolidata dei corpi di sanità militare e l'esperienza personalmente acquisita nei precedenti conflitti bellici - «[non] credo mi si possa tacciare di presunzione se tutta la mia esistenza ho passato al servizio dell'Esercito quale ufficiale medico, partecipando a più guerre» - si esprime in modo critico rispetto alla proposta: «i compiti degli ufficiali medici dei corpi e reparti mobilitati sono [infatti] ben definiti presso i servizi sanitari di tutti gli eserciti».

Franchi fa riferimento ai principi di organizzazione delle guerre moderne, in cui lo sgombero dei feriti avviene a catena, e gli interventi chirurgici più complessi sono riservati, a parte i casi in cui è impossibile il trasporto, alle formazioni di riserva, in seconda linea¹⁷⁴. Un principio di razionalizzazione dell'intervento sviluppatosi e perfezionatosi durante il primo conflitto mondiale per far fronte al numero inedito di feriti da smistare ed evacuare e agli effetti di una guerra industrializzata, e che prevede un'articolazione del servizio sanitario in organi di raccolta, primo soccorso e sgombero degli infermi sul fronte, organi per il ricovero, la cura e lo sgombero nelle retrovie, sezioni infine per il recupero dei militari guariti (convalescenti, servizio medico legale); ogni sezione orientata ad un compito specifico¹⁷⁵.

Ai posti di medicazione [in prima linea] non possono né debbono essere trattenuti e curati gli infermi, non debbono essere eseguiti interventi chirurgici ma solo si devono prestare soccorso, praticare medicazioni protettive delle ferite, emostasi provvisorie, applicare apparecchi provvisori per la immobilizzazione delle ferite. Principio fondamentale, universalmente ammesso, è che il ferito e il malato devono essere sgomberati il più sollecitamente possibile nelle formazioni di ricovero e cura più arretrate dalle prime linee e questo compito, spesso arduo, assorbe l'attività dei medici dei corpi e di quelli delle sezioni di sanità. Ciò è stato affermato da eminenti ufficiali medici di tutti gli eserciti e ribadito nei congressi internazionale di medicina militare¹⁷⁶.

¹⁷³ Ivi, lettera n. 803 del 4 luglio 1936, da Franchi al Gabinetto della Direzione Generale di Sanità Militare.

¹⁷⁴ P. Carotenuto (tenente medico chirurgo, Ospedale da campo 202), *Note cliniche e considerazioni sull'andamento delle ferite in guerra, in rapporto al loro trattamento e alla organizzazione sanitaria odierna*, in «Giornale di medicina militare», f. 12, 1936, pp. 1161-1170.

¹⁷⁵ E. Lampis, *Lezioni sul servizio sanitario militare in guerra (Raccolta di pubblicazioni tecnico scientifiche della Scuola d'Applicazione di Sanità Militare)*, a.a. 1941, Tip. Fiorentina, Firenze 1941.

¹⁷⁶ USSME, *D-I*, b. 56, f. Servizio sanitario in AO., lettera di S.E. Lessona, lettera n. 803 del 4 luglio 1936, cit.

Affermazioni recenti, scrive Franchi rifacendosi alle comunicazioni di Vittorio Putti, direttore dell'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna¹⁷⁷, hanno inoltre confermato questi orientamenti, già operanti durante il primo conflitto mondiale. Il conflitto italo-etiopico si colloca infatti in una dimensione di continuità rispetto alla prassi chirurgica sperimentata durante la Grande Guerra, anche per il numero esiguo di feriti con cui i medici dovranno misurarsi¹⁷⁸; le esigenze della guerra di movimento porranno sì al servizio sanitario nuovi problemi - «il soldato, combattendo, avanza; il medico, curando, si ferma» sottolinea Edoardo Lampis nelle lezioni alla scuola di sanità militare di Firenze¹⁷⁹ - ma non soluzioni terapeutiche radicalmente diverse¹⁸⁰.

Di fronte alle novità e alle difficoltà poste dalla spedizione etiopica sul piano sanitario anche Giuseppe Giardina fa riferimento, nel suo già citato lavoro, al primo conflitto mondiale come momento fondante per lo sviluppo di un'efficiente organizzazione bellica, ricordando come «l'Italia [possedesse] una magnifica esperienza di igiene militare, tratta dalla guerra mondiale, nella quale essa, al pari di altre nazioni civili, era riuscita a dominare il grave pericolo delle epidemie ed a mantenere in efficienza militare la salute delle truppe»¹⁸¹.

L'*expertise* dei corpi di sanità militare non è però, come si è visto, solo quella formatasi attraverso l'esperienza della prima guerra mondiale, che pure costituisce un momento di ridefinizione dei paradigmi diagnostici e delle soluzioni terapeutiche; si tratta di un sapere «accumulato», costruito attorno all'esercito di massa, esito della coscrizione obbligatoria introdotta in Francia nel 1793 e generalizzata in Europa sul modello dell'esercito prussiano riformato da Roon e Bismark nella seconda metà dell'ottocento¹⁸²; un sapere alla confluenza di diversi ambiti della conoscenza - l'igiene pubblica, l'indagine statistica, l'epidemiologia -

¹⁷⁷ L'istituto Rizzoli di Bologna, diretto da Putti dal 1915, fu particolarmente attivo, durante il primo conflitto mondiale e nel primo dopoguerra, nella cura dei feriti e dei mutilati; si veda S. Arieti, *Vittorio Putti*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. LXXXV, Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 2016.

¹⁷⁸ P. Carotenuto (tenente medico chirurgo, Ospedale da campo 202), *Note cliniche e considerazioni sull'andamento delle ferite in guerra, in rapporto al loro trattamento e alla organizzazione sanitaria odierna*, cit. L'articolo è dedicato alla figura di Roberto Alessandri, chirurgo direttore dell'ambulanza chirurgica durante la prima guerra mondiale, e vi si legge: «I chiari capisaldi da lui [Roberto Alessandrini] espressi si sono verificati i più sicuri anche nella guerra di movimento sostenuta dall'Italia contro l'Etiopia».

¹⁷⁹ E. Lampis, *Problemi sanitari nella guerra moderna* in E. Lampis A. Donaggio, E. Greppi, A. Gasbarrini, F. Izar, G. Cappelli, *Conferenze cliniche e di scienze mediche tenute alla scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze*, Scuola d'Applicazione di Sanità Militare, Firenze 1941, p. 21.

¹⁸⁰ Anche se c'è chi sottolinea, come il chirurgo Roberto Alessandri, che per alcuni tipi di lesione sarebbe necessario, in una guerra di movimento, un intervento nei posti di medicazione di prima linea, cfr. R. Alessandri, *Trattamento delle ferite di guerra (Conferenza all'Ospedale militare di Roma)*, in «Giornale di medicina militare», 5 (1936); sul tema anche la relazione medico statistica pubblicata nel 1939 dal Ministero della Guerra: «date le caratteristiche del terreno e della viabilità, non era possibile seguire il criterio, oggi universalmente accettato da tutti i servizi di sanità militare, di affidare la cura propriamente detta, dei malati e dei feriti, all'infuori dei casi di estrema urgenza, direttamente alle formazioni sanitarie arretrate delle armate. Si ritenne invece necessario impiantare gli ospedali da campo in tutta prossimità delle prime linee e disseminarli successivamente in profondità secondo la dislocazione delle truppe a tergo». USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della Sanità Militare, *Relazione medico statistica*, cit., p. 14.

¹⁸¹ G. Giardina, *Uno sguardo alla guerra di Africa*, cit. Per uno studio della chirurgia durante la prima guerra mondiale si veda S. Delaporte, *Medicina e guerra*, cit., Id., «Gueules cassées», cit.; Id., *Military Medicine* in J. Horne (a cura di), *A Companion to World War I*, Wiley-Blackwell, Malden 2012.

¹⁸² J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, cit.

che fa della presa in carico dei soldati, corpo collettivo della nazione, e della loro “manutenzione” in condizioni di efficienza il suo obiettivo primario¹⁸³.

Con l'introduzione della coscrizione obbligatoria, come hanno messo in evidenza Claire Fredj, Jean-François Chanet e Anne Rasmussen, la dimensione di massa diviene il quadro analitico dei saperi che ruotano attorno all'istituzione militare, e la tutela della salute dei coscritti un diritto del cittadino-soldato e un dovere dello Stato nazionale. Nel corso dell'ottocento l'evoluzione degli armamenti, la razionalizzazione tecnica, gli effetti dell'industrializzazione iniziano a trasformare i caratteri dei conflitti bellici e dell'esercito stesso¹⁸⁴. «Nessuno vorrà oggi negare - scrive Dall'Ora a proposito dello sviluppo della logistica nelle guerre moderne - l'importanza dei servizi ai fini delle operazioni e non ammettere che un esercito con i servizi menomati sia come un corpo senza nutrimento o male alimentato. Occorre invece considerare la loro importanza e complessità, la mole di rifornimenti a cui debbono provvedere, che aumenta con impressionante crescendo in relazione all'aumentare delle forze armate ed alla loro maggiore potenza»¹⁸⁵. Una dilatazione dei compiti della logistica che va di pari passo con la crescente importanza accordata ai saperi specializzati, ed alla medicina, all'interno della pianificazione ed organizzazione della guerra. Come ha sottolineato Mark Harrison, i conflitti moderni sono conflitti in cui gli esperti - scienziati, ingegneri, ecc. -, assumono una posizione di sempre maggior rilievo. In questo senso il ruolo assunto da Aldo Castellani nel conflitto italo-etiope, esaminato nel precedente paragrafo, non è solo l'esito delle capacità e dei successi scientifici del medico tropicalista, e della ridefinizione dei rapporti tra militare e politico caratteristica degli anni del fascismo regime, ma anche il prodotto di un più ampio processo di modernizzazione della guerra, e della società, in cui militarizzazione e medicalizzazione si presentano come movimenti paralleli¹⁸⁶.

È in questo quadro che, nella seconda metà dell'ottocento, l'igiene militare si costituisce come disciplina e la trattazione delle questioni sanitarie legate alla salute dei corpi militari, in guerra e in tempo di pace, diviene un nuovo ambito della trattazione medica, come testimonia la moltiplicazione, negli ultimi anni del secolo, di manuali, studi, congressi ed istituzioni dedicate alla medicina delle forze armate.

Nel 1850 è aperta in Francia l'Ecole d'application de la médecine militaire di Val de Grâce, affiancata nel 1856 dall'Ecole impérial du service militaire a Strasburgo, poi trasferita nel 1870 a Lione e diretta dall'igienista Emile Vallin¹⁸⁷. In Italia, la prima scuola di sanità militare

¹⁸³ Per una riflessione sulla funzione normativa e di manutenzione della medicina, nel quadro delle prestazioni di servizio rivolte a soddisfare le finalità di un'istituzione, di organizzazione, o di un servizio personale si veda E. Goffman, *Modello ospedaliero e ricovero psichiatrico* in Id., *Asylums: le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2000.

¹⁸⁴ J.F. Chanet, C. Fredj, A. Rasmussen (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, cit.

¹⁸⁵ F. Dall'Ora, *Intendenza in A.O.*, cit., p. 3.

¹⁸⁶ R. Cooter, M. Harrison, S. Sturdy, *Medicine and Modern Warfare*, cit.; R. Cooter, *Medicine and the Goodness of War*, cit.; M. Harrison, *The medicalization of war. The militarization of medicine*, in «Social History of Medicine», IX, 2 (1996), p. 267-276; R. Cooter, M. Harrison, *War, Medicine and Modernity*, Sutton, Stroud 1998; R. Cooter, *Medicine's Militarization, Actes de la deuxième journée: Guerre et médecine, Bibliothèque interuniversitaire de Santé, 7 février 2004*, disponibile in linea all'indirizzo <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/histmed-guerre-jour-nee2004-x07cooter.pdf>.

¹⁸⁷ A. Rasmussen, *Expérimenter la santé des grands nombres 1850-1914*, cit., p. 73.

- si è visto - viene inaugurata a Firenze nel 1883 ma già da metà ottocento veniva dato alle stampe, come organo ufficiale dell'esercito sabaudo, il «Giornale di medicina militare del corpo di Sanità Militare dell'Armata Sarda» fondato da Alessandro Riberi, promotore in quegli anni di una riforma della sanità militare piemontese; la rivista prenderà il nome di «Giornale di medicina militare» con l'unificazione nazionale, continuando le sue pubblicazioni fino al 1943 e divenendo un centro di sviluppo delle conoscenze clinico-igieniche sulla salute degli arruolati¹⁸⁸. Nel 1910, per rispondere alle esigenze di formazione dei corpi di sanità della Marina, Alessandro Pasquale - uno dei primi studiosi in Italia di medicina «esotica» - costituisce a Napoli, presso l'Ospedale di Santa Maria di Piedigrotta, la Scuola di sanità militare marittima. L'istituto resterà in funzione fino al 1942, quando sarà trasferito presso l'ospedale militare Bruno Falcomatà di La Spezia e poi successivamente a Livorno¹⁸⁹.

All'interno della disciplina sorta attorno ai problemi della sanità militare trovano largo spazio, come si è sottolineato nei precedenti capitoli, gli studi di medicina relativi alle colonie italiane. «L'insegnamento della Igiene e della Epidemiologia coloniale ai giovani Ufficiali medici [...] - si legge nelle lezioni del capitano medico Gerardo Mennona all'istituto di Firenze - costituisce, nella Scuola di sanità militare una nobile tradizione. Da molti anni questo insegnamento ha avuto infatti in questa scuola cultori appassionati ed insigni». Per Mennona, che durante il conflitto italo-etiope opera come igienista del Corpo di truppe indigene della Somalia, la «prima organizzazione sanitaria delle nostre vecchie colonie è stata opera di medici militari» e «la maggior parte delle conoscenze nosografiche relative alle nostre colonie è ad essi dovuta»; una chiara rivendicazione del primato dei corpi militari nell'elaborazione delle conoscenze mediche sulle malattie dei tropici: «la sanità militare ha preceduto in questa branca della medicina le stesse Università e la stessa sanità civile¹⁹⁰.

È un sapere - quello dei corpi di sanità delle forze armate - che si forma e circola all'interno di reti che superano il quadro nazionale, si sviluppa in congressi internazionali, grazie al lavoro di traduzione di opere mediche straniere e attraverso lo spazio accordato dalle riviste di medicina militare agli studi esteri. Le pubblicazioni italiane conoscono le stesse forme di circolazione, ancor più intense in seguito ai successi sanitari della spedizione etiopica: nel 1937 il Consolato italiano di Batavia informa il Ministero della Guerra che la direzione dei servizi sanitari militari delle Indie Olandesi è interessata a ricevere una copia del rapporto sull'organizzazione sanitaria del conflitto del 1935-36¹⁹¹; nello stesso anno, anche

¹⁸⁸ Cfr. D. Morghera, *Il camice, la divisa, la camicia nera*, Tesi di laurea magistrale, Università di Roma La Sapienza, relatore Emmanuel Betta, pp. 51-135. Giovanni Antonio Comisetti è il primo direttore della rivista. Dal 1923 si susseguono Arturo Casarini, Umberto Riva e Loreto Mazzetti, e infine Alfredo Ingravalle fino al 1943.

¹⁸⁹ Ispettorato di Sanità della Marina Militare, *Il corpo sanitario militare marittimo. Centocinquantesimo della sua istituzione*, cit.

¹⁹⁰ G. Mennona, *Appunti di igiene coloniale (da alcune lezioni del Capitano medico Gerardo Mennona a cura degli allievi: Salvatore Campailla, Claudio Nova, Mario Zollo)*, Casa editrice poligrafica universitaria Carlo Cya, Firenze 1939, p. 3-6.

¹⁹¹ USSME, *D-1*, b. 93, f. 7 Provvedimenti sanitari attuati nel nostro esercito nella campagna Italo-Etiopica, lettera del 25 Agosto 1937, da Consolato d'Italia a Batavia al Ministero della Guerra: «Signor Ministro, la direzione dei servizi sanitari dell'Esercito delle Indie Olandesi si è rivolta a questo ufficio per domandare se sia

dall'esercito brasiliano perverranno richieste di materiale per poter «di studiare la [...] campagna militare in Etiopia dal punto di vista sanitario»¹⁹². A fine anni trenta, il tenente colonnello medico Ugo Reitano sarà chiamato a relazionare sugli aspetti medici della spedizione al Congresso internazionale di medicina militare di Washington del 1939¹⁹³.

I prossimi paragrafi saranno dedicati ad un'indagine sulle modalità attraverso cui questo corpus di conoscenze e prassi, meno visibili e celebrate di quelle di Castellani, verrà messo in opera durante la campagna del 1935-36; questo mediante una prospettiva che tiene conto delle potenzialità euristiche che la nozione di *expertise* offre per leggere l'impatto che momenti di conflitto esercitano sulla disciplina medica: non tanto quanto la medicina “serva” alla guerra, o quanto la guerra “serva” alla medicina (per progredire), ma *come* la guerra si serve della medicina e quale servizio offre quest'ultima ai conflitti bellici. Una medicina di manutenzione, finalizzata all'efficienza dei corpi e alla soddisfazione degli obiettivi dell'istituzione militare.

6.6 Ospedalizzare la guerra: strutture e personale

Fermiamoci ora ai provvedimenti sanitari. Il principio che le Colonie fossero “autobonificatrici” cioè che non dovessero gravare sulla Madre Patria per curare gli ammalati, urtava in questo fatto: che le due colonie [...] non disponevano come ospedalità che di soli quattrocento letti. Oggi quella cifra è salita a ventimila letti per le due Colonie (tremila per la Somalia e diciassettemila per l'Eritrea). Vi sarebbe da scrivere un volume sull'intensità di lavoro per la quale si è potuto giungere al prodigioso salto¹⁹⁴.

I numeri del servizio ospedaliero in Colonia, prima dell'avvio della campagna, sono poco più alti di quelli indicati nell'articolo del «Corriere della sera» del 29 luglio 1935 - *L'azione sanitaria: morbi debellati* - diretto a promuovere lo sforzo organizzativo dei corpi militare nell'adeguare le strutture sanitarie ai nuovi numeri del contingente militare e degli operai in arrivo nel Corno d'Africa. A inizio conflitto la Somalia dispone di 400 posti letto per il ricovero degli ammalati¹⁹⁵ e in Eritrea se ne contano in tutto, nelle strutture ospedaliere di Asmara, Massaua, Agordat e nelle infermerie regionali, 450¹⁹⁶.

Il rapporto compilato nel 1937 da Carlo Tedeschi, Ispettore di sanità pubblica in Somalia durante e dopo il conflitto italo-etiope, offre una fotografia di Mogadiscio sul piano sanitario all'avvio della campagna:

possibile ottenere per documentazione della Direzione stessa una o due copie del Rapporto circa i provvedimenti di carattere medico-igienico adottati dall'Esercito nella campagna di Etiopia».

¹⁹² Ivi, f. 6, sf. 60 Dr. Bonifacio Antonio Borba Richiesta di elementi per studiare e illustrare la campagna Italiana in A.O. dal punto di vista sanitario.

¹⁹³ U. Reitano, *Organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nelle spedizioni coloniali* (Relazione al Congresso Internazionale di medicina militare, Washington, maggio 1939), in «Giornale di medicina militare», f. 10, 1939, pp. 979-1005 e f. 11, pp. 1059-1082.

¹⁹⁴ *L'azione sanitaria: morbi debellati*, in «Corriere della Sera», 29 luglio 1935.

¹⁹⁵ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, *Organizzazione e funzionamento dei servizi durante la campagna italo-etiope*, estratto da *La guerra italo-etiope fronte sud - Relazione volume II*, pubblicazione a cura del Comando delle forze armate della Somalia, pp. 59-63.

¹⁹⁶ F. Dall'Ora, *Intendenza in AO*, cit., p. 133.

La situazione ospedaliera nel 1933-34 per la città di Mogadiscio era la seguente: l'Ospedale De Martino con circa 170 posti letto suddivisi in 6 reparti destinati a ricovero connazionali (militari e civili) ed indigeni (militari e civili) [...] ancora sfornito di impianto radiologico e insufficiente reparto di disinfezione. Il suo laboratorio funzionava da laboratorio di igiene della Somalia anch'esso a servizio misto per militari e civili. Come sottosezione dell'ospedale figurava il lazzaretto con circa 200 posti letto per indigeni¹⁹⁷.

Nato come lebbrosario della città, funzione assunta nel 1929 dalla Colonia Agricola «Vittorio Bianchi» nell'isola di Alessandra (presso Gelib)¹⁹⁸, il Lazzaretto di Mogadiscio era dotato di 196 posti letto e accoglieva indigeni affetti da malattie contagiose: «la sua attrezzatura ospedaliera non era tra le più desiderabili e confortevoli - scrive Tedeschi - ed il suo organico era rappresentato da 1 solo sanitario»¹⁹⁹.

Nell'ambulatorio Ruberti Fiera veniva disimpegnato il servizio extraospedaliero «sufficiente allora a tutte le esigenze della cittadinanza» con un organico di cinque medici, trenta infermieri circa e del personale religioso²⁰⁰. Il servizio igienico profilattico, previsto dall'Ordinamento sanitario del 1933²⁰¹, per i capoluoghi di colonia, «esisteva press'a poco allo stato nominale», aveva sede nello stesso ambulatorio ed era svolto dal medico incaricato della direzione della struttura. «Era in fondo - si legge nella relazione - un servizio rispondente alle esigenze limitate di una popolazione di poche centinaia di metropolitani uniti fra loro da un sistema di vita sociale quasi familiare, sistema distrutto dall'incremento rapido della popolazione e dal subentrare di una mentalità quasi del tutto europea».

In Eritrea, a inizio 1935, il servizio sanitario è a carico delle strutture civili Regina Elena di Asmara (con 150 letti per pazienti indigeni ed europei)²⁰², Umberto I di Massaua con 120 posti letto e Generale Arimondi di Agordat con 40; delle infermerie regionali inoltre di Adi Ugri, Adi Caieh, Cheren, Assab, e Saganeiti tutte rette da medici civili (tranne quest'ultima)²⁰³.

Per la vicinanza con Massaua, a cui è allacciata da un tratto ferroviario, Asmara ospiterà durante i mesi della campagna il più grande complesso ospedaliero del fronte nord, costituito secondo il principio di specializzazione degli impianti: una struttura per gli interventi chirurgici di 1000 posti letto «dotat[a] - come scrive Ferdinando Martoglio - di varie specialità (ortopedia, stomatoriatria, otorinolaringoiatria, oculistica)» a cui si aggiungono «un grande ospedale da 1000 posti letto per malattie interne (con reparti neuro-psichiatrico e dermoceltico) [...], un grande ospedale da 200 posti letto per ufficiali, un ospedale

¹⁹⁷ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 12 Sanità 1893-1937, *Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica in favore delle popolazioni della Somalia nel triennio 1935-1936-1937*.

¹⁹⁸ USSME, D-2, b.11, f. 87, Comando delle forze armate della Somalia, Delegazione intendenza A.O. Direzione di Sanità, *Funzionamento del Servizio sanitario in Somalia Mogadiscio*. La pubblicazione è senza autore e senza data, ma sicuramente successiva alla fine della guerra italo-etioptica.

¹⁹⁹ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 12 Sanità 1893-1937, *Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica*, cit.

²⁰⁰ *Ibidem*

²⁰¹ R.d. 2 marzo 1933 n. 702, *Approvazione dell'ordinamento sanitario per le colonie*.

²⁰² ASDMAE, MAI vol. II, 181/35 f. 169, *Miglioramenti realizzati ed in corso di attuazione per la riorganizzazione ospedaliera e per l'igiene pubblica in Colonia. Relazione del colonnello Marcone, Reggente l'Ispettorato di Sanità Asmara* 31 maggio 1936.

²⁰³ USSME, D-6. v. 241 NOME Allegati Luglio-Agosto 1935, all. 10 *Sviluppo dei servizi sanitari alla data del 1° luglio*, p. 4.

contumaciale da 250 posti letto per la bonifica dei portatori di germi di malattie infettive»²⁰⁴. Lo stabilimento di Asmara funziona anche come centro di raccolta di militari in attesa di accertamenti per il rimpatrio.

Per il ricovero dei soldati indigeni è invece istituito dall'Intendenza uno speciale complesso, il gruppo ospedaliero del Sembel, dislocato nei pressi di Asmara, destinato alla cura e al recupero degli ascari²⁰⁵: «come ospedale di ultimo sgombero e con funzioni curative e medico-legali, esso ha accolto - scrive il tenente medico impiegato nella struttura - la massima parte dei militari indigeni ammalati, di tutti i paesi, dall'altopiano al bassopiano, dal Mar Rosso al Sudan anglo-egiziano, compreso il Tigrai»²⁰⁶. I militari nazionali in attesa di guarigione sono invece destinati, nei mesi della campagna, ai convalescenziari di Belesa, costruito nel luglio 1935, e di Cheren, predisposto nel settembre dello stesso anno²⁰⁷, e quelli in attesa di rimpatrio all'ospedale di Massaua rinnovato ed ampliato fino alla capienza di 350 letti²⁰⁸. Secondo i principi dell'igiene militare coloniale, i convalescenziari hanno la specifica funzione, nelle guerre d'oltremare, di impedire l'importazione di affezioni in madrepatria favorendo il completo recupero del soldato negli stessi territori:

Il sistema da preferirsi, in tesi generale, è quello di stabilire luoghi salubri della stessa regione o di regioni vicine, ad imitazione di quanto fanno le nazioni più largamente colonizzatrici, dei convalescenziari ove trattenerne i colpiti da malattie trasmissibili, fino a sicura guarigione, non solo clinica., ma anche batteriologica. [...] Per la malaria, la dissenteria e qualche infezione esotica, deve preoccupare in sommo grado, non dico il pericolo certo ma l'eventualità che la malattia sia importata nella madre patria, ed ancora che l'individuo sia definitivamente guarito prima di essere restituito al suo ufficio coloniale.²⁰⁹

Nei primi mesi del 1935, la direzione sanitaria della delegazione d'Intendenza di Mogadiscio procede, come in Eritrea, all'ampliamento e alla «modernizzazione» (più che miglioramento) degli impianti sanitari del territorio somalo, oltre che alla disposizione delle formazioni sanitarie mobili secondo le linee di avanzamento delle truppe.

A Mogadiscio si provvede «ad una razionale sistemazione del vecchio edificio - ospedale De Martino», che viene destinato esclusivamente al personale militare²¹⁰ e portato progressivamente ad una capienza di 1200 posti «sì che lo stabilimento, per le disposizioni dei locali e per il perfetto attrezzamento» possa rispondere ora «alle più moderne esigenze»²¹¹. L'edificio cittadino riservato alla poliambulanza (Maurizio Rava) viene scelto come nucleo del nuovo ospedale per civili con la capacità di 200 letti, diversi reparti e un organico di 8

²⁰⁴ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, F. Martoglio, *L'organizzazione sanitaria militare in A.O.*

²⁰⁵ F. Dall'Ora, *Intendenza in AO*, cit., p. 134; USSME, *D-6.*, v. 241, NOME Allegati Luglio-Agosto 1935, all. 10 *Sviluppo dei servizi sanitari alla data del 1° luglio*, p. 4.

²⁰⁶ P. Salsano (Gruppo ospedaliero per indigeni del Sembel), *Rilievi clinico-statistici sulle affezioni dell'apparato cardiovascolare negli indigeni dell'Eritrea e del Nord-Etiopico*, in «Giornale di medicina militare», 10 (1937), pp. 1084-1092.

²⁰⁷ F. Dall'Ora, *Intendenza in AO*, cit., p. 129.

²⁰⁸ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 13, sf. 28, Organizzazione sanitaria nei nuovi territori – maggio/settembre, Allegato alla relazione mensile del mese di settembre 1936, 15 ottobre 1936.

²⁰⁹ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, Provveditorato Generale Dello Stato, Roma 1926, p. 51.

²¹⁰ USSME, *D-2*, b. 10, telegramma n. 004350 del 24 giugno 1935, da Graziani al Ministero delle Colonie.

²¹¹ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, Estratto dal volume *La guerra italo etiopica fronte sud*, Relazione volume II, pp. 59-63, cit.

medici, di cui 4 specialisti e 40 infermieri (italiani e indigeni)²¹². Anche il lazzaretto subisce alcune modifiche: portato a 400 letti²¹³, sarà diviso in due sezioni - civile e militare, quest'ultima destinata sia a truppe metropolitane che ascare (ricoverate in stabilimenti rigidamente separati, divisi «da un alto muro di cinta»²¹⁴). A fine guerra, la struttura sarà destinata alla cura della sola popolazione indigena, con la nuova denominazione di Ospedale civile per indigeni e Lazzaretto Principe di Piemonte:

Due motivi prima vedevano poco gradito agli indigeni il ricovero [nella struttura prima degli interventi di ristrutturazione]: la distanza e la denominazione di Lazzaretto. Ambedue sono stati ormai superati, il primo perché l'abitato di Mogadiscio col suo rapido espandersi ha raggiunto ed invaso la zona del lazzaretto, il secondo perché si è elevato detto ospedale ad ente ospedaliero non solo con nome ma con imponenza e fabbricati e con il trattamento usato agli infermi²¹⁵.

I soldati nazionali che necessitano di cure prolungate e maggior tempo di ripresa sono destinati ai convalescenziari di Gesira, «salubre e ridente località sul mare», e di Brava; ai militari indigeni sarà invece riservato il gruppo ospedaliero di Hamar Geb-Geb con 600 posti letto²¹⁶.

In totale, nelle zone di guerra, le direzioni di sanità dell'Eritrea e della Somalia giungeranno a disporre nel corso della campagna di 32 mila posti letto²¹⁷, e di un enorme quantitativo di mezzi per lo sgombero, la profilassi e la cura; solo in Eritrea a fine conflitto si contano 240 ambulanze e 5 sezioni camminate di portafertiti; e in tutta la zona di guerra, 60 reparti sommessi di sanità, 16 nuclei chirurgici, 15 ambulanze radiologiche; 13 ambulanze odontoiatriche, 4 laboratori centrali di analisi, 14 sezioni di disinfezione, 122 potabilizzatori carrellati e 27 autopotabilizzatori; 18 auto-bagni, oltre ai treni ospedale e alle littorine portafertiti tra Massaua e Asmara²¹⁸; l'elenco comprende le unità mediche speciali predisposte dai clinici Raffaele Paolucci e Amedeo Perna, esempi della mobilitazione del mondo scientifico a favore del conflitto: l'Ambulanza chirurgica E, celebrata come simbolo della modernità della guerra fascista²¹⁹ - ma in realtà sottoutilizzata per il limitato numero di soldati

²¹² Ivi, f. 12 Sanità 1893-1937, Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica in favore delle popolazioni della Somalia nel triennio 1935-1936-1937, compilata dall'Ispettore di Sanità Carlo Tedeschi.

²¹³ Ivi, f. 14, Estratto dal volume *La guerra italo etiopica fronte sud*, cit.

²¹⁴ USSME, D-2, b. 11, f. 87, Comando delle forze armate della Somalia, *Funzionamento del Servizio sanitario in Somalia Mogadiscio*, cit.

²¹⁵ ASDMAE, MAI vol. III, b. 106, f. 12 Sanità 1893-1937, Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica in favore delle popolazioni della Somalia, cit.

²¹⁶ USSME, D-2, b. 11, f. 87, Comando delle forze armate della Somalia, *Funzionamento del Servizio sanitario in Somalia Mogadiscio*, cit.

²¹⁷ ASDMAE, MAI vol. II, 181/34, f. 165, G. Giardina, *Note e considerazioni*, cit.

²¹⁸ USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica*, cit., p. 15.

²¹⁹ «Dati questi bisogni, l'arrivo dell'ambulanza speciale chirurgica e diretta da uno dei maestri della chirurgia italiana, S. E. l'On. Prof. Raffaele Paolucci, medaglia d'oro della grande guerra, della quale facevano parte ben quindici ufficiali specializzati della sua scuola, suoi assistenti ed aiuti, fu salutato con vivissima soddisfazione», F. Martoglio, *Prefazione* in M. Loreti, *Raffaele Paolucci. Chirurgo in A.O.*, Zanichelli Editore, Bologna 1937; sull'ambulanza diretta da Raffaele Paolucci si veda anche USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica*, cit., p. 14: «Riprendendo l'idea auspicata in passato da illustri nostri clinici (Bassiani, Novaro, Durante), e nella prima guerra mondiale caldeggiata ed attuata

ingiuriati²²⁰ -, e l'ambulanza odontoiatrica, «un vero gabinetto odontoiatrico ambulante» organizzato secondo i principi della cura demolitiva e conservativa dei denti sperimentati nella Grande Guerra²²¹. Sono infine due gli aerei utilizzati nel fronte nord per il trasporto dei malati, pratica inaugurata nel secondo decennio del novecento²²², per quanto nel maggio 1935 Baistrocchi, sottosegretario di Stato, assicurava a De Bono l'invio di nove apparecchi portaferiti per ciascuna colonia dato l'uso frequente che ne era stato fatto nei mesi di preparazione della campagna²²³.

I numeri dell'organizzazione sanitaria militare non si esauriscono però qui. Nella penisola saranno predisposti 10.000 letti per l'ospedalizzazione in patria dei soldati ed operai ammalati, con l'ampliamento degli ospedali di Napoli e Caserta e la messa a disposizione delle strutture sanitarie di Pozzuoli, Aversa, Maddaloni, Pagani e Nocera Inferiore²²⁴. «In condizioni normali - si legge in una circolare del marzo 1935 della Direzione di sanità del Ministero della Guerra - non occorrerà far subire agli ammalati e feriti un periodo di contumacia a Napoli, in quanto questo sarà compiuto, oltre i limiti di tempo stabilito per ogni malattia infettiva, durante la loro permanenza nei luoghi di cura della Colonia e durante il lungo viaggio per il rimpatrio. In conseguenza i militari e feriti non abbisognevole di ulteriori cure ospedaliere, potranno essere inviati direttamente in licenza di convalescenza»²²⁵. Ma i soldati che necessitano ancora di trattamento saranno ospitati nelle strutture predisposte a Napoli e Caserta, il cui ampliamento è completato nei mesi di ottobre e novembre del 1935²²⁶.

A sostenere il peso di tale organizzazione è un vasto numero di medici e infermieri richiamati in servizio o volontari. Castellani riporterà a fine guerra le cifre di 1.889 ufficiali medici dell'esercito, 117 della marina militare, 42 dell'aeronautica e 316 della milizia; 188 ufficiali farmacisti, 384 infermiere della Croce Rossa, 15.500 soldati di sanità e infermieri; 639 infermieri della Marina a servizio delle navi ospedale, 200 suore ospedaliere e missionarie di diversi ordini, per un totale di circa 19 mila operatori sanitari attivi in Africa nel biennio 1935-36²²⁷. Altre fonti parlano, per l'esercito, di 1.459 ufficiali medici, 8.140 soldati di sanità nazionale, 1.800 militari di sanità indigeni²²⁸, senza specificare il peso del personale

soprattutto dal [...] prof. Baldo Rossi, ottenne di essere coadiuvato dal personale (medici e infermieri) della sua clinica per costruire una compagine ben affiatata».

²²⁰ N. Labanca, *Una guerra per l'impero*, cit., pp. 180-189.

²²¹ USSME, *D-I*, b. 56, sf. Servizio odontoiatrico in guerra del prof. Perna, lettera n. 397 del 4 giugno 1935 da Franchi a Gabinetto del Ministero della Guerra.

²²² *Prima conferenza tecnica internazionale dei soccorsi aerei (Budapest 11-14 giugno 1937)*, in «Annali di medicina navale e coloniale», 11-12 (1937).

²²³ USSME, *D-I*, v. 56, f. 26 Squadroni aeroplani per il trasporto dei feriti, telegramma n. 6012 del 31 maggio 1935 da Baistrocchi a De Bono: «Risposta al vostro 6133. Per ottobre saranno pronte due squadriglia ciascuna nove apparecchi per servizio sanitario in A.O.».

²²⁴ ASDMAE, *MAI vol. II*, 181/34, f. 165, G. Giardina, *Note e considerazioni*, cit., p. 18; le strutture di Pozzuoli, Aversa, Maddaloni, Pagani e Nocera Inferiore non verranno però mai utilizzate. *Ibidem*

²²⁵ USSME, *D-I*, b. 56, f. 8, sf. Posti letto, circolare del 2 Marzo 1935 dalla Direzione di sanità del Ministero della Guerra al Comando del corpo d'armata territoriale di Napoli.

²²⁶ Ivi, lettera del 3 settembre 1935 dalla Direzione di sanità del Ministero della Guerra al Comando di Stato Maggiore.

²²⁷ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia. 3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936*, cit.

²²⁸ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, F. Martoglio, *L'organizzazione sanitaria militare in A.O.*; F. Dall'Ora, *Intendenza in AO*, cit., p. 130-133.

volontario²²⁹, e senza far riferimento alle forze sanitarie impiegate dagli altri corpi militari. Giardina segnalerà a fine conflitto dati simili: «gli organi esecutivi - scrive - [furono] costituiti da oltre 1.200 ufficiali medici e da più di 200 chimici farmacisti, in massima parte volontari, o richiamati dal congedo», e le cariche direttive invece riservate a medici con esperienza di servizio, maturato in colonia o durante la prima guerra mondiale²³⁰.

Per prepararsi al conflitto, una parte di ufficiali medici seguirà come si è visto, assieme alle infermiere della Croce Rossa, i corsi organizzati dalla Clinica di medicina tropicale di Roma e tenuti da Castellani. Sui dettagli della mobilitazione dell'istituto a favore del conflitto i documenti non restituiscono informazioni approfondite. I programmi delle lezioni appaiono però notevolmente ampliati rispetto agli anni precedenti, fino a comprendere la trattazione in forma sintetica di tutte le forme morbose frequenti nei "tropici" - malattia del sonno, filariosi, leishmaniosi, ulcera tropicale, elefantiasi, dengue, peste, avvelenamento da serpenti, bottone d'oriente, lichene tropicale, ecc. - e l'esame delle affezioni tipiche delle campagne d'oltremare - colpo di calore, «malattie climatiche», amebiasi, coliti, malaria, tifo petecchiale, sprue, febbri tifoidi, «avitaminosi nei tropici», ecc. Tra gli insegnamenti si aggiunge anche l'igiene coloniale, materia che non trovava spazio nei corsi dei primi anni di attività della Clinica, diretti all'esame di casi clinici e allo studio di alcune malattie meno conosciute²³¹.

Per tutto il corso del 1936 si svolgeranno presso la struttura - segnala la rivista «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale» - «16 corsi per infermiere con una media di 40 persone per corso, 18 corsi per ufficiali medici con una media di 25 frequentanti per corso»; è inoltre «effettuata l'abilitazione di 350 sanitari per essere assunti in qualità di medici coloniali. Fra gli studenti di medicina iscritti al sesto anno la media degli iscritti si aggira fra 290 e 300»²³².

Durante i mesi di mobilitazione non mancano però segnalazioni sulla scarsa preparazione di alcuni richiamati e sull'inefficienza delle strutture sanitarie predisposte dai comandi militari:

occorr[e] provvedere subito ad eliminare - scrive Franchi nell'agosto 1935 - l'inconveniente che ufficiali medici delle categorie in congedo, richiamati in servizio, siano fatti partire per l'A.O. senza che abbiano la necessaria conoscenza delle mansioni che sono chiamati a disimpegnare e del materiale dell'unità sanitaria a cui sono destinati. [...] Con una certa frequenza ufficiali medici sono stati assegnati all'ultima ora ad un ospedale da campo o ad una sezione di sanità e tra questi gli stessi direttori o comandati²³³.

²²⁹ Secondo Nicola Labanca: «i medici e il personale volontario e non permanente furono forse alcune decine; le infermiere volontarie furono più numerose (una relazione del tempo ne conta 408)». N. Labanca, *Una guerra per l'impero*, cit., pp. 181. Per il conflitto è predisposta una direzione di sanità della Milizia con a capo il luogotenente generale medico De Plato. Cfr. A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia. 3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936*, cit.

²³⁰ ASDMAE, *MAI vol. II*, 181/34, f. 165, G. Giardina, *Note e considerazioni*, cit., p. 29.

²³¹ ASURS, *Archivio Generale*, Attività didattiche: programmi dei corsi e libretti delle lezioni, Facoltà di medicina e chirurgia, I libretti delle lezioni, b. 28 Aldo Castellani, Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, libretto 1935-1936.

²³² *La clinica per lo studio delle malattie tropicali di Roma* in Notiziario, «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale», f. 3, 1937, p. 6.

²³³ USSME, *D-I*, b. 56, f. 5 Servizio sanitario in Libia a Lero e per le esigenze in A.O., sf. 44 Servizio sanitario per le esigenze A.O., Istruzione da impartire agli ufficiali medici delle categorie in congedo sul servizio sanitario e sull'impiego di materiale in dotazione, lettera del 5 agosto 1935 da Franchi al Gabinetto del Ministero della Guerra.

E nell'aprile del 1936, un'informativa torna sul problema delle capacità del personale, nonché sulle deficienze del servizio:

Dopo attento esame, [...] la direzione di sanità dell'A.O. ha potuto dimostrare che lo stato sanitario delle truppe colà dislocate è soddisfacente. Sta di fatto però che molti ufficiali medici di complemento non si dimostrano preparati al compito ad essi affidato e che la commissione igienico-ispettiva, con sede ad Asmara, non ha finora esercitato la sua vera e propria funzione di vigilanza e di propaganda²³⁴.

Eppure nel febbraio 1935 la direzione di sanità militare pubblicava un opuscolo destinato agli ufficiali medici in partenza, *Norme di igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia*, contenente alcuni precetti e nozioni di base per i medici arruolati e richiamati in servizio. Il volume si apre con l'analisi climatologica e nosografica dei possedimenti coloniali italiani e procede illustrando le misure di igiene e di profilassi da adottare per combattere le malattie più frequenti nei possedimenti italiani dell'Africa orientale e garantire la salvaguardia del soldato. Nel compendio sono trattati nel dettaglio tutti i fattori che influenzano la vita della truppa, esposta alle fatiche di guerra ma soprattutto alle pressioni dell'ambiente tropicale: vestiario, equipaggiamento, carico individuale, stagione di arrivo, attendamenti, marce, acqua e alimentazione. È un soldato che va salvaguardato, quello che combatte nei tropici, perché il clima e l'aumentato numero di affezioni in colonia lo affaticano più della guerra:

Le condizioni climatiche della colonia non consentono che si facciano compiere alle truppe le fatiche fisiche e gli sforzi che possono essere sopportati, senza pregiudizio notevole per la salute in Patria. L'esperienza delle passate guerre coloniali insegna che l'eccesso delle marce e delle fatiche, nelle zone tropicali, diminuisce l'efficienza bellica delle truppe e accresce la ricettività individuale a svariate malattie, particolarmente a quelle di natura intestinale [...] tenendo [però] presente che i soldati di colore sono già allenati e sono in genere degli ottimi marciatori, i quali sopportano fatiche e disagi dannosissimi invece alle truppe metropolitane²³⁵.

E ancora: «Il carico individuale deve essere ridotto al minimo [...] tutto il rimanente bagaglio sarà portato su carri o su bestie da soma, oppure da portatori indigeni»²³⁶.

Il medico militare è chiamato perciò ad applicare con rigore le norme dell'igiene militare, a riconoscere le peculiarità con cui tali regole vanno articolate nello spazio coloniale; l'entrata in colonia coincide - avverte il prontuario²³⁷ - con l'ingresso in una zona morbosa caratterizzata da una normalità "eccessiva", a cui il medico militare deve rispondere con un altrettanto "eccesso" di attenzioni e sorveglianze.

²³⁴ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 8, f. 4 segnalazioni varie, informativa del 2 aprile 1936.

²³⁵ USSME, *D-I*, b. 56, f. 16 Norme igieniche per le truppe destinate in A.O., Ministero della Guerra. Direzione Generale di Sanità Militare, *Norme di Igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia - febbraio 1935*, Tip. Moyné & Alessandrini, Roma 1935, pp. 27-28.

²³⁶ Ivi, p. 20. Nel prontuario si legge ancora, secondo un'immagine di sottomissione del mondo femminile e allo stesso tempo di società combattente: «tenere presente che i soldati abissini non portano che il fucile e la cartucciera; tutti gli impedimenti sono portati dalle donne al seguito», Ivi, p. 21.

²³⁷ «Lo speciale vestiario dovrà essere consegnato a ciascun uomo [...] in modo che già durante la traversata, al momento di entrare nella zona calda, egli vesta l'uniforme coloniale e soprattutto l'elmetto coloniale per prevenire i colpi di sole». Ivi, p. 19. E ancora: «L'aumentata funzione delle ghiandole sudorifere e la esistenza di numerosi parassiti cutanei, trasmettitori di malattie infettive, esigono da parte dei militari una particolare cura della pulizia personale». Ivi, p. 30.

Il volume del 1935 ricalca, nella struttura e in una parte dei contenuti - quelli relativi alla nosografia coloniale e all'igiene militare - lo studio di Giovanni Grixoni, autore nel 1926 di uno dei principali testi di nosografia medica dei territori d'oltremare italiani. Anche il testo del capitano medico riservava una specifica sezione della trattazione all'igiene delle truppe coloniali, con frequenti riferimenti alle prassi sanitarie adottate dalle altre potenze coloniali in merito all'«epoca di partenza per le colonie»; al «vestiario ed equipaggiamento», alle «abitazioni» militari, all'«alimentazione», all'«acqua», al «lavoro e marcia delle truppe» e alla «profilassi»²³⁸; paragoni che si ritroveranno in più parti dell'opuscolo del 1935.

Come nel volume di Grixoni, anche il breviario accorda un ruolo di primo piano alla conoscenza delle malattie dominanti nei dei territori d'oltremare, rientrando nella tradizione di derivazione ippocratica della geografia medica, *genere* della scrittura medica a metà fra epidemiologia, geografia e igiene, divenuto, nel corso del XIX sec. una specialità dei corpi militari; un settore di studi capace di rinnovarsi, nei secoli successivi, attraverso l'immissione dei nuovi strumenti concettuali della medicina otto-novecentesca: i metodi quantitativi della statistica e l'analisi microbiologica²³⁹.

Nella trattazione dei metodi profilattici e terapeutici l'opuscolo si arricchisce però di nuovi contributi rispetto al volume di Grixoni, più attento all'individuazione delle cause e alla descrizione della distribuzione delle malattie, in un dato ambiente, che alle formule di cura e prevenzione. Il breviario ha invece una finalità pratica: indica e suggerisce come si combatte il male in una guerra che si svolge sotto i «tropici»; e come si vedrà nel prossimo paragrafo, al centro dell'azione medica militare si trova la vaccinazione, uno dei principali strumenti di lotta contro le affezioni, indirizzata alla difesa del corpo attraverso una pratica universalistica che poco spazio accorda alle differenze individuali e alla conoscenza dell'ambiente in cui è applicata.

6.7 Vaccinazione: una medicina *contro* natura

Riguardo alle misure sanitarie contro la diffusione delle malattie infettive, l'opuscolo *Norme di igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia* pone immediatamente l'accento sull'importanza delle operazioni preventive, da effettuarsi prima della partenza dei soldati, tra cui un posto di primo piano occupa la profilassi immunitaria:

²³⁸ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit.

²³⁹ Il termine geografia medica viene usato per la prima volta nel 1843 dal medico francese J. CH. Bouden che pubblica un'opera dal titolo *Essai de géographie médicale, ou études sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies, ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles*. Non è certo però questo il primo testo ad occuparsi della presenza e frequenza delle affezioni in una certa regione del globo. Della relazione fra ambiente e malattia si erano interrogati gli studi medici fin dal trattato ippocratico *Arie, acque e luoghi*. Certo però, scrive Henri Picheral, è con il colonialismo otto-novecentesco che il termine «geografia medica» conosce grande successo rispondendo al gusto enciclopedico ed esotico dell'epoca. H. Picheral, *Géographie médicale, géographie des maladies, géographie de la santé*, cit.; su geografia e topografia medica si veda M. D. Grmek, *Géographie médicale et histoire des civilisations*, cit. C. Fredj, *Du local au global* cit; H. Moussy, *Le regard des médecins topographes sur l'Algérie coloniale*, cit..

Per un complesso di fattori climatici, topografici, ambientali, le cause di infezione, almeno in talune infezioni, sono in genere accresciute in colonia; ed è perciò che le misure igienico-profilattiche tendenti a tutelare la salute del bianco, devono essere severamente e scrupolosamente applicate. In una ben organizzata spedizione è necessario che alcune provvidenze profilattiche siano prese prima della partenza (oculata scelta del personale, vaccinazioni preventive). Le truppe devono giungere in colonia già vaccinate contro il vaiolo e contro le febbri tifoidi e paratifoidei²⁴⁰.

Anche il tenente colonnello medico Ugo Reitano, chiamato a delineare alla conferenza internazionale di Washington del 1939 un modello ottimale di organizzazione sanitaria per le spedizioni coloniali - in base alle esperienze accumulate nel biennio 1935-36 -, individuerà nelle vaccinazioni antivaiolose e antitifiche una delle prime provvidenze da attuare in caso di spedizione in territori tropicali²⁴¹.

Nell'epoca dell'immunizzazione jenneriana, resa obbligatoria in Italia nel 1888, e dei vaccini della medicina di Pasteur, il male si combatte con strategie che puntano non a una difesa integrale della salute ma a una riduzione del rischio di contrazione della malattia. Accanto ai sistemi di profilassi diretta che agiscono «sui morbi» bloccando la loro trasmissione (igienismo, disinfezione, quarantena, sorveglianza), si vanno affermando, nella medicina ottonevicesca, come scrive Raffaele Confalone nel 1936 sul «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale», mezzi di «profilassi indiretta» che mirano a «irrobustire l'organismo e a migliorare le condizioni di vita»; primi tra tutti «le vaccinazioni specifiche»²⁴². Mezzi estensivi più che intensivi, che si applicano a porzioni di popolazione (civile, militare, o ad entrambe) e che permettono di controllare la malattia intervenendo sul potere patogeno dei germi²⁴³, e sulla capacità di resistenza alle malattie dell'organismo umano dotato, attraverso la vaccinazione - in virtù di un interventismo sconosciuto nella storia delle pratiche mediche -, di un'immunità «artificiale» altrettanto efficace, o quasi, di quella naturale²⁴⁴.

A inizio 1935, la profilassi immunitaria contro il vaiolo e le febbri tifoidi costituisce una preoccupazione di primo piano per le autorità politiche e di sanità militare impegnate nella

²⁴⁰ USSME, D-I, b. 56, f. 16 Norme igieniche per le truppe destinate in A.O., Ministero della Guerra. Direzione Generale di Sanità Militare, *Norme di Igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia - febbraio 1935*, cit., p. 42-43.

²⁴¹ U. Reitano, *Organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nelle spedizioni coloniali*, cit.

²⁴² R. Confalone (maggiore medico igienista della Direzione Sanità Intendenza A.O., membro della Sezione sanitaria ispettiva), *Il tetravaccino TABch nell'immunizzazione delle truppe in A.O.*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene coloniale», f. 7, 1936, pp. 149-151. Il corsivo è nel testo.

²⁴³ Utilizzando il vaiolo delle vacche, non mortale per l'uomo, nella vaccinazione jenneriana o le tecniche di attenuazione della virulenza dei germi sperimentate da Pasteur. Cfr. A. Parodi, *Storie della medicina*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.

²⁴⁴ C. Canguilhem, *L'effetto della batteriologia sulla fine delle teorie medica nel XIX sec.* in Id., *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita*, La nuova Italia, Scandicci 1992. Sulla vaccinazione cfr. A.M. Moulin, *L'avventure de la vaccination*, cit., Id., *Le dernier langage de la médecine*, cit.; Id., *A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico* in «História, Ciências, Saúde-Manguinhos» X, 2 (2003), pp. 499-517; Id., *Programmes de vaccination en milieu tropical, l'apport d'une réflexion en sciences sociales*, in «Médecine Tropicale», 4 (2006), pp. 335-339; J. B. Fressoz, *Le vaccin et ses simulacres. Instaurer un être pour gérer une population, 1800-1865*, in «Tracés», 21 (2011), pp. 77-108; A. Rasmussen, *À corps défendant: vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la grande guerre*, cit.; U. Tucci, *Il vaiolo tra epidemia e prevenzione*, in F. Della Peruta F. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali VII*, cit.; L. Faccini, *Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche nell'Italia liberale*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia*, cit.

preparazione della spedizione in Etiopia. Il 9 febbraio, dalla direzione di sanità militare del Ministero della Guerra provengono indicazioni perché tutti gli uomini della divisione di Messina - che confluiranno in parte nella divisione Metauro inviata nell'ottobre in Libia - siano vaccinati nuovamente contro il vaiolo e, successivamente, contro il tifo addominale:

Con riferimento alle disposizioni emanate per la Colonia riguardante la Divisione militare di Messina, è intendimento di questo Ministero che prima della partenza sia provveduto ad eseguire la rivaccinazione antivaiolosa a tutto il contingente della predetta divisione [...] compresi i richiamati [...]. È pure intendimento di questo Ministero che, dopo dieci giorni dall'avvenuta rivaccinazione antivaiolosa ai richiamati [...] e a tutti quei militari vaccinati o rivaccinati da oltre un anno contro le febbri tifoidi, sia praticata la vaccinazione antitifida per mezzo de lipovaccino TAB²⁴⁵.

Le vaccinazioni antivaiolose e antitifiche saranno rese obbligatorie, come si è visto nei precedenti paragrafi, per tutto il contingente in partenza per l'Eritrea e la Somalia (compresi gli operai)²⁴⁶, e quella antivaiolosa estesa agli ascari e, per ordine di Martoglio, alle loro famiglie di provenienza:

Ai fini profilattici contro la vaioloide, della quale vengono denunziati alcuni casi, e per una più sicura difesa contro il vaiolo è indispensabile che nessuno dei militari, nazionali e indigeni, sfugga alla vaccinazione antivaiolosa. A tal uopo pregansi i comandi e le direzioni in indirizzo di voler disporre: 1) che sia eseguita un'accurata revisione presso i dipendenti reparti allo scopo di individuare quei militari (nazionali e indigeni) che comunque non abbiano subita, entro gli ultimi due anni, la prescritta vaccinazione antivaiolosa o che, avendola praticata non abbiano conseguito risultato positivo. 2) che tali militari siano senza indugio sottoposti alla vaccinazione o rivaccinazione in parola, annotando il risultato nell'apposito registro, e per i nazionali anche sul libretto personale. 3) che anche le famiglie degli ascari siano sottoposte ad analogo controllo, vaccinando e rivaccinando quei membri che risultassero non profilassati²⁴⁷.

Una preoccupazione che coinvolge anche le autorità politiche in colonia: a fine febbraio Lessona chiede informazioni al governatore della Somalia Maurizio Rava sull'andamento delle campagne di vaccinazione nel territorio e sulle capacità di produzione dell'Istituto sierovaccinogeno di Merca, fondato nel 1914 per provvedere alla produzione di vaccini anti-pestosi per il bestiame²⁴⁸, domandando se in «seguito lavori progettati, [la struttura] trovasi in condizione di produrre vaccino antivaioloso et in quale quantità settimanale»²⁴⁹. Il 6 marzo il governatore relaziona sui provvedimenti presi:

Vaccinazione popolazione civile hanno continuaron et continuano tuttora senza interruzione et casi di vaiolo sono ora sporadici et ridotti come rilevasi da ultimo bollettino telegrafico. Istituto Merka con attuali impianti è in grado di produrre minima quantità di vaccino e quello già prodotto risultò inquinato et causa di inconvenienti. [...] Si vedrà sia possibile con adatta organizzazione che Istituto Merka fabbrichi vaccino linfa et vaccino secco

²⁴⁵ USSME, *D-I*, f. 3 Stato sanitario delle truppe in Somalia, sf. 2, b. 88, lettera del 9 febbraio 1935 dalla Direzione di sanità militare del Ministero della Guerra al Comando del Corpo d'Armata della Sicilia.

²⁴⁶ USSME, *D-I*, b. 88, 1935-1936, f. 3 Stato sanitario delle truppe in Somalia, sf. 2, Circolare n. 50507/49 del 16 marzo 1935 Dalla direzione di sanità militare - Ministero della Guerra a tutti i Corpi d'armata.

²⁴⁷ USSME, *D*, 5, b. 42, f. 42/3 Corrispondenza con le direzioni Sanità dell'Intendenza A.O., sf. 1935 Disposizione sanitarie, Circolare Vaccinazione antivaiolosa, n. 1964, Asmara 3 agosto 1935.

²⁴⁸ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 15, D. Pellegrini, *Il servizio veterinario in Somalia*, s.d.

²⁴⁹ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/35, f. 170, telegramma n. 8063, 28 febbraio 1935 da Alessandro Lessona a Maurizio Rava.

con ceppo Somalo, sistema che sembra consigliabile et che prof. Bonfanti, dell'Istituto sieroterapico Milanese aveva promesso sperimentare in Colonia. Sarebbe opportuno interessarlo di nuovo in tal senso. [...]»²⁵⁰

In Somalia è infatti in corso un'epidemia di vaiolo, «derivante dalla vasta ondata che fin dal 1933 si era diffusa a tutte le coste dell'Oceano indiano»²⁵¹ e che verrà domata solo nel luglio del 1935²⁵². Per contrastare l'affezione il governo aveva fatto ricorso ai tradizionali sistemi di prevenzione igienica ed immunitaria, annunciando una «campagna vaccinatoria totalitaria nei grossi centri abitati», e l'invio di sanitari nelle zone di «boscaglia»; rendendo inoltre obbligatorio per gli indigeni l'esibizione del visto sanitario assieme al foglio di via in caso di spostamento²⁵³. Di quest'azione profilattica a largo raggio resta traccia nel rapporto stilato da un sanitario incaricato, nel gennaio 1934, di dirigere una carovana vaccinatoria nella Residenza di Vittorio d'Africa e in quella di Brava. Tra il 9 e il 22 del mese, il medico del commissariato del Basso Uebi Scebeli effettuerà 15.397 vaccinazioni tra la popolazione indigena che «attendeva con impazienza [...] e alla notizia del passaggio della carovana si affrettava a raggiungerla anche dopo sei o sette ore di marcia»²⁵⁴. Solo in un caso la spedizione sanitaria non troverà la collaborazione delle autorità indigene (ma si tratta di un capo «già noto per la sua infingardaggine e per la sua doppiezza»); questo a riprova della più sicura «fiducia dell'indigeno nella vaccinazione antivaiolosa» e contro «tutti coloro che ritengono che [...] vi si assoggetti solo a malincuore o spinto dalla paura dell'autorità»²⁵⁵.

Non sempre le relazioni riporteranno visioni così trionfistiche di questa azione sanitaria; dall'ambulatorio civile di Hauzien, nell'Etiopia occupata, ad esempio, scriveranno che «le vaccinazioni antivaiolose procedono con una certa lentezza perché la popolazione accetta con un po' di riluttanza questa pratica profilattica [...]. Da oggi [il servizio vaccinazioni] è già stato ripreso ed il numero complessivo delle vaccinazioni eseguite è di 452. A mezzo di un secondo pubblico bando è stata nuovamente invitata la popolazione a presentarsi alle vaccinazioni»²⁵⁶.

Nei mesi della campagna d'Etiopia i mezzi di comunicazione insisteranno però fortemente sull'immagine dell'indigeno benevolo e «ansioso» di sottoporsi alla vaccinazione, «fiducioso» nelle terapie dei «nostri sanitari che curano con sistemi tanto diversi e più efficaci della primitiva, e spesso dannosa», medicina tradizionale²⁵⁷. Questo soprattutto quando saranno le

²⁵⁰ ASDMAE, *MAI vol. II*, 181/35, f. 170, telegramma del 6 marzo 1935 da Mogadiscio a Ministero Colonie.

²⁵¹ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106 Tre relazioni stralciate dal Bilancio per l'A.O.I. del 1936-1937; anche in *L'azione sanitaria: morbi debellati*, in «Corriere della Sera», 29 luglio 1935, cit.

²⁵² USSME, *D-2*, b. 10, Relazione della sezione ispettiva d'igiene e profilassi, 6 giugno 1935: «È proseguita la lotta contro il vaiolo imperniata specialmente sulla vaccinazione e rivaccinazione sia nei militari che nei civili. Ottimi risultati si sono ottenuti con l'ultimo vaccino secco dell'Istituto Sieroterapico Milanese largamente usato in questi giorni per la popolazione civile. Attualmente in tutta la colonia non vi sono casi di vaiolo accertati».

²⁵³ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12 Sanità 1893-1937, Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica in favore delle popolazioni della Somalia nel triennio 1935-1936-1937. cit.

²⁵⁴ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 104, f. 2, Sanità 1935-1939, Relazione alla direzione di sanità ed igiene di Mogadiscio del 28 gennaio 1934 compilata dal medico del commissariato del Basso Uebi Scebeli: resoconto operazioni di vaccinazione.

²⁵⁵ *Ibidem*

²⁵⁶ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/35, f. 168, Ambulatorio civile di Hauzien, 15 aprile 1936 Relazione quindicinale.

²⁵⁷ *L'assistenza sanitaria italiana agli indigeni*, Giornale Luce B0888, 20/05/1936, b/n, sonoro, 00:01:00; oppure: «dopo l'occupazione dell'impero etiopico gran parte della popolazione indigena ben conoscendo il

popolazioni «delle terre liberate» a divenire oggetto della profilassi immunitaria, a riprova della legittimità delle pretese di conquista italiane. Una rappresentazione, quella della docilità dei pazienti “sudditi”, sempre presente negli scritti dei medici coloniali - in cui vaccinazioni e compiti di civilizzazione sono sinonimi - e che va di pari passo, negli anni della conquista, con la degradazione delle pratiche “antiche” della variolizzazione²⁵⁸ utilizzate dagli indigeni:

Contro il vaiolo, largamente diffuso nella popolazione abissina, è nell’uso locale la pratica della variolazione che consiste nell’innesto dello stesso vaiolo, [...] su scarificazione praticate ad un polso. È facile immaginare quali disastrose conseguenze può avere questa pratica che da normalmente un’alta percentuale di infezioni gravi con casi di morte; e che mantiene la diffusione del contagio.²⁵⁹

In realtà, in Etiopia, indicata nella tradizione medica come “sede naturale” ed originaria dell’infezione vaiolosa, da cui si sarebbe propagata nel VI e VII sec. in Arabia e in Egitto²⁶⁰, la vaccinazione jenneriana era presente, in aggiunta al metodo tradizionale dell’inoculazione del vaiolo - a cui alcuni testi italiani accordavano una legittimità, pur limitata, di pratica secolare²⁶¹ -, già nella seconda metà del XIX sec., introdotta da medici missionari e divenuta oggetto di normativa durante il regno di Melik e soprattutto durante quello di Haile Sellassie²⁶².

Ai metodi della profilassi del vaiolo «nei paesi caldi», saranno preparati gli ufficiali medici in partenza durante il corso nella Clinica di malattie tropicali di Roma, messi in guardia da Siro Fadda sulle difficoltà di effettuare tale pratica profilattica “di massa” nei territori d’oltremare - pratica che pone un problema di controllo della popolazione - e sul rischio di deterioramento del vaccino sottoposto all’azione distruttiva del sole «tropicale» durante il trasporto da una regione all’altra.²⁶³

Nella produzione del vaccino antivaioloso saranno coinvolti, durante il conflitto, l’istituto sieroterapico di Milano e quello di Asmara, che ne produrrà, nel biennio 1935-36, 783.077

potere protettivo del vaccino antivaioloso si è presentata nelle infermerie dei reparti militari a chiedere la vaccinazione la direzione di sanità dell’intendenza». ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 181/35, f. 169, Istituto Siero Vaccinogeno Eritreo, Relazione sull’attività svolta dall’Istituto durante l’anno 1935-1936, prof. Vittorio Galli, capitano veterinario p. 6.

²⁵⁸ Un metodo empirico diffuso in Cina in età moderna (o forse anche anteriormente) e in India, attestato anche nelle regioni africane. La variolizzazione verrà introdotta nell’Impero Ottomano da Oriente nel corso del XVII secolo e da lì portata e sperimentata in Inghilterra a inizio settecento; si veda A. Moulin, *Programmes de vaccination en milieu tropical*, cit.; E. W. Herbert, *Smallpox inoculation in Africa*, in «Journal of African History», XVI, 4 (1975), pp. 539-559; A. Boylston, *The origins of inoculation*, in «Journal of the Royal Society of Medicine», CV, 7 (2012), pp. 309-313; P. J. Imperato, G.H. Imperato, *Smallpox inoculation (variolation) in East Africa with special reference to the practice among the Boran and Gabra of Northern Kenya*, in «J. Community Health», XXXIX, 6 (2014), pp. 1053-62. Sulla vaccinazione nell’India coloniale e sulle forme di resistenza all’inoculazione si veda D. Arnold, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, University of California Press, Berkeley 1993.

²⁵⁹ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, F. Martoglio, *L’organizzazione sanitaria militare in A.O.*, cit., p. 6.

²⁶⁰ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 106. Ma anche in A. Hirsch, *Handbook of geographical and historical pathology*, 3 voll., The New Sydenham Society, London 1883-86.

²⁶¹ S. Fadda, *Profilassi del vaiolo nei paesi caldi. Conferenza del tenente colonnello medico Fadda al Corso accelerato di Medicina tropicale per medici coloniali civili (4-6 aprile 1935)*, *Clinica delle malattie tropicali di Roma*, f. 7, 1936.

²⁶² R. Pankhurst, *The history and traditional treatment of smallpox in Ethiopia*, in «Medical Histosy», IX, 4 (1965), pp. 343-355.

²⁶³ S. Fadda, *Profilassi del vaiolo nei paesi caldi*, cit.

dosi, di cui 569.817 destinate alla sanità militare (dirette principalmente alla vaccinazione delle truppe indigene) e 213.260 per la sanità civile. Con l'occupazione dell'Etiopia la struttura si impegnerà inoltre a consegnare - si legge nella relazione del capitano veterinario Vittorio Galli - «50.000 dosi di vaccino ogni settimana. Per maggiore speditezza di lavoro si è data precedenza alla distribuzione di vaccino fresco regolarmente confezionato in ghirbe e usufruendo sempre di mezzo di trasporto più rapidi compresi quelli aerei»²⁶⁴.

Ma il vero problema per le forze militari durante la campagna sarà la profilassi immunitaria contro il tifo addominale, malattia dominante in tutti gli eserciti - come scriverà Castellani a fine conflitto -, europei e coloniali:

Le infezioni tifo-paratifiche sono state comunissime in tutte le passate guerre coloniali. Nelle operazioni belliche di Tunisia da parte dei Francesi nel 1881 vi furono nelle loro truppe ammontanti a 20.000 uomini 4.200 casi di tifo con 1.039 decessi. Nella guerra boera vi furono 59.750 casi di tifo con 8.227 decessi in un esercito dalla forza media di circa 200.000 uomini. Nella guerra ispano-americana (1898) gli americani inviarono a Cuba una spedizione di 107.973 uomini. Durante poco più di sette mesi, circa la stessa durata della nostra guerra, vi furono 20.738 casi di tifo²⁶⁵

Le prime vaccinazioni contro la malattia saranno sperimentate non a caso in campo militare, uno dei terreni privilegiati d'applicazione delle scoperte della medicina batteriologica in ambito di prevenzione antitifica, come Carlo Nanni e Evasio De Alessi, ufficiali medici della Scuola di sanità militare di Firenze, ricorderanno in un articolo del 1936 dedicato all'efficacia del metodo delle inoculazioni multiple utilizzate in Etiopia. Il tema è qui quello della «vulnerabilità del contingente militare», *topos* della letteratura medico-igienica - riformulato ora sulla base delle conquiste della vaccinazione antitifica -, che fa dell'esercito un organismo esposto, più di ogni altro corpo sociale, alla pressione degli «agenti modificatori»²⁶⁶ esterni, in uno stato di dipendenza dall'ambiente, e dai fattori patogeni della vita di guerra.

Le vaccinazioni profilattiche antitifo-paratifo hanno trovato ragione di applicazione prima e più diretta negli Eserciti questi, più d'ogni altra collettività, hanno in passato (epoca prevaccinale) pagato un largo tributo di morbosità e mortalità per febbre tifoide.

Questa specifica, squisita, vulnerabilità delle collettività militari - insita nella natura stessa degli elementi che la compongono (età uniforme particolarmente ricettiva) ed aggravata dalle condizioni di vita che le sono proprie (disagi dei campi e fatiche di guerra) - e la particolare insidiosità della malattia infettiva stessa [...] ci rendono ragione della necessità vitale da tempo riconosciuta dagli eserciti di lottare più efficacemente contro le infezioni tifoidi integrando le difese igienico profilattiche generali con un'estesa e regolare pratica vaccinale antitifica²⁶⁷.

Scoperto nel 1896 da Wright e da Pfeiffer, il vaccino contro il tifo addominale - il cui bacillo responsabile era stato individuato da Eberth nel 1880 -, verrà sperimentato inizialmente in India, su tremila volontari del corpo di truppe indigene, ed esteso - come si è visto - a tutte le

²⁶⁴ ASDMAE, *MAI vol. II*, 181/35, f. 169, Istituto siero-vaccinogeno Eritreo, prof. Vittorio Galli, Capitano veterinario Direttore. Relazione sull'attività svolta dall'Istituto durante l'anno 1935-1936.

²⁶⁵ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia*. 3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936, cit., p. 50.

²⁶⁶ A. Rasmussen, *Expérimenter la santé des grands nombres 1850-1914*, cit.

²⁶⁷ C. Nanni, E. De Alessi (Laboratorio di igiene della Scuola di applicazione di sanità militare), *Ricerche sui vaccinati e rivaccinati con vaccino formolato T.A.B.*, in «Giornale di medicina militare», 1 (1936), pp. 9-30.

forze britanniche durante la guerra anglo-boera²⁶⁸. In Francia, dopo l'apertura nel 1910 di un laboratorio di vaccinazione antitifica alla scuola di sanità militare di Val de Grâce, i nuovi metodi di profilassi saranno testati, tra 1911 e 1913, sulle truppe dell'Africa del Nord²⁶⁹. I tedeschi ne faranno uso durante le guerra contro gli Herero tra 1904 e 1907²⁷⁰ e in Africa orientale, e gli spagnoli in Marocco nel primo decennio del secolo.

La diffusione della pratica di immunizzazione avverrà dunque per le esigenze "imperiali" delle potenze europee - britanniche in primo luogo -, come nota Raffaele Confalone, membro della sezione sanitaria ispettiva di Asmara durante il conflitto e autore, nel 1936, di un articolo che ridisegna gli avanzamenti nel campo della vaccinoterapia assegnando alla dimensione coloniale una posizione centrale nello sviluppo delle dinamiche scientifiche. Lo spazio coloniale è il vero campo di applicazione del programma d'immunizzazione pasteuriano:

Dopo i grandi benefici apportati all'umanità colla vaccinazione antivaiolosa scoperta da Jenner e con quella anti-rabbica sorta per opera di Pasteur, il concetto delle vaccinazioni fu rapidamente portato nel campo di altre infezioni [...] specialmente ad opera degli inglesi, preoccupati dall'infierire di micidiali epidemie nei loro vasti possedimenti. Le prime vaccinazioni sperimentate e praticate nell'uomo furono quelle antitifiche, per opera di Wright in India (1896); successivamente esse furono estese all'esercito inglese dell'India, dell'Africa del Sud, dell'Egitto; all'esercito tedesco dell'Africa orientale; a quello francese e spagnolo del Marocco, a quello belga del Congo e a quello italiano della Libia²⁷¹.

L'applicazione della vaccinazione antitifica ai contingenti militari in Libia, negli anni della guerra italo-turca, costituisce dunque solo l'ultima di una lunga serie di sperimentazioni, in cui l'esperienza coloniale è antecedente a quella delle pratiche europee, e la generalizzazione dell'obbligo vaccinale per i contingenti militari, che avverrà in anni successivi, una conseguenza dell'accorciata distanza - segnalano le fonti mediche - tra le condizioni di vita degli eserciti coloniali e quelle dei soldati nell'Europa della conflagrazione mondiale:

Sopraggiunta la guerra mondiale, durante la quale gli eserciti vennero a trovarsi in condizioni di vita poco dissimili da quelle degli indigeni coloniali, le vaccinazioni, specie quelle verso le malattie tifo-paratifiche, furono rapidamente applicate in quasi tutto gli eserciti belligeranti, con innegabile successo²⁷².

Allo scoppio della Grande Guerra, l'inoculazione costituisce infatti ormai una prassi consolidata per l'esercito inglese, e per i soldati francesi un obbligo già dal marzo 1914²⁷³. In

²⁶⁸ P. J. Sansonetti, *Un siècle de recherches sur le vaccin contre la fièvre typhoïde: fin du commencement ou commencement de la fin* in A.M. Moulin, *L'Aventure de la vaccination*, cit.

²⁶⁹ A. Rasmussen, *À corps défendant: vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la grande guerre*, cit.

²⁷⁰ S. Conrad, *German Colonialism. A Short History*, Cambridge University Press, Cambridge 2012, p. 143.

²⁷¹ R. Confalone, *Il tetravaccino TABCh nella immunizzazione delle truppe in A.O.*, cit.; stessa prospettiva anche in C. Nanni, E. De Alessi, *Ricerche sui vaccinati e rivaccinati con vaccino formolato T.A.B.*, cit.

²⁷² R. Confalone, *Il tetravaccino TABCh nella immunizzazione delle truppe in A.O.*, cit. Il parallelismo tropici-trincee, dunque tra le condizioni di vita in colonia e quelle del soldato nella guerra di posizione, è frequente nelle fonti mediche.

²⁷³ *Ibidem*; A. Cantani, *Sulla profilassi del tifo*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 5 (1935); C. Nanni, E. De Alessi, *Ricerche sui vaccinati e rivaccinati con vaccino formolato T.A.B.*, cit. Nel «gigantesco esperimento» costituito dalla Grande Guerra - si legge nell'articolo, secondo la formula consolidata guerra-laboratorio - in cui «si giunse [...] alla più estesa applicazione di tale mezzo profilattico: durante l'ultima guerra, la vaccinazione antitifica è stata infatti attuata, più o meno precocemente, presso tutti gli

Italia - lo si è visto - viene inaugurata dalla Marina nell'aprile 1912 per i militari della base navale di Tobruk, minacciati dal tifo importato dalle truppe provenienti da Derna²⁷⁴, ed estesa nel febbraio 1915 a tutto il contingente militare (ad eccezione di chi aveva oltrepassato il 45 anni di età); nel dopoguerra l'obbligo sarà esteso a categorie di lavoratori²⁷⁵.

A partire dal 1916 saranno sperimentati in Italia i vaccini multipli TAB contro le febbri tifoidi e paratifoidi e TABCh contro tifo e colera, messi appunto da Castellani a Ceylon a inizio secolo e utilizzati sul fronte orientale, come si è visto, dal 1915. L'efficacia dei vaccini trivalenti e tetravalenti non risiede solo nella loro capacità di protezione dell'organismo dalle affezioni tipiche dell'esercito in guerra, ma anche anche nella formula multipla che si adatta alle esigenze di massimizzazione delle forze del soldato combattente. I vaccini di Castellani permettono, dato il numero limitato di iniezioni a cui i militari si devono sottoporre, di ridurre il tempo di inattività delle truppe, e saranno utilizzati quando «la sanità militare si trov[erà] di fronte al grave problema di dover immunizzare l'esercito verso numerose malattie batteriche e cioè tifo, paratifi e colera, non essendo pratica la vaccinazione distinta e successiva per ciascuna di esse» che «avrebbe causato una limitazione molto protratta dell'attività del soldato mentre le esigenze belliche premevano»²⁷⁶.

Per le stesse ragioni il vaccino trivalente TAB, con formula modificata nel dopoguerra, sarà scelto per l'immunizzazione delle truppe in partenza in A.O. nel 1935-36, su suggerimento, come si è visto, dello stesso Castellani. Le vaccinazioni in molti casi non avverranno prima della traversata in nave, secondo quanto prescritto, ma spesso a bordo o direttamente in colonia e i richiami delle autorità di sanità militare per il completamento della profilassi antitifida saranno costanti durante tutto il corso della campagna. Le rivaccinazioni del contingente saranno attuate però, a partire dall'inizio del 1936, mediante formula tetravalente TABCh, contro l'affezione colerica oltre che tifoide. Nel gennaio infatti si era diffusa la notizia che:

fra gli armati di Ras Nasibù, nel settore Fig-Giga serpeggia[sse] il colera. Cosa del resto non improbabile se si tiene conto dei rapporti che l'Etiopia abitualmente ha con centri ad epidemia colerica, quali l'Egitto, l'Arabia e le Indie e se si tien conto dei centri endemici del vicino Sudan, donde la malattia è talvolta penetrata in Etiopia, come riferisce il Ganora. Peralto la presenza di truppe indiane in regioni limitrofe alle nostre colonie, oltre a rendere verosimile la notizia, costituiva una minaccia dell'incombente pericolo. Bisognava quindi con urgenza, provvedere alla difesa immunitaria delle truppe e della popolazione civile prima che il colera potesse comunque insinuarsi nel nostro territorio (avanzata, cattura prigionieri etc.)²⁷⁷.

L'esercito abissino, d'altra parte, non «dispone [...] di medici propri» e «deve ricorrere all'opera dei medici europei anche per il servizio sanitario militare in campagna»; sanitari

eserciti belligeranti e questo gigantesco esperimento, per essersi svolto in condizioni così vaste, per numero ed estensione di collettività, così severe, per molteplici ed inevitabili fattori di contagio, ha [...] confermato la reale efficacia della vaccinazione antitifida». Ivi, p. 11.

²⁷⁴ F. Tiberio, *Patologia libica e vaccinazione antitifida alla base navale di Tobruk*, cit.; Direzione degli Annali di Medicina Navale e Coloniale, *Che cosa ha fatto la Regia Marina per l'obbligatorietà della vaccinazione antitifida nei militari*, cit.; L. Ferrero di Cavallerleone, *La difesa contro il tifo nell'esercito e in Libia*, cit.

²⁷⁵ L. Faccini, *Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche*, cit..

²⁷⁶ R. Confalone, *Il tetravaccino TABCh nella immunizzazione delle truppe in A.O.*, cit.

²⁷⁷ *Ibidem*; cfr. anche ASDMAE, MAI-GAB, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, sf. Castellani 1936, lettera del 18 gennaio 1936, cit.

impotenti - si legge in uno studio del 1934 sull'organizzazione militare dell'impero etiopico - di fronte a una massa di uomini «senza precauzioni igieniche più elementari, senza profilassi» per contrastare «le numerose malattie infettive in atto in Etiopia», aggravate dalla «naturale sporcizia degli indigeni»²⁷⁸.

Di fronte al pericolo colerico, che si profila con la conquista dei territori e la cattura dei prigionieri etiopi, la produzione del vaccino TABCh sarà commissionata all'Istituto di sanità pubblica e ad alcuni istituti privati²⁷⁹, e la sua formula considerata la migliore per le esigenze di guerra, permettendo, con poche inoculazioni, non solo di razionalizzare la pratica e i tempi di ripresa dell'organismo, ma «anche di vincere un problema di primo piano per gli eserciti: «la naturale avversione» della maggior parte dei soldati «a sottoporsi alle ripetute inoculazioni e conseguenti reazioni»²⁸⁰.

Se la minaccia colerica si rivelerà infondata²⁸¹, la morbilità per febbre tifoide costituisce invece un problema costante negli ultimi mesi della campagna: dopo i tassi stazionari del 1935, nel marzo 1936 le relazioni sanitarie inizieranno a segnalare un aumento di affetti tra i soldati italiani nelle zone di guerra, in modo speciale «tra le truppe operanti nel Tambièn, nella zona tra Alagi e Macallè ed in quella dello Scirè»²⁸². La mortalità e morbilità per tifo rimarranno alte per tutti i mesi successivi (aprile 157 casi, maggio 162)²⁸³ tanto da destare preoccupazioni in Mussolini che darà disposizioni nel giugno perché il generale Andruzzi, capo del servizio sanitario del Ministero delle Colonie, sia inviato in Eritrea per ispezionare lo stato dei servizi sanitari²⁸⁴. A fine mese Lessona informerà Castellani, impegnato nel frattempo in Somalia, della situazione: «bollettini tutto mese giugno segnalano notevole recrudescenza tifo in truppe Eritrea et Etiopia con rilevante aumento di decessi. Ho già inviato sul posto generale Andruzzi ma ti segnalo fatto per quelle determinazioni che crederai opportuno adottare»²⁸⁵.

La malattia colpisce soprattutto i soldati italiani, ma l'espansione dei focolai epidemici finirà per contagiare anche le truppe indigene, ritenute «per razza» immuni all'infezione tifoidea:

²⁷⁸ ASDMAE, b. 264, f. 161, Stato Maggiore dell'Esercito, Ufficio informazione, *L'organizzazione militare dell'impero etiopico*, Mogadiscio 15 novembre 1935; si veda anche la relazione di Ferdinando Martoglio: «Iniziata la nostra vittoriosa travolgente azione, sono cominciati ad affluire prigionieri, che sono stati riuniti in speciali campi di concentramento poiché potevano essere un pericoloso mezzo di diffusione di malattie contagiose, mancando nell'esercito del negus qualunque apprestamento igienico», ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 14, F. Martoglio, *L'organizzazione sanitaria militare in A.O.*, cit.

²⁷⁹ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia. 3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936*, cit.

²⁸⁰ R. Confalone, *Il tetravaccino TABCh nella immunizzazione delle truppe in A.O.*, cit.

²⁸¹ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, sf. Castellani 1936, lettera del 18 gennaio 1936, cit.

²⁸² USSME, D-1 b. 88, Relazione igienico sanitaria per la prima quindicina di marzo 21 aprile 1936, dalla Direzione di sanità militare dell'Intendenza A.O a Ministero della Guerra.

²⁸³ USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica sulle condizioni sanitarie delle forze armate nelle colonie negli anni 1935-36*, cit.

²⁸⁴ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 11, f. Castellani, Gen. Andruzzi, Case di tolleranza, Navi ospedale, Varie, sf. Andruzzi, Telegramma n. 7012, 17 giugno 1936, per Graziani da Lessona: «Parte oggi per A.O. generale Andruzzi che è il capo del servizio sanitario del Ministero. Egli ha ordine dal Duce di ispezionare e disporre per servizi sanitari civili e militari in A.O., giusto le necessità. Prego V.E. porgli appoggio incondizionato nella esplicazione sua missione».

²⁸⁵ Ivi, sf. Varie, Telegramma n. 7275, 22 giugno 1936 da Lessona a Castellani.

Epidemia di tifo stazionaria. La rivaccinazione antitifica prosegue a turno ed è molto avanzata. Fra i militari eritrei, finora rimasti quasi immuni, si sono verificati alcuni casi di febbre tifoidea dovuti alle difficili condizioni di ambiente (clima, lavoro, fatica) che vincono le naturali solide resistenze alle malattie enteriche della razza²⁸⁶.

Gli studi di medicina tropicale per i tutti i primi decenni del secolo registreranno infatti, con stupore, la scarsa frequenza dell'affezione tifoidea nei territori del Corno d'Africa, che pur, come scrive Grixoni, era stata riscontrata per le altre regioni tropicali e, a fine XIX sec., aveva provocato un alto numero di vittime nei primi anni di occupazione dell'Eritrea²⁸⁷.

Attualmente [tra 1923 e 1924] in tutto il bacino del Mar Rosso non si riscontrano epidemie tifoidi nè paratifoidi. Da una visita agli ospedali delle due coste di quel mare effettuata da Giordano, è risultato che non esisteva alcun degente per questo gruppo di affezioni. La nostra vecchia colonia oggi si troverebbe dunque, rispetto agli altri paesi tropicali del continente nero, in condizioni eccezionalmente favorevoli per quanto riguarda il tifo addominale. Il fatto è insolito e di difficile interpretazione, poiché dopo l'accertamento batteriologico fatto per primi da noi in Eritrea, numerosi scienziati nelle più diverse regioni intertropicali hanno confermato, soprattutto con l'emocultura e con le reazioni immunitarie, che l'infezione ebertiana è presente ovunque, sfatando così la leggenda che la malattia mancasse nella zona torrida e che la razza nera ne fosse immune. L'epidemiologia poi ha dimostrato la maggior suscettibilità dei bianchi rispetto agli uomini di colore²⁸⁸.

Con il conflitto italo etiopico verrà meno anche la credenza che l'Eritrea e l'Etiopia siano indenni dal morbo²⁸⁹, ma sulla scarsa diffusione della malattia in Somalia i medici continueranno ad interrogarsi anche a fine campagna, individuando nei caratteri del territorio poco favorevoli allo sviluppo del bacillo - invece che nella refrattarietà degli indigeni all'infezione -, le ragioni dell'assenza; «date le abitudini poco igieniche somale rispetto alle bevande ed ai cibi, il modo di coabitazione ecc. non si può comprendere [infatti] come la malattia si limiti a pochissimi casi sporadici senza lo stabilirsi, sia pur saltuariamente, di vere epidemie»²⁹⁰; troppo difficile ammettere, in anni di "impero", che l'organismo del colonizzato fuoriesce dalla normalità imposta dal colonizzatore.

Nonostante le campagne di vaccinazione e rivaccinazione attuate dalla sanità militare, la

²⁸⁶ USSME, D-6, v. 243 Diario storico dal 1 luglio 1936 al 31 agosto 1936, all. 3 Relazione sanitaria per la prima quindicina di giugno.

²⁸⁷ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., pp. 96-97.

²⁸⁸ *Ibidem*

²⁸⁹ «Prima della guerra italo-etiopica si riteneva concordemente che le infezioni ti-paratifoidee fossero rare in Somalia ed in Eritrea e che neanche in Etiopia fossero particolarmente diffuse». M. Girolami, G. Scotti, *Contributo dell'Italia alla conoscenza della nosografia dell'Africa*, cit., pp. 115-117. «Una tradizione assicurava, che in Eritrea ed in Somalia la febbre tifoide non aveva mai dato nè casi nè epidemie; si citavano anzi pochissimi casi d'importazione dall'Italia, rimasti senza seguito. Non si ritenne poter confidare troppo in tale tradizione, specie quando l'affollamento avesse mutato le condizioni sociali preesistenti e furono perciò fatte vaccinare le truppe contro la tifoide e i paratifici prima della partenza, e gli operai dopo l'arrivo in colonia. La precauzione si è però rivelata infondata, poichè i casi di tifoide sono comparsi tra i nuovi arrivati, quantunque in forma leggera, senza mortalità e senza seguito epidemico. Può essere oggetto di discussione se il fatto è dovuto alle condizioni epidemiologiche negative accennate precedentemente, o alla vaccinazione specifica, aiutata dal pronto riconoscimento dei malati seguito da isolamento e disinfezione; infine alla cura meticolosa per le acque di consumo». A. Ilvento, *I servizi igienici e medici nelle Colonie italiani dell'Africa Orientale*, in «Giornale di medicina militare», 4 (1936).

²⁹⁰ G. Izar, *Nosografia delle nostre colonie*, Sormani, Milano 1935, p. 29, ripreso da G. Mariani, F. Massa (Laboratorio di batteriologia dell'ispettorato di sanità civile e dell'ospedale militare della Somalia), *Contributo sperimentale allo studio delle cause naturali che si oppongono alla diffusione, nella Somalia Italiana, delle infezioni tifo-paratifiche*, in «Giornale di medicina militare», 8 (1936), pp. 739-751.

malattia farà, nel biennio 1935-36, 426 vittime (di cui solo 5 tra gli ascari), e 881 saranno i casi totali (34 tra i militari indigeni)²⁹¹. Un elevato numero di decessi dovuto sia all'insufficiente applicazione delle misure di profilassi, come dichiareranno le fonti mediche²⁹², sia alle carenze strutturali dell'immunizzazione antitifica che la ricerca medica, in anni successivi, rivelerà non integralmente capace di proteggere l'organismo dalla malattia (la prima cura efficace verrà messa appunto nel secondo dopoguerra con l'utilizzo della terapia antibiotica)²⁹³. Di fronte a tali deficienze, i medici della metà degli anni trenta saranno costretti ad ammettere che l'infezione va combattuta facendo ricorso ai tradizionali metodi di profilassi anti-contagio, e che all'immunizzazione data dal vaccino va riservato solo il posto di «estrema barriera difensiva»:

Agendo direttamente sui veicoli di infezione [le misure igienico-profilattiche], se integralmente applicate, potranno anche da sole ovviare al contagio [...]. Occorre infatti riconoscere che la vaccinazione antitifica anche correttamente praticata, non è in grado di suscitare in tutti gli individui, senza eccezione, una immunità così solida come quella conferita dall'infezione naturale e che in caso di contagio massivo specie di organismi posti in condizione di minorata resistenza per disagi e fatiche, questa immunità artificialmente conferita può divenire insufficiente²⁹⁴.

Nonostante tali incertezze, relative alla validità della profilassi immunitaria antitifica, le strategie vaccinali rimarranno in anni successivi al centro della difesa del corpo militare, nonché della società civile, specialmente per alcune malattie - vaiolo, dermatifo, tifo addominale, ecc. Nel 1941 Edoardo Lampis, docente alla Scuola di applicazione di sanità militare di Firenze, ad esempio scrive: «occorrerebbe spingere a fondo le ricerche per il trionfo dell'unicità della vaccinazione preventiva: alle malattie infettive resiste meglio a volte non l'uomo più robusto ma l'uomo meglio immunizzato»²⁹⁵. La “robustezza” non è dunque più un dato “naturale” del soldato in guerra ma il risultato dell'intervento dell'uomo, della modernità delle sue pratiche terapeutiche che con la vaccinazione “eguagliano” la natura e ne cambiano i segni.

Inaugurate con Jenner, rielaborate dalla scienza pasteuriana, le tecniche di vaccinazione ridisegneranno infatti progressivamente, tra ottocento e novecento, l'identità “fisica” del soldato permettendo alle collettività militari di raggiungere un livello immunitario comune che protegge dal rischio di contrazione delle affezioni e *omogeneizza* attorno ad una “normalità media” individui e gruppi umani di fronte alla malattia.

Questo anche se, nelle fonti mediche coloniali, l'immagine prevalente del corpo dell'europeo nei tropici - militare o civile - continuerà ad essere, nei mesi della campagna, quella della “debolezza” e quella dipendenza dell'ambiente organico interno dagli eccessi dell'ambiente

²⁹¹ USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica*, cit.

²⁹² USSME, D-6, v. 241 Intendenza A.O.I Diario dal 6 aprile 1935 al 31 ottobre 1935, 30 giugno 1935; USSME, D-6, v. 244, Intendenza A.O.I Direzione di Sanità, Diario dal 1 luglio al 31 agosto 1936, all. 23 Rivaccinazione antitifica, Asmara 16 luglio 1936.

²⁹³ P. J. Sansonetti, *Un siècle de recherches sur le vaccin contre la fièvre typhoïde*, cit.

²⁹⁴ C. Nanni, E. De Alessi, *Ricerche sui vaccinati e rivaccinati con vaccino formulato T.A.B.*, cit.

²⁹⁵ E. Lampis, *Problemi sanitari nella guerra moderna* in E. Lampis, A. Donaggio, E. Greppi, A. Gasbarrini, F. Izar, G. Cappelli, *Conferenze cliniche e di scienze mediche*, cit.

circostante²⁹⁶; eccessi che, come si è visto, divengono spesso minaccia di contaminazione.

Nel luglio 1935 la direzione di sanità militare dell'esercito pubblica, oltre all'opuscolo destinato agli ufficiali medici in partenza, un breviario igienico per le truppe - *Suggerimenti igienici per le truppe destinate nell'Africa Orientale* -, composto da brevi indicazioni (16 proposizioni in tutto), immediatamente comprensibili per il lettore. Si tratta di precetti di igiene generale, sociale, quotidiana - sull'alimentazione, sul vestiario, ecc. - e di consigli per contrastare alcune affezioni più temibili: il colpo di calore, a cui sono dedicate le prime cinque raccomandazioni - «il sole tropicale è un nemico dal quale bisogna sapersi difendere»²⁹⁷; le malattie veneree diffusissime «tra le donne di colore»; la malaria - contro cui si raccomanda la profilassi chininica da seguire «col massimo scrupolo»; e infine la dissenteria e le morsicature da serpenti e animali velenosi.

Il breviario in realtà è costruito in modo da accompagnare il soldato nei suoi diversi spostamenti, dalla madrepatria al territorio coloniale, e dalla zona delle armate a quella di guerra. Prescrive le misure da seguire durante l'avvicinamento in nave alle coste del Corno d'Africa: «l'esporsi ai [...] raggi a testa scoperta - si legge - anche sul ponte della nave può dar luogo al colpo di sole, talvolta mortale»; il rischio di insolazione può derivare anche però dall'«ammassamento di uomini, soprattutto in luoghi chiusi e mal ventilati, specie durante la traversata del Mar Rosso». Suggerisce le precauzioni da non dimenticare all'arrivo nel clima torrido di Massaua dove sarà necessario «intensificare le misure sopradette». Al soldato portato sull'altipiano inoltre, l'opuscolo intima di non lasciarsi andare alla rilassatezza (di fronte all'ingannevole familiarità dell'ambiente circostante): «sull'altipiano, nonostante il clima più mite, occorre ugualmente seguire le norme igieniche accennate».

Ma tra i primi precetti raccomandati alle truppe sbarcate in colonia c'è la separazione dai sudditi, che in tutto il breviario compaiono solo in veste di portatori di morbi, e come in altri documenti, stigmatizzati per i loro comportamenti sociali e igienici: è necessario «sfuggire i contatti con la popolazione indigena, possibile fonte di malattia»; «fra le donne di colore, le infezioni venereo-sifilitiche sono diffusissime». In un breve prontuario diffuso sulle navi [ospedale] si legge ancora: «Evitare di trattenersi in birrerie, bars, osterie, botteghe ed altri locali affollati d'indigeni»; o ancora, «evitare di trattenersi nei quartieri indigeni e preferire le strade più ampie lungo il mare o lontano dai fiumi o acque stagnanti»²⁹⁸. Anche l'opuscolo rivolto agli ufficiali medici, *Norme di igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia*, insiste sui pericoli derivati dal contatto con gli indigeni: «l'accampamento delle truppe bianche sarà sempre stabilito a monte di quello delle truppe di colore, e quanto è possibile lontano»²⁹⁹. E in merito della prevenzione delle malattie veneree, si appoggia alla tradizionale criminalizzazione delle prostitute infette, responsabili del contagio: «bisogna praticamente

²⁹⁶ In netto stacco rispetto alla rappresentazione del corpo dilaniato, straziato, deformato e meccanizzato della Grande Guerra; per una riflessione sulle trasformazioni mentali e fisiche impresse nei soldati dal primo conflitto mondiale si veda A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit.

²⁹⁷ Così si apre l'opuscolo, USSME, D-1, b. 56, f. 16 Norme igieniche per le truppe destinate in A.O., Ministero della Guerra, Direzione Generale di Sanità Militare, *Suggerimenti igienici per le truppe destinate nell'Africa Orientale*, Luglio 1935, Tip. Moyne & Alessandroni, Roma 1935.

²⁹⁸ USMM, N2 *Navi ospedale*, c. 33 Tevere, f. 4 relazioni sanitarie, I missione dal 17 giugno 1935 al 29 giugno 1935.

²⁹⁹ USSME, D-1, b. 56, f. 16 Norme igieniche per le truppe destinate in A.O., Ministero della Guerra. Direzione Generale di Sanità Militare, *Norme di Igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia*, cit., p. 25.

considerare come tutte infette di sifilide le donne mercenarie - si legge nel volume -; è sempre prudente diffidare dei contatti con le donne di colore»³⁰⁰.

In questo “sogno” di autosufficienza del bianco, che non solo non deve avere contatti ma *può* anche farne a meno - le popolazioni locali solo un elemento contingente del territorio conquistato -, le due pubblicazioni presentano forti somiglianze con i numerosi prontuari per l'igiene del colono che verranno pubblicati durante la seconda metà degli anni trenta, per preparare l'italiano alla nuova missione “imperiale”³⁰¹.

La minaccia del contagio veicolato dall'uomo non è però certo una novità del novecento, bensì un modello di spiegazione della trasmissione delle malattie che coesiste con le concezioni miasmatiche lungamente dominanti nella medicina occidentale. È però alla fine XIX sec. che tale interpretazione delle cause del diffondersi dei morbi si generalizza con la scoperta dei germi, e diviene egemonico nella scienza europea. Nella medicina batteriologica inaugurata da Koch e Pasteur, il male proviene infatti dalla società, e non più dai miasmi, e l'infezione, che si propaga da individuo a individuo, ha spesso a che fare con comportamenti stigmatizzati³⁰². Comportamenti che, in colonia, sono tutti a carico dell'indigeno (nomadismo, sporcizia, irrazionalità, primitivismo) mentre il bianco costituisce solo il bersaglio indebolito di un ambiente patogeno. La medicina coloniale, si potrebbe dire, ha le sue basi in un meccanismo di deresponsabilizzazione: non c'è colpa individuale nel colono o nel soldato che contrae l'affezione (eccetto quando è necessario difendere l'efficienza delle misure sanitarie prese durante il conflitto, come si è visto per gli operai male acclimatati nei primi mesi di mobilitazione). Nessuna criminalizzazione dell'infermo (bianco) come avviene nella medicina metropolitana: la responsabilità della malattia grava sull'ambiente e sugli attori (umani ed animali) che popolano dello spazio coloniale.

6.8 Truppe metropolitane, truppe indigene: modelli di “normalità” a confronto

Intervistato nel novembre 1936 dal quotidiano «La Stampa», il tenente generale medico Luigi Franchi evidenzia alcune delle azioni preparatorie attuate dalla sanità militare nei mesi di mobilitazione per garantire l'efficienza della macchina bellica. Oltre alle vaccinazioni, e alle misure di propaganda igienica sopra viste, Franchi accenna all'opera di selezione del contingente militare in base all'idoneità fisiche richieste dal servizio in colonia. «Già nel periodo preparatorio, infatti, la direzione generale presso il Ministero della Guerra provvede all'attuazione di svariate previdenze», prima di tutte la «selezione accurata degli uomini per

³⁰⁰ Ivi p. 49. Sui metodi di profilassi contro la sifilide negli Stati preunitari, nell'Italia liberale e durante il regime fascista, e sulla “pericolosità sociale” delle prostitute si veda G. Gattei, *Medici e poliziotti intorno alla venere politica*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali*, cit., pp. 741-798. Per uno studio dei rapporti di potere che passano attraverso le relazioni tra italiani e indigene in colonia: B. Sorgoni, *Parole e corpi*, cit.; G. Barrera, *Colonial Affairs: Italian Men, Eritrean Women, and the Construction of Racial Hierarchies in Colonial Eritrea (1885-1941)*, Ph.D. dissertation, Northwestern University, 2002; Id., *Sessualità e segregazione nelle terre dell'Impero*, in R. Bottoni (a cura di), *L'Impero fascista. Italia ed Etiopia, 1935-1941*, Il Mulino, Bologna 2008.

³⁰¹ Per l'analisi dei prontuari di igiene coloniale si veda il capitolo VII della tesi.

³⁰² A. Parodi, *Storie della medicina*, cit.

eliminare quelli che non avrebbero potuto sopportare la dimora in regioni tropicali ed equatoriali»³⁰³.

La materia era disciplinata dal *Regolamento sul servizio sanitario militare territoriale* del 1932, che stabiliva le modalità attraverso cui l'idoneità alla vita militare nelle zone di conquista - diversa sul piano legislativo dall'idoneità territoriale - avrebbe dovuto essere accertata: l'ufficiale medico predisposto dal corpo - un capitano medico o un tenente medico «anziano» - doveva appurare «rigorosamente che i visitandi present[assero] tutta intiera l'attitudine fisica richiesta per i militari in servizio attivo», porre «particolare attenzione nell'esame oculare» nonché accertarsi «del completo possesso dell'attitudine a sopportare le fatiche militari in zone calde, dell'assenza di lue e di malattie e dei loro postumi, dell'apparato respiratorio e digerente e del sistema nervoso»³⁰⁴.

I criteri generali per la misurazione dell'attitudine al servizio militare - sia in patria che in colonia - erano fissati dal *Testo unico delle leggi sul reclutamento* del settembre 1932³⁰⁵, che a sua volta rimandava agli elenchi aggiornati periodicamente delle imperfezioni e delle infermità riguardanti l'attitudine fisica al servizio militare³⁰⁶. Mentre in patria malattie come la malaria (se non allo «stato di vera cachessia») non costituivano causa di riforma per il soldato³⁰⁷, in colonia il pericolo di riacutizzazione dell'affezione rendeva alcuni morbi possibili minacce per l'integrità fisica del corpo di spedizione; per il servizio d'oltremare era dunque sconsigliato l'invio di sifilitici nonché di malarici cronici «perché essi, trasportati nei climi caldi, anche se risiedono in zone immuni da malaria e perciò nella impossibilità di una reinfezione, vanno incontro a recidive in seguito ad una qualunque causa debilitante»³⁰⁸; uno stato di *imminenza morbosa* che accompagna costantemente, secondo le rappresentazioni delle fonti mediche, l'organismo dell'italiano in colonia, ritenuto incapace di rispondere alle richieste dell'ambiente se non in condizioni *restrittive*, sul piano della condotta igienica e morale³⁰⁹.

Negli anni del conflitto il direttore della sanità militare, Luigi Franchi, non sarà l'unico a

³⁰³ L'intervista è riportata in *La sanità militare nella guerra d'Etiopia (preparazione, organizzazione e funzionamento del servizio). Dichiarazioni del ten. gen. medico Luigi Franchi*, in «Giornale di medicina militare», f. 11, 1936, pp. 1049-1052.

³⁰⁴ Ministero della Guerra, Comando del corpo di stato maggiore *Regolamento sul servizio sanitario militare territoriale*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1932.

³⁰⁵ *Testo unico delle leggi sul reclutamento del R. Esercito. Regio decreto 8 settembre 1932, n. 1332*, Minerbio 1932.

³⁰⁶ L'ultimo elenco pubblicato risale al 1930, R.d. n. 1401, 26 settembre 1930, *Nuovi elenchi delle imperfezioni e delle infermità riguardanti l'attitudine fisica al servizio militare*.

³⁰⁷ «La malaria allo stato di vera cachessia. Nei casi dubbi, dopo osservazione in un ospedale militare; e quando occorra, dopo trascorso il periodo della rivedibilità, e, nei militari, dopo infruttuosa cura. Avvertenza: In questo secondo caso il perito tenga presente che molti malarici cronici, tolti dal loro paese, curati convenientemente e sufficientemente nutriti, risorgono rapidamente: perciò il giudizio di riforma dovrà essere pronunciato solo per i casi di cachessia vera e non per quelli che presentano deperimento organico con tumore di milza». *Ibidem*

³⁰⁸ USSME, D-I, b. 56, f. 16 Norme igieniche per le truppe destinate in A.O., Ministero della Guerra. Direzione Generale di Sanità Militare, *Norme di Igiene per le truppe dell'Eritrea e della Somalia - febbraio 1935* p. 19.

³⁰⁹ È lo stato che Kurt Goldstein, neuropsichiatra tedesco, chiamerà negli anni trenta, in seguito allo studio dei danni cerebrali riportati dai soldati durante la prima guerra mondiale, «situazione catastrofica». Cfr. K. Goldstein, *L'organismo: un approccio olistico alla biologia derivato dai dati patologici nell'uomo*, Fioriti, Roma 2010 (ed. or. *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*, 1934); G. Canguilhem, *Il concetto di salute e altri scritti*, a cura di E. Calamari, M. Pini, ETS, Pisa 2007.

enfaticamente l'importanza, per il successo della campagna, della selezione di uomini adatti e adeguati a sopportare lo sforzo della vita nei tropici. Nel giugno 1935 Castellani, interrogato sulle condizioni sanitarie dell'esercito, dichiarava al giornale inglese Daily Herald, che «solamente uomini fisicamente perfetti vengono inviati nelle colonie»³¹⁰.

Già nei primi mesi della campagna però, le relazioni delle autorità sanitarie parleranno, per i reparti giunti in colonie, di militari recidivanti, affetti da malattie veneree e da altre forme morbose:

Il governo della Somalia ha fatto presente che militari appena giunti in quella colonia hanno recidivato di infermità già precedentemente sofferte. Ad evitare che il personale destinato in colonia debba essere tosto rimpatriato per mancata idoneità fisica, si prega richiamare le competenti autorità sanitarie alla esatta applicazione delle disposizioni vigenti in materia di visite mediche precoloniali, usando la massima circospezione ed obiettività in modo che non vengano destinati nelle colonie dell'Africa Orientale ufficiali, sottoufficiali e truppa, i quali siano stati affetti da malattie facili a recidivare o a riacutizzarsi in conseguenza del clima tropicale o dello speciale servizio da compiere³¹¹.

Nelle settimane successive nuovi rapporti medici segnaleranno la presenza di soldati affetti da infezioni per di più epidemiche già durante la traversata tra Napoli e i porti di Massaua e Mogadiscio; una notizia che, dal gabinetto del Ministero della Guerra si raccomanda di tenere riservata³¹².

Con l'approssimarsi del conflitto, però, i criteri di selezione e di valutazione dell'attitudine al servizio nei territori d'oltremare finiranno progressivamente per dilatarsi, per sostenere le necessità di accrescimento della forza numerica dell'esercito. A fine luglio una circolare della Direzione di sanità militare farà presente i danni di un'applicazione eccessivamente rigida delle disposizioni regolamentari relative alla selezione di ufficiali da inviare in colonia³¹³.

Alcuni mesi dopo la distinzione fra le categorie di «idoneità fisica in colonia» e «idoneità fisica in territorio» verrà abolita, a favore di una revisione dei criteri di reclutamento: «tutti coloro che furono visitati e dichiarati - temporaneamente o permanentemente non idonei all'invio in Colonia, [dovranno essere] nuovamente visitati onde accertare la loro idoneità fisica, generica, per la guerra»³¹⁴.

³¹⁰ L'intervista è tradotta in *Nuove dichiarazioni del prof. Castellani sulle condizioni delle truppe italiane* in «Corriere della sera», 19 Giugno 1935.

³¹¹ USSME, *D-I*, b. 88, 1935-1936, f. 3 Stato sanitario delle truppe in Somalia, Circolare del 16 marzo 1935 n. 50507/49, dalla Direzione di sanità militare Ministero della Guerra a tutti i Corpi d'Armata, Oggetto: Visite coloniali.

³¹² Ivi, fonogramma n. 4947, 14 maggio 1935 dal gabinetto Ministero della Guerra alla Direzione di sanità militare: «comunicarsi che notizia visita deve avere carattere di assoluta riservatezza. Cap. Gabinetto generale Soddu»; anche USSME, *D-I*, b. 56, f. 1, sf. Visita prima dell'imbarco dei militari escludendo all'invio in A.O. di quelli affetti da malattie veneree e di carattere epidemico, lettera del 10 maggio 1935, dall'Ufficio trasporti del Comando del corpo di Stato Maggiore al Sottosegretario di Stato. Oggetto: Relazione di viaggio piroscafi Biancamano: «Il commissario di bordo dei piroscafi Biancamano nella relazione sul viaggio eseguito da Napoli a Mogadiscio dal 3 a 27 aprile ha rappresentato i seguenti inconvenienti: [...] condizioni sanitarie dei militari viaggianti: militari affetti da parotite epidemica e da malattie veneree. Occorrerebbe che la Direzione Generale di Sanità desse imposizioni per escludere dallo invio in A.O. i malati affetti dalle predette malattie».

³¹³ Ivi, sf. 42, Circolare n. 50507/49, 31 luglio 1935. Oggetto: Visite coloniali agli ufficiali.

³¹⁴ USSME, *D-I*, b. 56, f. 1 Vario circa l'assistenza sanitaria delle truppe, sf. 42 Visita medica agli ufficiali sottufficiali di truppa per l'idoneità al servizio coloniale, lettera del 1° settembre 1935; in anni successivi si ammetterà che i criteri di selezione furono «talvolta» troppo larghi, ma la giustificazione è di ordine «morale»:

L'allargamento delle maglie del filtro selettivo aveva in realtà già riguardato l'arruolamento delle truppe indigene dalla fine del 1934. «Le particolari attuali condizioni di reclutamento [...] - si legge in una lettera della direzione del giugno 1935 - rendono opportuno arruolare elementi che per età, precedenti morbosì, abitudini ecc. non si trovino in condizioni fisiche di perfetta idoneità e in special modo la necessità di procedere [...] al massimo e pronto recupero di militari indigeni»³¹⁵. I medici che operano la visita, al momento dell'integrazione dei sudditi nei corpi militari, non dovranno dunque «riferirsi in modo assoluto all'elenco delle infermità, ma bensì esprimere giudizio di idoneità alle armi con criteri di maggiore larghezza, sempre quando non esistano gravi imperfezioni fisiche palesi» che impediscono l'espletamento della vita militare. Alcune malformazioni e forme morbose particolarmente diffuse tra le popolazioni locali - piaghe tropicali, affezioni dell'apparato respiratorio in via di guarigione -, allo stato iniziale, non costituiscono più ostacoli all'arruolamento:

Ad esempio non dovrà essere emesso giudizio negativo nei confronti di individui presentanti piaghe agli arti senza disturbi trofici funzionali manifestati debolezza di costituzione di medio grado, non sostenuta da infermità palese o sospetta; deperimento organico non raggiungente lo stato cachettico; postumi non contagiosi di affezioni respiratorie; esiti di infezioni e di malattie suscettibili di utile trattamento ambulatorio e ospedaliero. Qualora esistesse, all'atto di arruolamento, dubbio per qualche singolo caso, l'individuo dovrà essere ugualmente arruolato e inviato in osservazione a Sembel presso l'Ospedale per intendenza per indigeni, delegato da questa direzione a provvedere agli opportuni accertamenti³¹⁶.

Con l'abbassamento della soglia dei requisiti per ottenere l'idoneità fisica, tutto è ora a carico degli organismi di recupero più che a quelli di selezione; al gruppo ospedaliero del Sambel - convalescenziario destinato agli ascari del fronte nord³¹⁷, dovranno essere inviati - si legge in un documento del luglio 1935 - «tutti quei militari non bisognevoli di cure ospedaliere o dimessi [...] per recente grave infermità o comunque in condizioni di debilitazione fisica e perciò temporaneamente inutilizzabili ma suscettibili di migliorare col tempo e riacquistare idoneità al servizio»³¹⁸. Il convalescenziario potrà inoltre valutare, in casi limitati - scrive nel luglio 1935 Martoglio allo scopo di uniformare i criteri in base ai quali i provvedimenti

«in obbedienza alle superiori direttive, negli accertamenti di idoneità furono tenuti presenti anche i fattori spirituali e la passione con cui innumerevoli ex militari accorrevano all'appello della Patria. E pertanto furono emanate norme diverse, da seguire nelle visite, [...] che si fosse trattato di militare in servizio, di volontari, di mutilati della grande guerra. Questi criteri, meno restrittivi di quelli che abitualmente si tengono per le truppe da mandare in colonia, se pur dettero luogo a qualche inconveniente di ordine sanitario e medico legale, in complesso si dimostrarono buoni». U. Reitano, *Organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nelle spedizioni coloniali*, cit., p. 1065.

³¹⁵ USSME, D-5, b. 42, Circolare n. 889, Asmara 22 giugno 1935, dalla Dir. San. ai Comandi, Oggetto: Norme e provvedimenti medico legali per le truppe indigene.

³¹⁶ *Ibidem*

³¹⁷ Tra il giugno 1935 e l'agosto 1936 la struttura sanitaria ospiterà 7.000 ricoverati per affezioni di natura medica. P. Salsano (Gruppo ospedaliero per indigeni del Sembel), *Rilievi clinico-statistici sulle affezioni dell'apparato cardiovascolare negli indigeni dell'Eritrea e del Nord-Etiopico*, cit.

³¹⁸ USSME, D-6, v. 241, all. 2 Provvedimenti medico legali per le truppe indigene 3 luglio 1935 dalla Direzione di sanità militare dell'Intendenza AO al Comando RCTC Territoriale dell'Eritrea; «A completamento delle norme già stabilite con foglio 889 del 22 giugno di questa direzione di sanità, riconosciuta la opportunità di dare uniformità d'indirizzo alla procedura medico legale per le truppe indigene e tenuta presente la necessità di facilitare nel miglior modo il recupero dei militari indigeni temporaneamente meno atti al servizio si sottopone all'esame di contesto Comando per le disposizioni di sua competenza quanto appresso: [...]».

medico-legali per le truppe indigene saranno elaborati durante la campagna - l'invio in licenza straordinaria per motivi di salute (5-20 giorni) per gli ascari che necessitano di «riposo temporaneo in famiglia»³¹⁹. Tutti i militari indigeni riformati prima del luglio 1935 dovranno inoltre essere sottoposti nuovamente a visita di revisione.

Le circolari della direzione di sanità dell'Intendenza relative alle modalità di riforma e recupero di soldati indigeni si susseguiranno per tutto il 1935 e il 1936 allo scopo di disciplinare una materia che non era stata «oggetto» ancora «di un'apposita regolamentazione»³²⁰. Riguardo alle norme sanitarie per l'arruolamento degli ascari - scrivono nel 1937 Gerardo Mennona e Leonardo De Lorenzo, entrambi igienisti del corpo di truppe indigene della Somalia durante la guerra - «ci si è sempre attenuti», a quelle vigenti in patria, «naturalmente con tutta la larghezza di vedute e gli accomodamenti richiesti dal particolare ambiente e dalle caratteristiche razziali dei Somali». Ma «nell'ultima campagna - sottolineano Mennona e De Lorenzo - abbiamo sentito la mancanza» di tali «norme»; di una disciplina cioè specifica, separata da quella metropolitana e in grado di riassumere i risultati di anni di esperienza coloniale in ambito di arruolamento delle popolazioni assoggettate. Una regolamentazione tanto più importante quanto, durante la guerra del 1935-36, combattuta in un ambiente «nel quale [...] l'insidia delle malattie supera spesso la stessa insidia dell'arma nemica» - *topos* come si è visto delle guerre pre-moderne -, si era assistito vasto arruolamento «di uomini in tempi brevi che impedisce ai medici di ricercare quel «complesso di garanzie che abitualmente si domanda[no] agli aspiranti all'arruolamento».

Di qui l'importanza assunta, durante il conflitto, dalla pratica medico-legale dell'eliminazione degli arruolati, che si aggiunge ai processi di ridefinizione dei criteri d'attitudine alla vita militare, in un contesto in cui la malattia è la «norma» e la debilitazione fisica degli indigeni un male con cui l'igiene bellica deve convivere:

In questa colonia poi, per la vasta distribuzione di alcune malattie come la malaria, la lue, a tubercolosi, l'arruolamento pone inevitabilmente di fronte a problemi sociali, obbligando a distinguere gradi diversi di queste malattie ed a stabilire i limiti di compatibilità con il servizio³²¹.

Tra i mesi di febbraio e giugno 1935 saranno esclusi dal Corpo di truppe indigene della Somalia 1.156 ascari e nel successivo semestre 733, per un totale di circa duemila indigeni giudicati non idonei al servizio durante i primi mesi di vita militare, dunque in seguito al reclutamento, su circa 40.000 mila arruolati nella colonia³²². Tra le cause più frequenti di riforma, oltre allo stato di deperimento organico - una categoria medico-legale entro cui rientrano i casi di affaticamento fisico di cui non è possibile rintracciare le cause -, alcune affezioni dominanti nel territorio: tubercolosi polmonare (malattia «importata» dall'Europa), ulcere e piaghe tropicali, affezioni bronchiali e la malaria cronica.

³¹⁹ *Ibidem*

³²⁰ G. Mennona, L. De Lorenzo, *Osservazioni intorno all'arruolamento dei Somali* in «Giornale di medicina militare», 5 (1937), pp. 472-482.

³²¹ *Ibidem*

³²² Queste sono le cifre riportate nell'articolo citato di Mennona e De Lorenzo. Sulla consistenza numerica però del corpo di truppe indigene e sul peso degli arruolati somali rispetto a quelli eritrei ed etiopici c'è ancora incertezza nella storiografia. Cfr. A. Volterra, *Sudditi coloniali. Ascari eritrei 1935-1941*, Franco Angeli, Milano 2005.

Dopo aver descritto l'attività degli ufficiali medici del Corpo di truppe indigene della Somalia durante la campagna, i due autori dell'articolo *Osservazioni intorno all'arruolamento dei Somali* si soffermano su quanto appreso in guerra per elaborare alcune norme attorno al reclutamento degli degli ascari. Il conflitto è, per i due igienisti, un'occasione di sistematizzazione dell'*expertise* acquisita, un momento di revisione dei «problemi antichi» che al più presto - insistono - dovrà tradursi in disposizioni legislative, per fornire una «traccia inderogabile» ai nuovi medici d'oltremare e offrire «unicità di indirizzo» alle pratiche dell'impero italiano. Al centro delle proposte c'è la rivendicazione del ruolo del medico militare, che si estende non solo all'assistenza sanitaria e alla definizione dei criteri di cernita dell'esercito regolare, ma anche alla formulazione di modelli di attitudine alla vita di guerra per le bande irregolari³²³.

«Età», «statura», «perimetro toracico», «malattie»: Mennona e De Lorenzo prendono in esame, aggiornandoli secondo le esigenze del contesto coloniale somalo, i tradizionali indicatori utilizzati dalla medicina militare per valutare la robustezza fisica delle reclute³²⁴. Dunque, statura e ampiezza toracica sono indici antropometrici di misurazione dei caratteri anatomici globali e parziali del fisico umano, a cui è affidata la verifica dell'armonia delle proporzioni tra i vari «segmenti» e dati fisici totali del corpo dell'arruolato. Il primo criterio di valutazione esaminato è però il limite d'età che dà accesso all'arruolamento, e che gli autori reputano per i somali troppo basso:

Se [...] ragioni di ordine politico e di ordine sentimentale lasciano nelle fila elementi in cui l'età e molti anni di servizio abbiano ridotto l'attitudine e il rendimento, è invece evitabile l'immissione di individui troppo giovani, di soggetti chiamati precocemente della sonnolenta vita di boscaglia all'impegno fisico e alle esigenze del servizio militare. [...] Il somalo non è, come forse potrebbe ritenersi, un popolo a sviluppo precoce; a quindici anni il somalo è pur sempre un bambino. Si potrebbe [...] elevare il minimo di età richiesta per l'arruolamento ai 18 anni, creando anche un limite massimo variabile da grado a grado³²⁵.

³²³ «Le compagne di questa caratteristica milizia di confine [i Dubat] ha imposto la sua importanza per l'alto contributo di sangue, per generosi ardimenti e per quantità numerica: se pertanto i nuovi ordinamenti militari vorranno mantenere queste formazioni speciali, alla loro costituzione dovrà concorrere il medico, la cui opera riteniamo debba esercitarsi massimamente all'atto dell'arruolamento quando essa è più utile; non limitarsi solo, più tardi all'assistenza sanitaria delle bande e ai giudizi di eliminazione». G. Mennona, L. De Lorenzo, *Osservazioni intorno all'arruolamento dei Somali*, cit.

³²⁴ Sui metodi antropometrici utilizzati dalla medicina militare si veda B. Farolfi, *Antropometria militare e antropologia della devianza*, in F. Della Peruta (a cura di), *Annali Storia d'Italia, VII. Malattia e medicina*, cit.; Id., *Dall'antropometria militare alla storia del corpo*, in «Quaderni Storici», 42 (1979), pp. 1056-1091; per un'analisi sul concetto di media (e di uomo medio) alla base degli studi di Adolphe Quetelet, padre fondatore della disciplina, si veda C. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit. Sull'antropometria come pratica dell'antropologia italiana in colonia cfr. G. Dore, *Antropologia e colonialismo nell'epoca fascista. Il razzismo biologico di Lidio Cipriani*, Tipografia 3T, Cagliari 1981; J. Moggi Cecchi, R. Stanyon (a cura di), *Il Museo di Storia Naturale dell'Università degli Studi di Firenze, Vol. V: Le collezioni antropologiche ed etnologiche*, Firenze University Press, Firenze 2014; R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit.; C. Pogliano, *L'ossessione della razza. Antropologia e genetica nel XX secolo*, cit. Di seguito le indagini antropometriche eseguite da Nello Puccioni nelle colonie italiane: N. Puccioni, *Appunti sull'antropometria dei Baria e dei Cunama*, Società romana di antropologia, Roma 1916; Id., *Ricerche antropologiche ed etnografiche della missione Stefanini-Puccioni nella Somalia Italiana (1924)*, Tip. Commerciale, Firenze 1924; Id. *Qualche dato antropometrico sui Somali in generale (caratteri descrittivi, statura in piedi, proporzioni degli arti)*, Stab. Graf. Commerciale, Firenze 1927; Id., *Sull'antropologia della Cirenaica*, in «Oriente Moderno», XIII, 7 (1933), pp. 391-395.

³²⁵ G. Mennona, L. De Lorenzo, *Osservazioni intorno all'arruolamento dei Somali*, cit., pp. 478-479.

Rovesciando il *topos* della precocità “fisica” degli indigeni, Mennona e De Lorenzo si avvicinano alle conclusioni della medicina metropolitana in merito all’età della coscrizione, che più è bassa e più è sinonimo di rischio, di possibile debilitazione e deperimento del fisico di fronte agli sforzi della vita militare.

Per rispondere «alle inderogabili esigenze di estetica e di prestigio», e «armonizzare la lunghezza del passo» di una compagine militare adatta e resistente alla marcia, i due medici propongono inoltre, come limite inferiore d’altezza, il metro e sessanta centimetri «trattandosi di un popolo con esemplari alti». Più complessa risulta invece la definizione di uno standard valoriale per il perimetro toracico dei somali arruolati. Un criterio «preponderante nel giudizio di idoneità alle armi» ma non «come valore a sé»; indipendente dagli altri indicatori antropometrici:

Sono stati precisamente i rapporti di questi diversi valori [statura, peso, altezza, torace], che da noi hanno ispirato formule varie, aritmetiche, non interpretabili rigidamente, ma capaci di fornire preziose indicazioni sulla robustezza di un organismo. Ci risulta che tentativi del genere furono fatti anche in Colonia con rilievi tra truppe arruolate e prescrizioni per gli arruolandi; ma la pratica dovette dimostrarli poco utili se essi furono più tardi abbandonati e non più presi in esame da parecchi anni. A noi non pare che il giudizio di idoneità dei somali possa irretirsi tra le maglie dei numeri e delle formule: basterebbe in proposito tener conto delle numerose e sostanziali differenze tra razza e razza dello stesso popolo Somalo. Non possono gli stessi valori ispirare uno stesso giudizio per due soggetti, dei quali uno appartenesse al Benadir e l’altro alla Mingiurtina³²⁶.

Dunque, impossibile arrivare ad una costituzione “normale” del tipo somalo per gli autori, che però ammettono l’esistenza di tipologie fisiche statisticamente frequenti, e dunque di valori anatomici regolari, all’interno di ciascun gruppo o “razza” presente in colonia.

Uno di noi che ha vissuto per un anno in un presidio nell’interno mingiurtino, che aveva vera e propria funzione di centro di arruolamento, ha potuto constatare come fosse necessario abbassare la soglia dei valori nell’esprimere il giudizio di idoneità, tra genti il cui tipo rappresentativo caratteristico è il vero e proprio tipo longilineo [...]. Successivamente la lunga permanenza negli stessi reparti mingiurtini mostrò la giustezza dell’osservazione e l’opportunità di prescindere da supposti teorici e aritmetici [...]. Pertanto la nostra esperienza personale ci permette di suggerire che agli effetti pratici per il perimetro toracico basti assumere come valore minimo la cifra di 78 cm e che per la razza mingiurtina tale valore minimo può essere senza danno abbassato a cm 77 per l’altezza base di metri 1,60³²⁷.

È qui sottesa, nella ricerca di criteri validi per la costruzione di un modello di robustezza fisica per i somali, una precisa concezione dell’organismo che si affida poco alla matematizzazione del corpo - o meglio che riserva al mondo europeo la ricerca di regolarità statistiche per i fenomeni fisici -, e che si appoggia piuttosto sulla coscienza della diversità dello spazio coloniale e sulle esigenze di prestigio ed “esposizione” del corpo (“disciplinato”) dei sudditi. Le infermità e malformazioni fisiche, «anche se compatibili con il servizio incondizionato» sono da considerarsi come cause di inabilità scrivono Mennona e De Lorenzo: è necessario infatti che il medico sia più «sever[o] di quanto non accad[e] nell’esercito metropolitano, per

³²⁶ *Ibidem*

³²⁷ Ivi, p. 477-478.

le supreme esigenze di prestigio e di estetica che non bisognerebbe mai trascurare nel reclutamento dei reparti in colonia»³²⁸. In questo quadro, la medicina è chiamata a svolgere, nelle prime settimane di arruolamento, una funzione di sorveglianza continua sull'indigeno, non limitata all'osservazione di momenti particolari ed irripetibili dell'andamento fisiologico dell'ascaro:

Marcia di prova [...]. È questa una modalità di arruolamento ancora in uso nei reparti somali: si sottopone il candidato a una lunga marcia di prova (60 chilometri) alla quale segue una seconda visita medica, e si trattiene chiunque ha superato questa prova per un periodo di osservazione di dieci giorni, dopo i quali l'arruolamento diventa definitivo. Senza negare l'importanza che può assumere l'esame di un organismo sottoposto a sforzo fisico completo, come quello di marcia, ricordiamo che quello che più conta invece, ciò che costituisce la finalità dell'istruzione è il lento, graduale allenamento fisico, fino a toccare alti valori. Quello che più informa dello stato di un organismo è il sorvegliare appunto tali allenamenti, non la constatazione di uno sforzo violento, eseguito dopo pochi giorni e che per qualche soggetto può essere sproporzionato alle possibilità fisiologiche, delle quali dispone nell'atto della candidatura³²⁹.

Al posto della prova di marcia, che dovrà essere «destituita di tutto quel valore che finora ad essa è stato attribuito», Mennona e De Lorenzo propongono di elevare il «periodo di osservazione» fino «a un mese ed anche più, dovendo questo periodo sostituirsi all'osservazione ospedaliera praticata nella madre patria anche a qualche mese di distanza dall'arruolamento».

Riguardo alle malattie che pregiudicano il servizio militare è ugualmente necessario, secondo gli autori, rivedere i parametri elaborati dalla medicina europea. Tale è la diffusione di alcune affezioni che i criteri vigenti in patria, devono essere allargati e ridefiniti: se la tubercolosi rimane tra le cause inabilitanti - anzi, è necessario che il medico la ricerchi quando non è evidente, seguendo come «indice di guida, la disseminazione toracica di cicatrici da punte di da fuoco, esiti di interventi curativi» precedenti³³⁰ -, non è possibile invece escludere «i malarizzati che in alcune regioni, demograficamente importanti, raggiungono una elevatissima percentuale». Anche gli individui affetti da dermatiti - in Somalia «assai diffuse», «estese e polimorfe» - saranno integrati nei corpi militari, dal momento che tali forme morbose «non arrecano danno al rendimento dell'individuo» e dei reparti, se non nel caso di manifestazioni contagiose o di forme «che potrebbero suscitare la ripugnanza negli altri componenti della collettività»³³¹. Tutti gli altri casi vanno invece accolti, dato che «troveranno anzi nell'esercito il modo e i mezzi per utili cure, spesso definitive».

Di questa funzione curativa e riabilitativa della vita militare potranno beneficiare anche gli arruolati affetti da ulcerazioni e piaghe, «tenendo presenti i risultati definitivi e rapidi delle buone cure e soprattutto i benefici che derivano da quella alimentazione più varia e più completa che consente all'ascaro la sua paga e i benefici di una vita igienica, regolata ed assistita in tutte le sue espressioni». Mentre in Europa, già dalla fine dell'ottocento, gli

³²⁸ Ivi, p. 480.

³²⁹ Ivi, p. 380-481.

³³⁰ Ivi, p. 478-479.

³³¹ Ivi, p. 480. Così è indicato anche nelle norme che regolano l'arruolamento delle truppe nazionali, cfr. R.d. n. 1401, 26 settembre 1930, *Nuovi elenchi delle imperfezioni e delle infermità riguardanti l'attitudine fisica al servizio militare*, cit.

igienisti non credono più alle potenzialità di miglioramento della salute offerte dall'ambiente militare - un luogo dove la salute dei coscritti regredisce invece che svilupparsi -³³² in colonia i medici, secondo Mennona e De Lorenzo, hanno ancora una responsabilità di assistenza terapeutica e di "civilizzazione" dei corpi. A fine anni trenta, durante il corso di igiene coloniale tenuto alla Scuola di applicazione militare di Firenze, Mennona torna sulla questione della normazione sanitaria dell'arruolamento dei corpi coloniali, precisando come ben diversa sia la missione del medico militare nei territori d'oltremare:

Nelle truppe indigene il medico non ha il compito che ha nelle truppe metropolitane. Mentre qui è l'igienista che difende dalle malattie, nelle truppe indigene è il bonificatore della malaria, cura le piaghe tropicali etc., ha insomma un vastissimo campo di lavoro come terapeuta³³³.

L'idoneità fisica degli indigeni alla guerra non è infatti indice di una "normalità" intesa come sanità, salute dell'organismo: gran parte degli arruolati tra le popolazioni sono, sottolinea Mennona, individui «malati», debilitati da «malattie croniche» e da ulcerazioni. Più che assenza di affezioni, con cui è invece necessario convivere, l'attitudine al servizio è, nella teorizzazione degli igienisti, possesso dei requisiti minimi per la sopravvivenza alle fatiche della vita militari. Una «profonda differenza - avverte Mennona - vi è tra quello che avviene nelle nostre reclute e quello che avviene in quelle indigene: mentre in Italia pretendiamo che i giovani siano sani, per gli indigeni dobbiamo accontentarci che presentino una condizione di salute relativamente buona»³³⁴.

Nonostante l'insistenza dei due sanitari del corpo delle truppe somale, alla codificazione dei parametri sanitari orientativi per l'arruolamento degli ascari non si giungerà però in anni successivi. Ciò non vuol dire che i soldati indigeni, come gruppo circoscritto ed omogeneo e dunque osservabile, che durante la guerra d'Etiopia si è trasformato in un "esercito di massa"³³⁵, non siano però divenuti un campo di studio - anche se ristretto a pochi esperti - della medicina militare.

Nell'individuazione di un modello "fisico" di ascario ideale, che non sia eccessivamente debilitato dalle malattie e che rispetti le esigenze di estetica - un modello che si raggiunge attraverso la fissazione di valori limite e l'individuazione di medie anatomiche -, gli igienisti si troveranno di fronte al complesso compito di adattare le concezioni elaborate dalla scienza militare europea nel contesto coloniale, rendendole funzionali alla conduzione di una guerra di dimensioni fino a quel momento non sperimentate nello spazio dei territori d'oltremare.

6.9 «Alcuni rischi tipicamente africani»

Dai primi mesi della campagna, le riviste «Giornale di medicina militare» e «Archivio italiano

³³² A. Rasmussen, *Expérimenter la santé des grands nombres 1850-1914*, cit.

³³³ G. Mennona, *Appunti di igiene coloniale*, cit., pp. 163-176.

³³⁴ *Ibidem*

³³⁵ A. Volterra, *Sudditi coloniali. Ascari eritrei 1935-1941*, cit., p. 43.

di scienze mediche coloniali» riportano, all'interno della rubrica «notiziario», le statistiche di morbilità comunicate mensilmente dal Ministero delle Colonie relative ai casi di malattie infettive denunciati in Eritrea e Somalia. Oltre al numero di affezioni verificatesi tra i corpi militari (metropolitani e indigeni), il prospetto segnala i casi che hanno colpito gli operai italiani inviati in Corno d'Africa. Durante la guerra si assiste, si può dire, alla comparsa di un nuovo "soggetto" statistico che affianca quelli tradizionali delle «truppe nazionali» e delle «truppe indigene»: gli «operai nazionali».

Inviati nelle due colonie a partire dalla metà del 1935 per provvedere alla costruzione di infrastrutture necessarie all'avanzata dell'esercito, i lavoratori italiani cresceranno gradualmente di numero nei mesi di campagna fino a toccare le 200.000 unità a fine guerra³³⁶. Il loro reclutamento è affidato al Commissariato per le migrazioni e la colonizzazione che si occupa, tramite gli uffici provinciali di collocamento, del loro ingaggio e selezione «in base alla capacità tecnica, all'attitudine fisica ed ai requisiti morali e politici»³³⁷. Nei mesi di preparazione militare è costituita ad Asmara (con sezione a Massaua) una delegazione della Commissione con il compito di accogliere gli operai giunti in colonia e curarne l'avviamento nei cantieri di lavoro³³⁸. A fine conflitto, con il decreto del 12 settembre 1936, gli operai saranno inquadrati in speciali reparti della MVSN che provvederà al loro equipaggiamento, agli accertamenti sanitari definitivi, e alla distribuzione nelle diverse Legioni Lavoratori, prendendoli in carico nelle basi di concentramento di Napoli, Genova e Trieste³³⁹.

Come si è visto, la tutela sanitaria di questi civili militarizzati rappresenta un problema di primo piano già nell'estate del 1935, per l'elevato numero di decessi causati per colpo di calore verificatisi tra i primi operai arrivati. La loro assistenza medica è demandata alla direzione di sanità militare dell'Intendenza, poi sostituita, con un provvedimento del 20 luglio 1935, dalla Sanità pubblica³⁴⁰. In caso di malattia, al lavoratore è corrisposta mezza giornata di salario per i primi dieci giorni in Eritrea, per un periodo più lungo in Somalia; il tutto a carico del datore di lavoro (se si tratta di aziende che dipendono per le loro commesse dallo Stato)³⁴¹.

Fino al mese di dicembre, quando gli operai inizieranno a lavorare sulle direttrici Adua-Axum e Adigrat-Macallé - oltre i confini dunque dell'Eritrea -, i sanitari impegnati nel servizio di assistenza dei lavoratori italiani saranno circa trenta (20 civili e 12 militari)³⁴², per salire a circa cinquanta a inizio 1936³⁴³.

Con la creazione di un fondo speciale di assistenza - il Fondo A.O.I. -, gestito dalla Federazione nazionale fascista delle Casse Mutue Malattie dell'Industria e ratificato il 7 maggio 1936, si assiste ad una riorganizzazione della tutela sanitaria rivolta ai lavoratori

³³⁶ Cfr. G. Calchi Novati, *Africa d'Italia. Una storia coloniale e postcoloniale*, Carocci, Roma 2011.

³³⁷ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 67/XI/3 Operai in AOI e in LIBIA, f. lavoratori MVSN in A.O.I., Promemoria, s.n.

³³⁸ L. Ruiu, *Sulla legislazione del lavoro in Africa Orientale Italiana (A.O.I.)* in «Clio», XXXIII, 3 (1997), pp. 551-583.

³³⁹ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 67/XI/3 Operai in AOI e in LIBIA, f. lavoratori MVSN in AOI, Promemoria, cit.

³⁴⁰ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/35, f. 169, Servizio sanitario operai.

³⁴¹ L. Ruiu, *Sulla legislazione del lavoro in Africa Orientale Italiana (A.O.I.)*, cit.

³⁴² I numeri sono differenziati tra operai civili e militari: i lavoratori italiani sono alle dipendenze in parte del Genio Militare, in parte del Genio Civile. ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12, Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica in favore delle popolazioni della Somalia nel triennio 1935-1936-1937, cit.

³⁴³ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/35, f. 169, Servizio sanitario operai, cit.

impiegati nei nuovi territori dell'impero³⁴⁴. Il servizio di cura in colonia viene razionalizzato e articolato in centri ospedalieri, infermerie nei campi alloggio e in vicinanza dei cantieri (una ogni gruppo della forza di 500 operai)³⁴⁵, convalescenziari per il recupero dei lavoratori malati e depositi-infermerie per operai in attesa di provvedimenti medico-legali (cambio cantiere, riposo, rimpatrio). Alla vigilanza igienica dei luoghi di lavoro e di pernottamento è predisposta una sezione speciale dell'Ispettorato di sanità che svolge una funzione di controllo della «salubrità degli alloggi degli operai», di cura dell'approvvigionamento idrico, sorveglianza sull'alimentazione e sul vestiario, denuncia delle malattie infettive, ecc³⁴⁶.

Il piano di assistenza previsto con l'istituzione del fondo A.O.I. però, come si legge nella rivista «Assistenza fascista», non si occupa solo delle condizioni degli operai in colonia, ma estende la sua tutela «dal cantiere al loro ritorno in famiglia»³⁴⁷, garantendo ai lavoratori rientrati in Italia sussidi terapeutici e la possibilità di ricovero fino a 270 giorni dall'inizio della malattia³⁴⁸.

Nonostante la riorganizzazione del servizio a fine guerra, per far fronte all'alto numero di operai che ancora nel 1936 e inizio 1937 affluiscono nei territori dell'impero³⁴⁹, frequenti saranno le segnalazioni sulla scarsa vigilanza igienica dei cantieri e dei campi alloggio predisposti per gli operai, e la diffusione di malattie infettive tra i lavoratori italiani continuerà a preoccupare le autorità politiche come a inizio campagna.

Nei primi giorni di dicembre 1936 Lessona avverte Guzzoni: «relazione ufficio censura Napoli [...] denuncia mancanza adeguate misure profilattiche contro propagarsi febbri malariche per cui centinaia operai sarebbero indotti al rimpatrio. Prego V. E. provvedere urgenza ovviare lamentate deficienze ferendone questo Ministero»³⁵⁰. A fine mese, il governatore dell'Eritrea è nuovamente messo al corrente che gli «operai dislocati [nel] bassopiano occidentale continuano manifestare apprensioni per diffondersi malattie e per deficiente assistenza sanitaria»³⁵¹. I casi di affezioni dichiarate dall'autorità sanitaria sempre corrispondono alla reale diffusione dei morbi tra i lavoratori, come segnala una relazione dell'ispettorato di sanità pubblica del Governo dell'Harar, stilata nel maggio 1937:

³⁴⁴ L. Ruiiu, *Sulla legislazione del lavoro in Africa Orientale Italiana*, cit.

³⁴⁵ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12, Relazione generale sull'attività dell'Ispettorato di sanità pubblica in favore delle popolazioni della Somalia, cit.

³⁴⁶ G. Bucco, A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, cit., p. 247.

³⁴⁷ *L'assistenza di malattia agli operai reduci dell'A.O.I.*, in «Assistenza Fascista. Rivista della Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al Commercio», II, 5 (1936), p. 404.

³⁴⁸ L. Ruiiu, *Sulla legislazione del lavoro in Africa Orientale Italiana*, cit. «Il trattamento del lavoratore in caso di malattia si provvederà mediante la Cassa Mutua in corso di costituzione a cura della Federazione fascista, della delegazione AOI e del Commissariato per le migrazioni e la colonizzazione, con contributi paritetici del datore di lavoro e del lavoratore. Detta Cassa verrà associata alla federazione nazionale fascista delle Casse Mutue per malattia dei lavoratori e dell'industria». *Il trattamento agli operai nazionali nel territorio di Addis Abeba*, in «L'azione coloniale», 14-15 luglio 1936.

³⁴⁹ Nel luglio 1937 sono ancora presenti in Africa Orientale, 106.426 operai su un totale di 190.869 lavoratori inviati, fino a quel momento, nelle colonie del Corno d'Africa. Dati estrapolati da ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 67/XI/3, f. Impiego disoccupati in AOI, Commissariato per le migrazioni e la colonizzazione, *Migrazioni in AOI, Situazione al 31 luglio 1937-XV*.

³⁵⁰ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 11, sf. Varie, telegramma n. 16109, 4 dicembre 1936, da Lessona a Guzzoni.

³⁵¹ Ivi, telegramma del 26 dicembre 1936, da Lessona a Guzzoni.

Il numero degli operai affetti da malaria primitiva nei mesi di aprile è, secondo i dati forniti dal Servizio Sanitario della Legione dei lavoratori, di soli 178, ma questa cifra è assolutamente irrisoria rispetto al loro effettivo numero. Si deve tener presente che molti operai si curano ambulatoriamente con pastiglie di chinino senza richiedere l'opera del sanitario, e molti altri che eseguono scrupolosamente la profilassi chininica presentano l'infezione malarica in vaga forma febbrile e allora per l'interesse di non perdere la giornata lavorativa, e pur essendo in condizioni debilitate, continuano febbricitanti il lavoro, in entrambi i casi la denuncia della loro malattia non perviene ai sanitari³⁵².

Contro il rischio di decesso per pernicioso malarica, o per altre malattie specifiche del territorio, gli operai vengono obbligatoriamente assicurati già dal luglio 1935, secondo le disposizioni contenute nel decreto n. 1447³⁵³, convertito in legge il 2 gennaio 1936³⁵⁴, che estende agli eventi mortali dovuti ad alcune affezioni "tropicali" - stabilite in un elenco stilato dal Ministero delle colonie - la copertura assicurativa contro il rischio di infortunio sul lavoro. Le ditte devono infatti assicurare - si legge nel decreto - presso l'INFAIL i lavoratori alle proprie dipendenze «anche per il caso di morte in conseguenza di febbre pernicioso derivante da infezione malarica, o di malattia tropicale», categoria ormai entrata a far parte del linguaggio del diritto. Il passaggio è significativo: le affezioni tropicali sono equiparate a infortuni, ad eventi dannosi che possono occorrere nello svolgimento del lavoro; sono dunque concepite parte integrante del rischio che proviene dallo svolgimento dell'attività degli operai impiegati nelle colonie del Corno d'Africa.

Con il decreto n. 1498 del 4 maggio 1936, l'assicurazione contro il rischio di infortunio sul lavoro verrà allargata a comprendere gli incidenti derivati dalle azioni militari e, nel caso di operai dipendenti da amministrazioni statali o ditte appaltatrici, gli eventi lesivi causati dal viaggio tra i porti di imbarco e di sbarco, in una progressiva estensione del concetto di rischio che equipara danni causati da infortuni, lesioni conseguenti allo stato di guerra e possibile morte per affezione "tropicale"³⁵⁵. Su un totale di 190.689 operai emigrati in Africa Orientale sino al 31 luglio 1937, saranno 1.344 i lavoratori deceduti per malattia o incidente, come riportano le carte del Commissariato per le migrazioni e la colonizzazione³⁵⁶.

Nel corso del 1937, gli operai verranno progressivamente rimpatriati, perché non conformi all'ideale di colono immaginato da Mussolini per il nuovo impero, ma la questione della tutela dei rischi per infortunio e malattia per i coloni italiani rimarrà un tema ineliminabile nell'«Impero del lavoro». Dopo alcune ipotesi, rimaste irrealizzate, di costituzione di un organismo previdenziale ed assistenziale unico per i territori dell'Africa italiana³⁵⁷, rimanendo

³⁵² ASDMAE, *MAI vol. II*, 181/35, f. 167, Governo dell'Harar - Ispettorato sanità pubblica, 17 maggio 1937, Relazione sanitaria mese di aprile.

³⁵³ R.d.l. n. 1447, 26 luglio 1935, *Assicurazione degli operai nelle Colonie dell'Africa Orientale per i casi di morte per febbre pernicioso o malattia tropicale*.

³⁵⁴ L. n. 23, 2 gennaio 1936, *Conversione in legge del R. decreto-legge 26 luglio 1935-XIII, n. 1447 concernente l'assicurazione degli operai nelle Colonie dell'Africa Orientale per i casi di morte per febbre pernicioso o malattia tropicale*.

³⁵⁵ R.d.l. n. 1498, 4 maggio 1936, *Gestione dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, i casi di malattie tropicali ed i rischi di guerra per la manodopera impiegata in lavori in Africa Orientale*.

³⁵⁶ ASDMAE, *MAI-GAB*, b. 67/XI/3, f. Impiego disoccupati in AOI, Commissariato per le migrazioni e la colonizzazione, Migrazioni in AOI, Situazione al 31 luglio 1937-XV.

³⁵⁷ «Ai fini del costo delle prestazioni assistenziali si ritiene che l'organizzazione dei servizi amministrativi degli Enti in questione possa essere alleggerita mediante opportuno coordinamento che potrebbe portare alla

sempre nell'ambito di una frammentazione particolaristica degli interventi assistenziali caratteristica del regime³⁵⁸, nel novembre 1940, a un anno dalla perdita definitiva delle colonie dell'Africa Orientale, verrà data nuova denominazione al Fondo A.O.I., ora divenuto Fondo per l'assistenza malattie nell'Africa Italiana (FAMAI)³⁵⁹. Nel maggio dello stesso anno, prima dell'emanazione del decreto di costituzione del FAMAI, l'Agenzia Le Colonie informava sui progetti di riordino della legislazione vigente in merito all'«assicurazione delle malattie tropicali»:

Questa assicurazione [vigente] ha equiparato - agli effetti della indennizzabilità - gli eventi mortali dipendenti da malaria e malattie tropicali a quelli derivanti da infortunio sul lavoro. Detta equiparazione, pur trovando una giustificazione nella particolare gravità delle affezioni morbose considerate, ha tuttavia creato in pratica, una sensibile sperequazione nei confronti degli altri casi mortali attribuiti alle malattie comuni. Tale diversità di trattamento adottata nei primi anni per la necessità di cautelare adeguatamente i nostri lavoratori contro taluni rischi tipicamente africani, appare oggi superata, in considerazione della migliorata organizzazione sanitaria e le misure profilattiche attuate hanno sensibilmente diminuito il verificarsi del rischio³⁶⁰.

Si era dunque creata - sottolinea il comunicato - un'eccessiva particolarità giuridica, non corrispondente alle esigenze di protezione dai pericoli dell'ambiente tropicale in cui si svolge il lavoro dei coloni italiani:

Le più aggiornate statistiche [infatti] dimostrano che i casi mortali sono oggi più frequenti per le malattie così dette comuni che non per malaria e le altre malattie tropicali. Comunque, tanto le une che le altre, ripetono la loro origine da un'unica causalità; quella del lavoro, che rappresenta per tutte le malattie contratte in Africa Orientale Italiana, un coefficiente generico non facilmente graduabile, in rapporto alle varie forme considerate, la cui insorgenza, nella maggior parte dei casi, è dovuta alle particolari condizioni locali di clima e ambiente³⁶¹.

Nei progetti di ampliamento dell'assicurazione contro i casi di decesso incorsi durante lo svolgimento di lavori nelle colonie del Corno d'Africa (anche questi non realizzati) vi è il riconoscimento - seppur non formalizzato - della malattia come possibile danno legato ad una nuova fonte di pericolo: l'ambiente tropicale.

costituzione di un unico organismo previdenziale ed assistenziale agente nell'Africa Italiana», Ivi, f. Previdenza sociale in AI per la tutela dei lavoratori nazionali, Appunto per S.E. il Capo del Governo, s.d.

³⁵⁸ Sulle politiche sociali nell'Italia liberale e durante il regime fascista si veda M. Ferrara, *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984; Id., *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna 1993; F. Girotti, *Welfare state*, Carocci, Roma 1998; G. Procacci, *Assistenzialismo e politiche di controllo sociale nell'Italia liberale e fascista*, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena 2001; A. Rapini, *Lo stato sociale*, Archetipolibri, Bologna 2010; G. Procacci, *Warfare-welfare: intervento dello Stato e diritti dei cittadini (1914-18)*, Carocci, Roma 2013; per un quadro internazionale delle politiche sociali fra le due guerre: M. Mazower, *Dark continent. Europe's twentieth century*, Penguin Books, London 1999; su malattie e lavoro si veda M. L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982. Per una riflessione sui caratteri dello stato sociale attraverso la nozione di rischio ed incidente: F. Ewald, *L'Etat providence*, B. Grasset, Paris 2006.; Id., *Diritto e rischio*, a cura di L. Avitabile, Geppichelli, Torino 2008.

³⁵⁹ Decreto ministeriale, 15 novembre 1940.

³⁶⁰ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, f. 12, Assistenza Malattie in AO 1940, Estratto da «Agenzia Le Colonie», 1940.

³⁶¹ *Ibidem*

6.10 Rimpatriare la malattia

La nave ospedale non è un bastimento qualunque. Denunciata all'avversario prima d'essere impiegata, la nave ospedale resta adibita al servizio sanitario e non può venir destinata ad altri scopi per tutta la durata delle ostilità. Deve essere esclusa da qualsiasi atto o impiego che non sia in diretta dipendenza con la raccolta, il soccorso e la cura dei feriti, malati o naufraghi o che possa in qualche modo recar danno all'avversario; non deve concedere alcun rifornimento a navi di guerra, né altra assistenza³⁶².

La presenza di navi ospedali in guerra, come organismi neutrali destinati alla tutela dei feriti e dei malati, è il frutto di un processo di giuridificazione dell'uso della forza da parte degli Stati. La convenzione stipulata all'Aia nel 1907³⁶³ aveva infatti concesso «alla nave ospedale - nota colonnello medico della marina Peruzzi - ogni libertà di manovra compatibile con le operazioni belliche. Essa può rimanere e rifornirsi nei porti neutrali senza limite di tempo, è esente da cattura e risparmiata da ogni attacco volontario». Questi bastimenti - scrive ancora Peruzzi nel suo volume di memorie *Un medico di mare* - sono un «simbolo del patto di protezione delle vittime della guerra» che «tutte le genti civili [...] custodiscono gelosamente, nella convinzione che, anche nei conflitti più implacabili, l'impiego della forza e le esigenze militari possano conciliarsi con le esigenze dell'umanità e della giustizia»³⁶⁴.

Durante la campagna d'Etiopia Mario Peruzzi è nominato direttore sanitario della *Tevere*, una delle otto navi ospedale predisposte dalla marina per il trasporto degli ammalati e dei feriti, la seconda a toccare le coste del Corno d'Africa³⁶⁵ dopo la nave *Urania* già attiva tra aprile e maggio 1935³⁶⁶. La nave ospedale *Tevere* rimarrà a Massaua tra il 30 giugno e l'8 agosto, con la funzione di ospedale galleggiante ricoverando più di mille operai e soldati colpiti da «malattie climatiche», malattie che causano, nei mesi di permanenza, un «inquietante afflusso di ricoverati a bordo»³⁶⁷.

I dati meteorologici - si legge nell'articolo *La nostra flotta sanitaria in A.O.* - davano indici elevatissimi, che raggiungevano fino i 44 gradi all'ombra, con scarsa remittenza nelle ore notturne; l'afa era opprimente [...]. Il lichene tropicale, le ipodermi maculavano la pelle, dando fastidio e tormento non indifferente. L'affluenza dei malati a bordo crebbe con ritmo rapido: si trattava di forme comuni di cacoforie tropicali, enteriti, deperimenti,

³⁶² M. Peruzzi, *Un medico di mare: esplorazioni ed esperienze*, Garzanti, Milano 1948, p. 17-18.

³⁶³ *IV Convention respecting the Laws and Customs of War on Land and its annex: Regulations concerning the Laws and Customs of War on Land*. L'Aia, 18 October 1907.

³⁶⁴ Ivi, p. 19. Le otto navi ospedale impiegate durante il conflitto italo-etiope saranno in realtà denunciate alle autorità internazionali come «navi trasporto infermi» e non come piroscafi ospedale per poter ospitare, nei viaggi di andata e ritorno, anche una parte di contingente militare “sano”, economizzando dunque i costi della traversata. Per questo nessun bastimento avrà dipinte croci rosse e strisce verdi, simboli associati alle navi ospedale. Cfr. E. Cernuschi, M. Brescia, E. Bagnasco, *Le navi ospedale italiane 1935-1945*, Albertelli, 2010.

³⁶⁵ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 33 *Tevere*, f. 4 Relazioni sanitarie, I missione in A.O., 17 giugno 1935 - 29 giugno 1935.

³⁶⁶ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 32, f. 4 Missioni in A.O.I., I missione 9 aprile 1935 - 8 maggio 1935 malati trasportati 415. ma quando giunge esattamente in A.O. Queste le navi ospedali utilizzate durante la campagna secondo la data di entrata in servizio: *Urania* 600 posti (9/04/1935); *Tevere* 600 (17/6/1935); *Helouan* 650 posti (4/10/1935); *Vienna* 650 (4/10/1935); *California* 800 posti (12/11/1935); *Cesarea* 400 posti (12/12/1935), *Aquileia* 700 posti (23/12/1935); *Gradisca* 800 (15/01/1936). USMM, *Archivio di base*, b. 2824, lettera n. 11767, 10/12/1936 Dalla Dir. Gen. della Sanità Militare marittima a MARISTAT - Ufficio Coordinamento.

³⁶⁷ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 33 *Tevere*, f. 4, I missione, cit., p. 5.

febbri da pappataci e qualche caso di malaria, numerosi colpi di calore³⁶⁸.

La *Tevere* non è l'unica nave a funzionare come ospedale galleggiante durante i mesi di mobilitazione. A turno i bastimenti messi a disposizione dalla marina sosterranno a Massaua per sopperire alle inefficienze delle strutture ospedaliere del porto³⁶⁹, mentre per la Somalia l'ospedalizzazione avverrà a terra e il trasporto di feriti attraverso piroscafi non attrezzati sul piano sanitario³⁷⁰.

Previste inizialmente in numero di tre³⁷¹, le navi ospedale verranno aumentate a 5 e poi a 8 tra la fine del 1935 e l'inizio del 1936, sino all'ultima collaudata, la *Gradisca*, considerata, come si legge sulle pagine de «L'azione coloniale», «la nave ammiraglia delle flotta delle navi ospedale» per «la bellezza de[gli] impianti, la potenza delle macchine e l'alto tonnellaggio»³⁷². La marina aveva concepito per la campagna - scrive il quotidiano - «un vasto piano di organizzazione sanitaria» contro «le condizioni del clima» avverse:

si aveva [sic] cioè deciso la creazione di una piccola flotta di navi ospedale, non essendosi ritenuto opportuno seguire l'esempio dell'Inghilterra durante la grande guerra con l'allestimento di una grande nave ospedale, l'*Aquitania*, capace di 4000 letti: troppi inconvenienti avevano ostacolato e complicato il servizio sicché si preferiva attrezzare un maggior numero di navi con una portata media di cinque seicento letti, in modo da ottenere maggior libertà di azione»³⁷³.

Ciascuna delle otto navi predisposte, per un totale di circa 5.000 posti letto, è pensata dai comandi militari come un organismo autosufficiente, modellato in base al criterio di specializzazione dei reparti, riproducendo su acqua l'articolazione di un vero e proprio ospedale. Un trionfo della tecnica moderna, celebrato dai mezzi di propaganda - le navi ospedale entreranno a far parte anche dell'immaginario cinematografico ritratte dai filmati

³⁶⁸ USMM, *Archivio di base*, b. 2824, G. L. Aiello, *La nostra flotta sanitaria in A.O.*, cit., p. 15. La nave è priva di apparecchi refrigeratori, di cui saranno invece dotati, su indicazione di Castellani, i piroscafi successivamente approntati - *Vienna, California, Cesarea, Aquileia e Gradisca* - e le soluzioni adottate per il recupero di soldati debilitati dalla alte temperatura saranno tra le più ingegnose: «Per assicurare un soccorso efficace e pronto ai colpiti di calore, il Direttore di Sanità, Colonnello Medico prof. Mario Peruzzi, fece installare all'aperto in vicinanza della sala operatoria, un letto metallico sotto due potenti ventilatori, rendendo agevole l'immediato esame dell'ammalato e altresì la cura, consistente specialmente in frizioni di ghiaccio, ossigeno, ipodermoclisi, salasso, puntura lombare ecc.».

³⁶⁹ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/34, f. 164, foglio n. 4588, 17 dicembre 1935, da MARISUPAO a Gabinetto Governo Eritrea; «Riferimento telegramma 16991 diretto a Ministero Colonie in data 14 corrente e comunicato per conoscenza a questo comando [...] 1) Il criterio di tenere in permanenza due navi ospedale a Massaua (una in porto e una in rada) è conseguenza della necessità: a) di accentrare su una di esse [...] gli ammalati da rimpatriare, man mano che questi vengono inviati a Massaua, b) di riunire sull'altra gli ammalati che, dopo un adeguato periodo di cura, devono invece tornare a destinazione primitiva 2) In sostanza cioè, mentre una delle navi ospedale raccoglie i destinati da rimpatriare, l'altra serve a quell'opera di cura e di spedalizzazione temporanea che la scarsa capacità degli stabilimenti sanitari di Massaua rende ancora oggi indispensabile», USMM, *N2 Navi ospedale*, b. 41, f. 2 Permanenza a Massaua, foglio del 17 dicembre 1935, da De Bono.

³⁷⁰ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/34, f. 164 circolare del 17 luglio 1935 dal Comando superiore A.O. - Intendenza A.O.

³⁷¹ *Ibidem*, anche USMM, *N2 Navi ospedale*, b. 41, f. 2, foglio del 17 dicembre 1935, cit.

³⁷² *Che cosa ha fatto la R. Marina in A.O. per l'assistenza sanitaria*, cit.

³⁷³ *Ibidem*

Luce³⁷⁴ - e dalle relazioni mediche, che ne elencano le «modernissime» strutture, pronte ad ogni necessità, in uno spazio tecnologico e funzionale:

le navi formarono dei veri e propri ospedali galleggianti, capaci di apprestare qualsiasi specie di cura e d'intervento come una clinica modernissima, di offrire il conforto di una clinica primaverile nei tropici e di un clima caldo nell'inverno mediterraneo, di fare la Casa di salute e da Convalescenziario durante le soste nei porti, ed eventualmente anche da lazzeretto galleggiante, di raccogliere infermi anche dai più lontani siti costieri delle due colonie, di accorrere ad ogni chiamata radiotelegrafica, di fare da ospedale di manovra dell'Alto Comando della Somalia dislocandosi nei porti più vicini; di rispondere insomma, a tutte le esigenze igieniche e sanitarie emergenti dalle peculiari circostanze della spedizione e delle località. In ogni nave ospedale, quindi, si disponeva di ambulatori medici e chirurgici; sezioni di ricezione e smistamento; centri operatori completi per asettici e settici; strumenti ed apparecchi per la chirurgia generale, speciale ed ortopedica; camere di ricovero per ufficiali e sottoufficiali; sale di degenza per operai ed ammalati gravi; corsie per ammalati comuni; ricoveri appartati per infetti da isolare, per mentali da segregare; laboratori di diagnostica microbiologica e radiologica; impianti per la sterilizzazione e disinfezione; farmacie complete; ambienti di soggiorno [...]; sistemi di refrigerazione, ozonizzazione, essiccamento e rinnovamento dell'aria ambiente³⁷⁵.

La modernità degli impianti va di pari passo con il comfort degli ambienti ricavati dai piroscafi riservati al trasporto transoceanico e trasformati in nave ospedale nei cantieri triestini dell'Arsenale del Lloyd. La malattia, come stato di minorazione, è così annullata, e il viaggio dei soldati rimpatriati descritto come una comoda crociera:

sono tutte navi da passeggeri, adibite alle crociere oceaniche e alle grandi gite turistiche. Dell'origine di lusso e di ricchezza conservano le tracce, nei ricchi saloni, nelle eleganti decorazioni, negli stucchi, negli intagli, nelle pitture nei lucidi ottoni, nei tersi cristalli che formano un vago contorno di grazia, lì dove non è stato necessario sopprimerli per le superiori esigenze della nuovissima funzione attribuita alla nave. E così al posto di un elegante salone da ballo ora si trova una comoda sala operatoria. Un bar di stile classico ha perduto fregi e decorazioni per diventare un perfetto laboratorio radiologico³⁷⁶.

Anche gli aspetti più tecnici delle navi ospedali sono oggetto di attenzione da parte della stampa non specialistica, a conferma dell'accento posto dalla propaganda sulla potenza dell'«ingegneria sanitaria moderna» sfoggiata dagli «ospedali galleggianti»:

Dappertutto - sulla nave *Gradisca* - è stata assicurata la distribuzione dell'aria condizionata. È stata infatti questa la maggiore conquista nelle navi ospedale [...]. Tutte le sale, locali alloggi e reparti sono serviti infatti dall'impianto di condizionamento, essiccamento e ozonizzazione dell'aria. [...] Nelle condizioni peggiori l'aria esterna a 43 gradi e col grado di umidità del 90 per cento viene refrigerata, essiccata, ozonizzata e immessa nei

³⁷⁴ Istituto Nazionale Luce, *Sanità in A.O.*, cit.; a bordo della nave ospedale Cesarea opererà la principessa Maria José di Savoia come crocerossina, la cui attività "infaticabile" verrà celebrata con frequenza dalla propaganda e ritratta da parte di numerose pellicole prodotte dall'Istituto Luce: *La Principessa Maria di Piemonte torna in Italia sulla nave-ospedale con un gruppo di feriti*, Giornale Luce B0886 del 20/05/1936, B/N, Sonoro; *La principessa Maria di Piemonte, crocerossina, giunge a Mogadiscio*, Giornale Luce B0881 del 06/05/1936; B/N, Sonoro; *La Principessa di Piemonte e gli altri reali salgono a bordo della nave ospedaliera e partono per l'Africa Orientale insieme al gruppo delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana* Giornale Luce, B0858 del 01/04/1936, B/N, Sonoro. Sull'attività delle infermiere della Croce Rossa Italiana durante il conflitto, e sulle memorie lasciate dalle crocerossine si veda N. Labanca, *Una guerra per l'impero*, cit.

³⁷⁵ USMM, *Archivio di base*, b. 2824, foglio n. 11767, 10 dicembre 1937, dalla Direzione generale di sanità militare marittima a MARISTAT ufficio coordinamento.

³⁷⁶ Ivi, G. L. Aiello, *La nostra flotta sanitaria in A.O.*, cit.

reparti a 33° e col 50% di umidità. Con questo regime si ha una intensificazione di ventilazione di circa 30 metri cubi d'aria per persona all'ora. Quando la nave è in climi più temperati, e non è richiesta la refrigerazione, ottanta metri cubi d'aria ozonizzata all'ora vengono forniti a persona. In climi freddi, cioè quando la nave rientra in Patria, nella stagione invernale, l'aria con la stessa intensità di ventilazione viene riscaldata e immessa a 20°³⁷⁷.

Secondo i dati riportati da «L'azione coloniale», nel gennaio 1936 sono impiegate sulle navi ospedali circa 700 persone, tra cui 58 ufficiali medici, 8 sottoufficiali infermieri, 350 infermieri della marina, 160 unità di personale della marina mercantile e 40 infermiere della Croce Rossa Italiana³⁷⁸. A fine conflitto Castellani dichiarerà le seguenti cifre: 117 gli ufficiali medici e 639 infermieri a servizio delle navi ospedale³⁷⁹.

Il costo dello sforzo logistico è calcolato da Domenico Mazzolani negli ultimi mesi di guerra, attraverso l'esame delle giornate di attività della nave *Helouan*, operativa tra il 3 ottobre 1935 e il 16 aprile 1936 come piroscalo da trasporto e come ospedale stazionario lungo la costa eritrea (con 86 giorni di sosta a Massaua). Per ogni malato ricoverato, secondo il medico, sono state spese giornalmente 151,079 lire, per un costo totale di 4.673.569,30 lire, a cui si aggiungono le spese per il trasporto delle truppe "in salute" imbarcate come passeggeri: un ammontare che - sottolinea Mazzolani - «non può essere ritenut[o] opportun[o] in tempi di normalità»³⁸⁰.

Eppure, a fine conflitto, le navi ospedali continueranno ad operare - solo i primi due piroscali entrati in funzione, l'*Urania* e la *Tevere*, verranno smobilitati nel luglio 1936 -, nonostante l'assoluta «necessità di economizzare in tutti i settori»³⁸¹ evidenziata dal duce:

S.E. Cavagnari mi ha telegrafato di aver avuto ordine da S.E. il Capo del Governo di smobilitare altre due navi ospedale, essendo ormai l'A.O. tornata ad un assetto normale (rimangono in servizio 4 navi ospedale). Gli ho risposto prendendo atto, ma facendo notare che il Ministero delle colonie si sforza a ricondurre l'A.O. verso un assetto normale, però ne siamo ancora ben lontani perché le autorità locali hanno al contrario tendenza "inflazionistiche". [Appunto a matita di Lessona]. Per ora le notizie che vengono dall'A.O. escluderebbero la diminuzione. Comunque ricordarmelo per parlarne al Duce³⁸².

Le navi ospedale rimaste attive in Africa Orientale saranno sei fino ai primi mesi del 1937³⁸³, quando l'*Helouan* e la *Gradisca* verranno destinate in Spagna³⁸⁴, e la *Vienna* smobilitata. La *Cesarea* continuerà la sua attività sino all'agosto 1937, mentre l'*Aquileia* e la *California*, le ultime due navi in funzione, saranno utilizzate fino al febbraio 1938 (la prima) e a inizio 1939

³⁷⁷ *Che cosa ha fatto la R. Marina in A.O. per l'assistenza sanitaria*, in «L'azione coloniale», 14 gennaio 1936.

³⁷⁸ *Ibidem*

³⁷⁹ A. Castellani, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia. 3 Ottobre 1935 - 9 Maggio 1936. Conferenza tenuta nell'Istituto della Sanità Pubblica il 31 luglio 1936*, cit.

³⁸⁰ ASDMAE, MAI vol. II, 181/35, f. 170, D. Mazzolani, *Le nostre navi ospedale nelle operazioni d'Etiopia*, in «Il Policlinico», 42, 1936.

³⁸¹ ASDMAE, MAI-GAB, b. 11, sf. Navi ospedale, lettera del 24 agosto 1936, senza mittente e destinatario.

³⁸² *Ibidem*

³⁸³ ASDMAE, MAI-GAB, b. 11, lettera del 10 ottobre 1936: «Come da ordine di V.E. mi sono recato dall'Ammiraglio Cavagnari per la questione delle navi ospedale per l'A.O. Il Sottosegretario alla marina mi ha assicurato di mantenere dette navi nel numero attuale (sei). Ho già provveduto ad informare S.E. Graziani».

³⁸⁴ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 41, f. N.T Ammalati, Missioni compiute e ammalati trasportati, Riepilogo.

(la seconda) per il trasporto degli infermi tra i porti del Mar Rosso e quello di Napoli³⁸⁵.

In totale, tra il luglio 1935 e il 31 dicembre 1936 saranno rimpatriati attraverso la flotta sanitaria 18.196 infermi, 11.070 appartenenti all'esercito, 6.825 alla milizia, 144 all'aeronautica e 137 della marina; questo, secondo i dati forniti da Giuseppe Giardina nell'articolo *Uno sguardo alla terra d'Africa* del 1938³⁸⁶. Le fonti del War Office britannico parlano invece, si è visto nei precedenti paragrafi, di 25.000 evacuati.

Prima causa di rimpatrio tra il mese di luglio 1935 e il mese di dicembre 1936 - segnala Giuseppe Giardina - sono le malattie dell'«apparato orinatorio» ed in special modo le nefriti che determineranno il 25,4% dei rientri³⁸⁷. Alle affezioni delle vie urinarie seguono le malattie infettive con rimpatri divisi tra malaria (1.114 casi), tubercolosi (1.280 casi) e dissenteria (539 casi)³⁸⁸. I problemi odontoiatrici costituiscono ugualmente un motivo frequente di ritorno in patria: 970 i militari trasportati in Italia «per carie o mancanza di denti», appartenenti per lo più alla milizia nazionale, che paga le conseguenze dell'età avanzata dei propri arruolati, soggetti con maggiore facilità a disturbi di tipo stomatologico³⁸⁹. Ma tra le cause di ospedalizzazione più ripetute figura anche la diagnosi di «deperimento organico» per cui saranno rimpatriati più di mille soldati ed operai nei mesi di guerra e in quelli successivi³⁹⁰. Non una malattia specifica dunque ma uno stato di malessere diffuso, senza spiegazione unica ed evidente: una categoria medico-legale, come si è visto, che ha molto a che vedere, in una guerra nei *tropici*, con il problema dell'acclimatazione del bianco, oltre che con le fatiche della vita bellica:

Durante la ricezione degli ammalati [sulla *Gradisca*] e nei primissimi giorni del loro ricovero, fui molto colpito dal notevole numero delle diagnosi di “deperimento organico”. Mi apparve quindi di grande interesse ordinare uno studio molto accurato dei singoli infermi allo scopo di assodare quanti di tali casi potesse imputarsi alla esclusiva azione del clima [...] e quanti altri fossero da attribuirsi a malattie latenti od a mancanze costituzionali o ad infezioni poco manifeste, sulle quali il clima spesso aveva agito solo in maniera indiretta ed occasionale determinando la reviviscenza o la comparsa o l'aggravamento³⁹¹.

Il direttore della nave *Gradisca* concluderà, in base ai risultati dell'osservazione clinica, come la maggior parte dei casi di indebolimento costituzionale degli imbarcati sul piroscampo sia riconducibile a malattie organiche o infettive, aggravate però dalle influenze nocive dei fattori climatici che agiscono «su apparati od organi costituzionalmente deficienti e poco resistenti:

³⁸⁵ Anche le navi *Gradisca* e *Aquileia* verranno destinate in Spagna. *Ibidem*

³⁸⁶ Una forte incidenza di tale gruppo nosologico sul contingente militare su cui si interrogano gli ufficiali medici durante il conflitto, finendo per definire un legame tra patologia e ambiente di provenienza dei soldati: «L'affezione, molto comune negli ammalati provenienti dall'altopiano, trova una probabile etiologia nella umidità del clima e negli squilibri termici propri di detta regione». G. Giardina, *Uno sguardo alla terra d'Africa*, cit.

³⁸⁷ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 18 *Gradisca 1935- 1939*, IV missione 3 settembre - 3 ottobre 1936.

³⁸⁸ G. Giardina, *Uno sguardo alla terra d'Africa*. cit. Giardina non riporta i dati sui militari rimpatriati per infermità contratta sul campo di battaglia.

³⁸⁹ Cfr. S. Palazzi (Ispettore dell'Unità stomatologica dell'Armata in A.O.), *I servizi stomatologici durante le operazioni militari in Africa Orientale*, in «Giornale di medicina militare», f. 1, 1937; per una analisi dei caratteri dei soldati e dei militi inviati Etiopia si veda N. Labanca, *Una guerra per l'impero*, cit., pp. 56-66.

³⁹⁰ G. Giardina, *Uno sguardo alla terra d'Africa*, cit.

³⁹¹ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 18 *Gradisca 1935-1939*, II missione 4 maggio - 24 giugno (ammalati trasportati 720).

stomaco, intestino, fegato, sistema nervoso vegetativo» debilitando l'organismo nel suo complesso:

dalla ipofunzione di questi [apparati e organi] derivava la insufficiente digestione, assorbimento ed assimilazione delle sostanze nutritive e quindi il decadimento generale della nutrizione e della forza muscolare. Lo stesso può dirsi nel campo psiconervoso, nel senso che gli agenti climatici, le emozioni e le fatiche di guerra, hanno determinato delle psicosi asteniche e delle nevrosi, con consecutivo esaurimento organico le quali non si sarebbero manifestate in patria ed in tempi di normalità³⁹².

Per evitare che il personale della marina vada incontro ad uno stato di debilitazione e affaticamento generale, frequente non solo tra i ricoverati della *Gradisca*, ma genericamente tra le truppe e gli operai inviati nei teatri di guerra, la direzione di sanità, con a capo il tenente generale medico Falso, dispone fin dall'aprile del 1936 che i militari presenti da un anno in colonia siano sottoposti a visita medica e rimpatriati qualora presentino segni di malattie pregresse o sintomi di astenia fisica e psichica³⁹³.

Periodici richiami giungeranno nei mesi successivi dalla Direzione di sanità e dal Comando superiore della marina in Africa Orientale per l'accertamento delle condizioni di salute dei militari che da più di un anno si trovano in colonia, e che Castellani, come si è visto, consigliava gradualmente di rimpatriare seguendo il modello adottato per le truppe dell'impero britannico. Nell'ottobre 1936 sono compilate le prime liste di militari destinati al ritorno in Italia³⁹⁴, aggiornate nel gennaio e nel febbraio 1937³⁹⁵:

Con circolare n. 183 in data 29 dicembre 1935 [...] il MARISUPAO ordinava nel mese di gennaio che venisse seguita una minuziosa visita medica a tutti gli ufficiali, sottufficiali sottocapi e comuni che al 31 gennaio avessero completato od oltrepassato un anno di destinazione in A.O.I onde selezionare quei soggetti che per condizioni di salute non dessero affidamento di affrontare il disagio del clima della colonia e specialmente di una seconda stagione estiva³⁹⁶.

³⁹² *Ibidem*

³⁹³ Si tratta più di indicazioni che di rigide disposizioni: «Al fine di evitare che i militari destinati in A.O. ai servizi sia navali che terrestri dopo un certo periodo di tempo dal loro arrivo in Colonia e soprattutto durante la stagione estiva, vengano soggetti ad esaurimento e disturbi tali che possano diminuire l'efficienza fisica, tanto necessaria all'esplicazione del loro mandato, si prega disporre quanto segue: nei giusti limiti e sempre che le esigenze di servizio lo permettano, le persone che hanno già trascorso in Colonia un anno continuativo in piena attività e quindi già una stagione estiva siano sottoposti a visita medica onde poter effettivamente stabilire quali siano da rimpatriare. A meglio disciplinare tale visita e perché si abbiano dei criteri uniformi nella selezione, si dovrà tener presente: [...] 2) che possono essere esclusi dal provvedimento di richiamo quei militari che ne facciano domanda al Comando e che per speciale costituzione fisica, risultino alla visita, scrupolosamente eseguita, idonei ad una ulteriore permanenza in colonia. 3) Che i criteri che debbono condurre al giudizio di rimpatrio sono: a) pregresse malattie dell'apparato gastro intestinale, sofferte durante la destinazione in colonia, anche se guarite; b) sintomi di depressione ed astenia psichica e fisica, accompagnata [...], perdita di peso del corpo e lievi fatti di anemia; c) pregresse dermatosi, molto accentuate nei mesi caldi, guarite nei mesi invernali». USMM, b. 2824, f. 3 accertamenti sanitari, Circolare n. 5645, 17 aprile 1936, dalla Direzione per l'Impiego del Personale Militare della Marina (d'ora in poi MARIPERS) al Comando superiore marina in A.O. (d'ora in poi MARISUPAO). Oggetto: Accertamenti sanitari per gli Ufficiali, Sottoufficiali e militari.

³⁹⁴ Ivi, foglio del 14 ottobre 1936 da MARISUPAO a MARIPERS.

³⁹⁵ Ivi, foglio del 21 gennaio 1937 da MARISUPAO a MARIPERS.

³⁹⁶ Ivi, Massaua 10 febbraio 1937. Proposta di rimpatrio per i militari che hanno compiuto un anno o più di permanenza in colonia.

Dalle visite mediche effettuate a inizio 1937 sarà individuato un numero elevato - come si legge nella relazione del 10 febbraio - di soldati debilitati (77 sottoufficiali e 447 sottocapi e comuni), soggetti ad un progressivo stato di decadimento fisico in cui sono le condizioni ambientali (militari più che sanitarie) e quelle climatiche (tropicali) a giocare un ruolo di primo piano: la vita cioè di «quasi isolamento» e di tono uniforme a cui le truppe sono costrette durante il servizio a bordo delle navi, e il forte calore che produce effetti di logoramento sul potere di resistenza e sulla plasticità dell'organismo, fino ad inibire le capacità intellettive e la possibilità di una condotta "normale" da parte del personale arruolato:

questi soggetti si presentano con aspetto pallido della pelle e delle mucose, oppure dimagriti, taluni con carattere iper simpatico-stenico, altri con orientamento parasimpatico-stenico, eccitabili nel primo caso, depressi nel secondo. Presentano cioè gli esiti di malattie pregresse essendo stati la più parte o più volte ricoverati durante l'anno e per più tempo [...] per le seguenti affezioni: febbre massauina, reumatismo, dengue dissenteria, ulcere tropicali, colpi di calore. Ma a parte queste forme morbose che hanno lasciato traccia sulla resistenza organica, non vanno dimenticate le condizioni ambientali e climatiche che hanno inoltre agito lentamente ma progressivamente, sulla capacità di rendimento fisico ed intellettivo: ci si intende riferire alla vita di attività superiore a quella che si svolge in Italia, alla vita di vero quasi isolamento, con quasi nessuna distrazione extra servizio. Alla vita di disagio in relazione agli attuali impianti militari che sono in via di assestamento e di crescente sviluppo. Altro fattore è il clima. È da osservarne la notevole umidità atmosferica, associata alla temperatura variabile [...] contribuisce [...] anche a una diminuzione dei poteri di difesa organica. Il caldo umido della stagione estiva, rende difficoltosi gli scambi osmotici dell'albero respiratorio e provoca disturbi a carico della intelligenza, della memoria, della volontà: amnesia, ideazione scarsa, astenia cerebrale; incapacità di applicarsi proficuamente a un lavoro anche moderato³⁹⁷.

Le cause del malessere - conclude dunque l'ispettore medico incaricato della selezione - non vanno ricercate nella presenza di «vere e proprie malattie», di cui gli individui portano pure i segni, bensì nello stato di «astenia o deperimento organico consecutiv[o] a lunga permanenza in clima tropicale»: questa volta sono quindi i fattori climatici a prevalere, sull'affezione specifica, nella spiegazione eziologica del male.

Se il ritorno in patria di individui indeboliti non presenta particolari difficoltà per le autorità sanitarie - appena giunti sulle acque del Mediterraneo i militari riprenderanno certamente vigore, scrive come si è visto Castellani³⁹⁸ - non sempre il rimpatrio per malattia costituisce una soluzione priva di problemi. Il trasporto di individui infermi significa infatti in primo luogo rischio di importazione di malattie in madrepatria, un pericolo contro cui le navi ospedale verranno appositamente attrezzate: «Le sistemazioni di bordo hanno permesso di controllare per mezzo di medici competenti, forniti di tutti i presidi di laboratorio, le diagnosi dei rimpatriandi durante il viaggio dal Mar Rosso al porto di Napoli, in modo che fosse esclusa la penetrazione di malattie infettive nel Regno»³⁹⁹.

La minaccia di contaminazione si fa però insostenibile se i portatori del pericolo sono i colonizzati e non i colonizzatori:

L'ispettorato di sanità civile, ufficio operai, [...] stabilisce che i 73 operai libici da rimpatriare vadano a Napoli,

³⁹⁷ *Ibidem*

³⁹⁸ ASDMAE, *Ministero dell'Africa Italiana vol. III*, b. 168, lettera 1° luglio 1936, cit.

³⁹⁹ ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, Tre relazioni stralciate dal Bilancio per l'A.O.I. del 1936-1937.

da dove, a cura di quel Comando di deposito delle Truppe Coloniali, dovrebbero essere avviate a Bengasi ed a Tripoli. In proposito si fa presente che si tratta di personale sospetto, giustificatamente, di essere portatore di malattie diffuse per cui è necessario che esso non tocchi il suolo della Madre Patria, dove, in attesa di ripartire, potrebbe essere fonte di contagio. Si ritiene necessario, per ragioni igieniche, che la nave che li porta tocchi prima Bengasi e Tripoli per sbarcarli⁴⁰⁰.

Particolari precauzioni saranno però adottate per il rientro del 75° reggimento di fanteria dell'esercito dalla Somalia, composto da truppe nazionali fortemente colpite dall'epidemia di amebiasi diffusasi, come si è visto, a Chisimaio nel 1936, e ancora in corso nel mese di agosto, quando il contingente sarà sbarcato nel porto di Siracusa⁴⁰¹.

La direzione di sanità militare della Sicilia individuerà nelle vicinanze di centro cittadino un luogo adatto per la costituzione di un campo contumaciale per le operazioni di bonifica e per l'impianto del laboratorio batteriologico ormai indispensabile, nella medicina della rivoluzione microbiologica, per le operazioni di diagnosi. Dal 19 agosto al primo settembre saranno sottoposti a disinfezione e ad esame tutti i 2.142 uomini del reggimento della Divisione Peloritana, alla ricerca dei malati «sospetti» e degli «immuni», e i casi diagnosticati - 468 - inviati alla Stazione sanitaria marittima della città, all'ospedale di Messina o di Palermo per la riabilitazione. Un numero di infermi che metteva in discussione le cifre dichiarate da Castellani per l'intera campagna e per tutti i contingenti (458 casi), e che costringerà gli autori della relazione a elaborare una spiegazione giustificativa:

questa cifra, veramente insospettata, era tale da sorprendere per la sua importanza, specialmente dopo che le statistiche ufficiali di tutta la zona di operazione portavano per la malattia in oggetto un numero di casi inferiore (Relazioni del prof. Ilvento e del Sen. Castellani). Questa apparente contraddizione viene subito spiegata dal fatto che le statistiche riportavano soltanto i casi di malattia denunciate, e non tutti gli individui parassitati, per stabilire i quali occorreva una ricerca sistematica quale noi, credo per la prima volta tra le truppe di occupazione, abbiamo eseguita a Siracusa⁴⁰².

Il rientro di soldati ed operai ammalati in Italia non pone però solo problemi di ordine sanitario. Il 29 aprile 1936 dal dipartimento marittimo di Napoli provengono alcune prime indicazioni volte a disciplinare il trasporto degli infermi e il loro sbarco in Italia. Si erano infatti verificati, nei mesi precedenti, alcuni «inconvenienti» nel servizio che, con

⁴⁰⁰ ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/34, f. 164 Campagna, organizzazione sanitaria, navi ospedale, foglio del 22 gennaio 1936 da Dall'Ora al Gabinetto del Governo dell'Eritrea. Oggetto: militari libici rimpatriandi. I libici saranno trasportati con la nave ospedale *Tevere*.

⁴⁰¹ Data la natura dell'infezione, della quale si presumevano affette le truppe del Reggimento rimpatriate, si imponevano allo studio tre ordini di provvedimenti: 1) misure per la profilassi delle altre truppe della località dove il Reggimento doveva sbarcare e svolgere le operazioni di congedamento; 2) misure di profilassi per la popolazione civile; 3) bonifica dei militari eventualmente infetti. In ordine alle prime misure di profilassi, la prima condizione da stabilire era l'isolamento del Reggimento in arrivo, in modo però che potesse nello stesso tempo godere di alloggiamenti comodi e bene attrezzati, nei quali fosse possibile attuare un regime di riposo, giustamente rispondente alle fatiche sopportate in Colonia e allo attuale stato sanitario». F. Barile, F. Pivetti, A. Castellana, *Profilassi contro l'importazione di malattie diffuse a mezzo di truppe reduci dalla guerra coloniale* (Campo contumaciale e di bonifica istituito a Siracusa per il rimpatrio del 75° reggimento fanteria), in «Giornale di medicina militare», f. 4, 1937, pp. 364-384.

⁴⁰² *Ivi*, p. 373.

«l'intensificarsi del traffico e con l'aggravarsi della nuova stagione»⁴⁰³, avrebbero inficiato la possibilità del suo sviluppo. A pochi giorni dalla proclamazione dell'impero è ormai necessario dare risposta adeguata e attenta a tutte «le esigenze sanitarie, amministrative, militari, fiscali e sociali» che «la complessa e delicata operazione» di ritorno a casa dei soldati e dei lavoratori malati porta con sé.

La prima regola impartita dai comandi militari riguarda la composizione dello spazio sociale della nave, in cui soldati ed operai non devono convivere in virtù del diverso *status* acquisito durante la guerra; se i primi non sono che degli invalidi, affaticati dalla guerra e colpiti da affezioni che non consentono il loro ritorno a una vita normale, i lavoratori infermi possono vantare l'acquisizione di un guadagno, ottenuto attraverso il lavoro in colonia, che ne cambia la posizione sociale e ne riformula l'identità⁴⁰⁴:

salvo rare eccezioni le navi ospedale non trasporteranno promiscuamente militari di truppa e operai ammalati. La ragione di questo provvedimento è di ordine sociale. I soldati che rientrano ammalati o anche feriti sono forniti di mezzi pecuniari piuttosto limitati o almeno molto più modesti di quelli di cui dispongono gli operai. Durante la non breve convivenza a bordo questi ultimi sono portati ad ostentare la loro fortunata posizione economica. Nella mentalità del soldato non può fare breccia la sensazione di una differenza così stridente proprio quando essi vedono l'immediato futuro complicato dalla loro minorazione fisica. È vero che il fatto è noto e lo si può constatare sia in A.O. che in patria ma la traversata offre maggiore opportunità di farla risaltare nelle conversazioni che si svolgono durante le lunghe giornate di viaggio e nel ristoro della convalescenza. Qualora per ragioni di disponibilità di posti nelle navi ospedale fosse conveniente trasportare anche operai ammalati saranno date disposizioni ai RR. Commissari affinché questi siano separati dai militari di truppa⁴⁰⁵

A tutela degli infermi ricoverati sulle navi, il cui morale va sostenuto per garantire continuità di adesione alla guerra fascista, soprattutto durante il rientro in patria, i piroscafi non dovranno ospitare - secondo le disposizioni del Comando territoriale - individui sani: la nave ospedale è uno spazio omogeneo, che necessita uniformità e sorveglianza dei comportamenti dei pazienti, che dovranno essere adeguati alle aspettative e alle finalità dell'istituzione. La stessa uniformità vigente in una clinica, non semplice luogo di accoglienza dei malati ma agente terapeutico e di trasformazione dei corpi:

Dovrà evitarsi che sulle navi ospedale prendano passaggio di rimpatrio militari sani. La nave ospedale ha una sua figura organica, disciplinare e morale speciale, informata soprattutto dalla presenza degli ammalati, che le danno quella intonazione. La presenza di elementi sani di corpo e per conseguenza dotati di spirito, esigenze, gusti diversi, non può giovare alla integrità della organizzazione stessa, e genera contrasti. È molto più da evitarsi il trasporto di operai sani rimpatrianti per l'ultimo contratto, ossia elementi che volontariamente andarono in A.O. da cui ritornarono soddisfatti di lauto lucro e in piena vigoria da giovare. Il loro contatto con elementi che provengono dal rischio della guerra, menomati o comunque non fortunati o delusi potrebbe nuocere allo

⁴⁰³ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 41, f. 2 Permanenza a Massaua, circolare n. 13253, 29 Aprile 1936 da MARIDIPART Napoli a Marina, allo Stato Maggiore della Marina (d'ora in poi MARISTAT), MARIPERS, MARISAN.

⁴⁰⁴ Per una riflessione su invalidità e costruzione dell'identità sociale al di fuori delle interpretazioni sociologiche rigidamente basate su categorie economico-sociali si veda E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre corte, Verona 2012.

⁴⁰⁵ USMM, *N2 Navi ospedale 1935-1943*, b. 41, f. 2 Permanenza a Massaua, circolare n. 13253, 29 Aprile 1936, cit.

spirito di questo, che invece merita di essere accuratamente sostenuto⁴⁰⁶.

Quelli che nei mesi di preparazione del conflitto erano declassati dalla stampa a individui portatori di tare, incapaci di sopportare un breve periodo di acclimatazione nel nuovo ambiente, a pochi giorni dall'arrivo delle truppe ad Addis Abeba, sono ormai "divenuti" invalidi di guerra⁴⁰⁷; una posizione quella di "malato" e di "rimpatriato", non disponibile per tutti i militari che hanno contratto affezioni in colonia ma solo per gli infermi riconosciuti tali dalle formule di controllo della medicina legale⁴⁰⁸.

Alle esigenze di salvaguardia degli "invalidi", che in un conflitto coloniale sono i malati "fisici" o "psichici" più che i feriti e i mutilati, in un'estensione e riformulazione del concetto di minorazione e menomazione dovuta ad eventi bellici, si sommano - nelle disposizioni emanate dalla marina - le necessità di celebrazione della guerra giunta alla sua fase conclusiva, e di rappresentazione dei reduci della campagna:

Sia i militari di truppa, sia gli operai all'atto di imbarcarsi sulle navi ospedale per rimpatrio devono essere forniti di indumenti sufficienti da indossare al momento dello sbarco a Napoli. Lo spettacolo di reduci dalla guerra o dal lavoro in A.O. in cattivo arnese, oltre che in cattive condizioni di salute, di fronte ad un pubblico numeroso e sensibile come quello di Napoli, comprendente probabilmente anche gli stranieri, potrebbe giustificare apprezzamenti relativi alla nostra organizzazione logistica o almeno al nostro buon gusto⁴⁰⁹.

Lo sbarco delle truppe a Napoli è uno spettacolo di massa, che restituisce ad una folla "impressionabile" l'immagine dello sforzo sostenuto dai corpi militari; un rituale di consolidamento del consenso alla guerra fascista che deve essere organizzato in tutti i dettagli, non solo sanitari. Con una circolare del 15 maggio 1936 il Comando del Dipartimento marittimo di Napoli emanerà nuove disposizioni per «normalizzare» le operazioni di sbarco e per renderle «più uniformi ed organiche e più rispondenti alle esigenze sanitarie, logistiche e sociali». Oltre a disciplinare le modalità di arrivo delle navi ospedale nel porto di Napoli, le procedure di smistamento dei malati e il loro ordine di sbarco (prima gli operai destinati agli ospedali civili, poi i soldati inviati alle strutture militari), la circolare darà disposizioni riguardo la «tenuta» degli infermi:

⁴⁰⁶ *Ibidem*

⁴⁰⁷ Sull'invalidità come tema di primo piano per la storiografia che analizza i conflitti bellici si veda: G. Mosse, *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Laterza, Roma 2008; J. M. Winter, *Il lutto e la memoria. La grande guerra nella storia culturale europea*, Il Mulino, Bologna 1998.

⁴⁰⁸ Come scrive il sociologo Roger W. Little: «Il soldato che diviene malato deve abbandonare il ruolo del "duty soldier", almeno temporaneamente, e assumere il ruolo di "sick soldier". Il nuovo ruolo non può essere assunto at will ma deve essere garantita da una persona socialmente riconosciuta come competente», R. W. Little, *The "Sick Soldier" and the Medical Ward Officer*, cit.

⁴⁰⁹ Su guerra e disabilità si veda: N. Labanca (a cura di), *Guerra e disabilità: mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano 2016; T. Bertilotti, B. Bracco, *Il corpo violato: sguardi e rappresentazioni nella Grande Guerra*, Franco Angeli, Milano 2011; B. Bracco, *La patria ferita: i corpi dei soldati italiani e la Grande Guerra*, Giunti, Firenze 2012; A. Colbacchini, «...pur nell'orgoglio e nella fierezza del dovere compiuto...» *Storia e rappresentazione del corpo mutilato nella Grande Guerra*, Tesi di Laurea Magistrale, Università degli Studi di Padova, a.a. 2009-2010, tutor Carlotta Sorba; A. Carden-Coyne, *The Politics of Wounds. Military Patients and Medical Power in the First World War*, Oxford University Press, Oxford 2014; H. R. Perry, *Recycling the Disabled: Army, Medicine, and Modernity in WWI Germany*, Manchester University Press, Manchester 2014; P. Verstraete, M. Salvante, J. Anderson, *Commemorating the disabled soldier, 1914-1940*, in «First World War Studies», 1 (2015).

Gli ammalati sia militari che operai dovranno sbarcare indossando capi di corredo regolamentari, sufficienti e decenti. A parte le provvidenze tendenti a questo scopo adottate dalle Autorità delegate all'imbarco del personale in A.O., i RR. Commissari cureranno che durante la traversata gli abiti che indossano gli ammalati all'atto dello sbarco siano revisionati lavati e rappezzati a bordo. Analogamente le scarpe. Nella impossibilità di soddisfare questa necessità per mancanza o pessimo stato dei capi di corredo indispensabili, RR. Commissari ne distribuiranno dei nuovi [...]. Gli operai dovranno fornirsi di capo di corredo decenti a loro spesa, alla partenza da Massaua. Gli ammalati salve eccezioni in caso di gravità dovranno negli ultimi giorni di traversata essere sottoposti alla cura del barbiere⁴¹⁰.

Anche per il trasporto dei malati gravi dovranno essere seguite precise modalità, per consentire la celebrazione dello sforzo logistico e del servizio sanitario della campagna:

Sbarco dei barellai: per lo sbarco degli ammalati gravi saranno adoperate esclusivamente le barelle delle autoambulanze le quali dovranno avere il telo pulito ed essere munite di cuscino con federa pulita. Il trasporto sarà effettuato dagli infermieri della R. Marina della nave. Essi dovranno portare tutti la stessa divisa anche se semplificata dalle esigenze del lavoro [...]. Dovrà evitarsi di appoggiare gli effetti e il bagaglio del paziente sul corpo per trasportarlo contemporaneamente [...]⁴¹¹.

Ancora nell'estate del 1936, Andruzzi, ispettore generale di sanità, richiamerà l'attenzione del Ministero delle Colonie sulle modalità in cui avvengono gli sbarchi, questa volta degli operai infermi, segnalando le parole allarmanti del direttore medico della *Cesarea*, durante la sua sesta missione in Africa Orientale:

[i lavoratori] spesso vengono inviati a bordo [delle navi ospedale] dalle rispettive ditte con indumenti personali in stato abbastanza pietoso, privi del loro limitato corredo e quello che più, senza essere soddisfatti dei loro averi fino al giorno del ricovero sulla nave. In quest'ultimo viaggio per 108 operai ho dovuto provvedere a tempo perché sbarcassero a Napoli in stato decoroso ed ho raccolto ben 61 loro reclami [...] diretti alle rispettive ditte debtrici⁴¹².

Un'ulteriore conferma di come la malattia, nelle sue diverse accezioni - tropicale, comune, invalidante, specifica, degenerante, climatica, ecc. - appartenga al terreno dell'organizzazione del consenso a favore della guerra voluta dal regime.

6.11 L'inversione di un paradigma "storico". Contare i malati e i feriti in guerra

Per la segnalazione dello stato sanitario delle truppe coloniali - si legge nella relazione edita dal Ministero della guerra nel 1939 sul servizio sanitario del conflitto italo-etiope - era in vigore un unico documento (mod. 17 delle *Norme per la statistica sanitaria militare*) mensile che, se era sufficiente per un numero limitato di militari e indigeni, in tempi ordinari, non poteva ritenersi più tale, per diversi motivi, per numerose truppe in movimento.

⁴¹⁰ USMM, Circolare del 15 maggio 1936, dal Comando in capo del Dipartimento marittimo del Basso Tirreno a MARISUPAO ai RR. Commissari.

⁴¹¹ *Ibidem*

⁴¹² ASDMAE, *MAI vol. II*, b. 181/35, f. 167, foglio senza data, da Andruzzi al capo di gabinetto del Ministero delle Colonie.

Le unità metropolitane partivano con i moduli dei documenti del tempo di guerra, dei quali però non potevano servirsi perché non vi era ancora lo stato di guerra. Non si mancò di segnalare l'opportunità che almeno per i metropolitani fossero compilati i documenti in uso nel territorio, e così fu fatto, ma non per tutto né sempre. Mancò per tanto l'uniformità dei documenti⁴¹³.

Nonostante la sovrapposizione di diversi modelli di raccolta dei dati relativi al servizio medico durante la campagna italo-etiopica, a tre anni dalla fine della guerra, come si è già visto, la direzione di sanità dell'esercito pubblicherà una lunga relazione statistica sulle «condizione delle forze armate nelle colonie negli anni 1935-36». I dati, lo dichiara il rapporto stesso, sono «incompiuti» e riguardano i soli contingenti dell'esercito e della milizia nazionale (escludendo marina, aeronautica e operai); dal loro esame risulta però possibile un'analisi dei tassi di morbilità, e non solo mortalità per malattie, che interessano le truppe metropolitane e indigene e di cui né la relazione di Castellani né l'articolo già citato di Giardina restituiscono un quadro complessivo.

Nei mesi di conflitto i militari italiani ricoverati per malattia saranno 85.631 e circa 26.000 i soldati indigeni; cifre che salgono rispettivamente a 158.338 e 56.155 se si considera l'intero biennio 1935-1936⁴¹⁴. Il contingente metropolitano è colpito principalmente, come si è visto, da affezioni tifiche e partifiche (881 casi in tutto di cui 811 si verificano tra italiani), dissenteria (1.804 affetti, di cui 233 militari indigeni), e malaria (9.974 colpiti), nonché dalle malattie veneree (7.074 i casi denunciati). L'influenza incide in modo simile tra i reparti indigeni e quelli nazionali (2.454 casi totali); febbre ricorrente, il morbillo, la varicella, la tubercolosi colpiscono invece principalmente le truppe indigene⁴¹⁵. Così anche la parotite epidemica (2.185 ascari colpiti su 246 militari italiani) nonché la meningite cerebro-spinale che darà luogo nei mesi di mobilitazione ad alcuni focolai epidemici nel fronte nord con alti tassi di mortalità e un un totale di 211 militari indigeni affetti (e 143 decessi) su 219 denunce totali. Le ragioni di tale diffusione della malattia tra le truppe indigene vanno ricercate secondo Guido Mirra, ufficiale medico dell'Ispettorato di sanità pubblica dell'Eritrea durante la guerra, nei caratteri assunti, nel corso della campagna d'Etiopia, dalla tradizionale chiamata alle armi dell'altopiano eritreo - lo Chitet⁴¹⁶:

Nel 1935 si ebbero focolai epidemico in Asmara, Adi Ugri, Adi Quala, Assab, Arresa, Agordat, Barentù Godofelassi, Saganeiti, Adigrat, Macallè Adua, Axum, Massaua, con un totale di 120 casi accertati, dei quali 92% in militari indigeni (con 26 decessi) l'8% in indigeni [civili]. Tra i militari nazionali ne furono denunciati

⁴¹³ USSME, L-3, b. 147, f. 3, Ministero della Guerra. Direzione generale della sanità militare, *Relazione medico statistica sulle condizioni sanitarie delle forze armate nelle colonie negli anni 1935-36*, cit., p. 18-20.

⁴¹⁴ Tali cifre sono calcolate su di una forza media giornaliera che, secondo i dati raccolti dalla direzione di sanità militare, raggiunge nel corso del biennio 1935-36 il numero massimo di 317.956 unità di contingente nazionale (di cui 13.848 ufficiali e 304.108 sotto-ufficiali e militari di truppa) e di 90.301 di truppa indigena. Ivi. p. 21. Sul numero totale di militari impiegati durante il conflitto c'è discrepanza nelle fonti, come ricorda Labanca in *Una guerra per l'impero*, cit.

⁴¹⁵ Morbillo: su 1.094 casi, solo 109 si verificano tra militari nazionali; varicella: 25 casi tra gli italiani e 1.714 tra le truppe indigene; febbre ricorrente: 599 affetti, di cui 477 tra gli ascari; tubercolosi: 808 casi, di cui 494 tra i militari indigeni. Ivi, pp. 29-30.

⁴¹⁶ Lo Chitet è una forma di reclutamento tradizionale dell'altopiano eritreo, che consiste in una chiamata alle armi generalizzata per tutti gli uomini validi. Per rispondere alle esigenze di formazione di un esercito di massa, le autorità italiane vi faranno ricorso durante la guerra italo-etiopica. Cfr. A. Volterra, *Sudditi coloniali. Ascari eritrei 1935-1941*, cit.

due casi, di cui uno soltanto sicuramente accertato [...]. I focolai epidemici del 1935 trovano una facile spiegazione nel “Chitet” che chiamò alle armi indigeni provenienti dalle più lontane località, anche oltre confine e che percorsero, come quelli provenienti dal Goggiam, 700-800 chilometri a piedi, e arrivati furono ammassati in campi di concentramento. Lo stesso dicasi per gli operai jemeniti e sudanesi impiegati nei lavori stradali. Le cause di quell’epidemia furono: a) la presenza di portatori di meningococco provenienti dalle zone oltreconfine [...]; b) la minorata resistenza organica; c) affollamento in speciali condizioni di ambiente nei centri di reclutamento, cantieri operai⁴¹⁷.

Nonostante i numerosi episodi epidemici che interessano il corpo di spedizione tra 1935-1936, gli indici di morbosità, per le truppe metropolitane e non per quelle indigene, si manterranno durante la campagna entro tassi meno elevati di quelli dell’esercito in tempi di pace in madrepatria⁴¹⁸; questo per l’estensiva applicazione di misure di profilassi in nome di un interventismo che capovolge i rapporti di normalità: la guerra “supera” la pace in virtù di un dirigismo medico sconosciuto finalizzato alla tutela del corpo di spedizione dalle minacce dell’ambiente coloniale.

I dati della relazione confermeranno inoltre la distribuzione dei decessi per malattia e per ferite indicata da Castellani per le morti registrate durante la campagna: 1.307 caduti per ferite e 790 per malattia tra ottobre 1935 e maggio 1936⁴¹⁹; un rovesciamento storico che sovverte una formula consolidata - quella delle malattie flagello degli eserciti - come scriverà Léon Daudet, commentando la relazione di fine guerra di Castellani, già a fine 1936 tradotta in francese e pubblicata sulla rivista belga «Bruxelles Médicale»: «si trova in questo rapporto, che è bene leggere interamente, la giustificazione del detto: politica innanzi tutto»⁴²⁰.

In una guerra che, sul piano sanitario, ha ribaltato il paradigma delle spedizioni coloniali “premoderne”, ovvero l’alta mortalità per malattia che supera quella per le ferite di guerra, la malattia continua però, come si è visto, a costituire un asse centrale delle formulazioni della medicina militare e tropicale; corpi debilitati, contaminati, “assicurati”, protetti da intensificate norme igieniche e omogeneizzati dalla vaccinazione: la salute dell’organismo europeo, intesa come assenza di affezioni più che di lesioni, attrarrà l’attenzione dei sanitari impiegati durante la campagna, a scapito della cura dei corpi esotici, “mostruosi” e contaminanti degli indigeni.

Ma a distanza di pochi anni, allo scoppio della seconda guerra mondiale, la medicina militare tornerà a preoccuparsi principalmente di feriti e di organismi straziati dalle armi tecnologiche: «il flagello mortale è invariato - scrive Edoardo Lampis nel 1940 a proposito della

⁴¹⁷ G. Mirra (maggiore medico della Marina, Ispettorato della sanità pubblica dell’Eritrea, Sezione epidemiologia, statistica, studi, lotta antimalarica), *Relazione sulla meningite c.s. in Eritrea*, in «Annali di medicina navale e coloniale», f. 7-8, 1937, pp. 331-335.

⁴¹⁸ A. Castellani, *L’organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d’Etiopia*, cit.; ASDMAE, *Ministero Africa Italiana vol. II*, 181/34, f. 165 Campagna, note e considerazioni sanitarie, G. Giardina, *Note e considerazioni sanitarie sulla guerra per la fondazione dell’Impero dedotte dalle comunicazioni pervenute all’Ufficio Centrale*, cit.

⁴¹⁹ Le cifre sono il risultato di calcoli in base ai dati mensili segnalati dalla relazione della Direzione di sanità militare: USSME, L-3, b. 147, f. 3, *Relazione medico statistica sulle condizioni sanitarie delle forze armate nelle colonie negli anni 1935-36*, cit., p. 62, tabella 21.

⁴²⁰ *La mirabile organizzazione medica in A.O. esaltata da Léon Daudet*, in «Corriere della sera», 30 dicembre 1936. È in nome dunque della filosofia della storia che i termini del rapporto si presentano invertiti.

conflagrazione bellica in corso -, anzi più grave: epidemia non di morbi ma di feriti». Il flagello di tutti i conflitti «ha mutato [...] l'attributo»⁴²¹.

6.12 Patologia etiopica

Alla fine del conflitto italo-etiopico, Castellani, intervistato da «L'azione coloniale», si sofferma sulla nuova organizzazione medica dei possedimenti italiani: stabilizzazione del dominio e “normalizzazione” dell'azione sanitaria saranno, d'ora in poi, processi congiunti, dichiara il tropicalista:

“Oggi bisogna convertire questi sistemi [utilizzati per i primi servizi di cura] in un organismo permanente” [...]. Egli si sofferma con compiacimento - scrive il cronista - a parlarci di quello che chiama “il disegno sanitario imperiale”. [...] Per il vivissimo interessamento del Ministro Lessona, è ormai di imminente realizzazione il corpo dei medici coloniali, e finalmente si provvederà a costruirne un organico. Finora i medici coloniali sono sanitari assunti a contratto dal Ministero delle Colonie, integrati dal personale della Croce Rossa e dei servizi di sanità dell'Esercito, della Marina e dell'Aviazione. Bisogna invece, date le maggiori proporzioni assunte dal fenomeno e dai bisogni della conquista dell'Impero, garantire ai giovani volenterosi e valorosi una giusta carriera [...]. Saranno i campioni della scienza e dell'umanità italiane⁴²².

Il nuovo assetto imperiale dell'Italia ha come primo corollario la costituzione (imminente) di un corpo di medici coloniali, a garanzia di un'azione di cura organica, concertata e “rigorosamente scientifica” sui territori da amministrare: la frammentazione degli interventi sanitari mal si adatta alle ambizioni del fascismo impero. In questo quadro organizzativo pratica terapeutica e studio medico andranno di pari passo, sottolinea Castellani:

“Non abbiamo perduto tempo. Abbiamo già cominciato a lavorare attorno a un'opera colossale e necessaria per impostare l'attrezzatura sanitaria in Africa Orientale: la carta sanitaria dell'Impero. Sarà una minuziosa carta geografica, che illustrerà tutte le zone sotto la nostra sovranità, caratterizzandole a seconda delle malattie che in esse ricorrono più specificamente e frequentemente. Ragioni di altitudine e di latitudine, di igroscopia, di coninanze, di densità demografica, di fisiologia e di psicologia razziale sono le cause del sorgere e del diffondersi delle malattie; presenza di parassiti; mancanza di prevenzioni o di cure. Sarà un lavoro statistico rigorosamente scientifico nei suoi inizi, ma suscettibile di immediate conseguenze pratiche [...]. Di questa carta si serviranno i medici, come anche gli ingegneri: la nostra meravigliosa esperienza nella Madrepatria, che ci ha innalzato al rango del popolo bonificatore per eccellenza, e che ci avrebbero dato [...] da sola il diritto a colonizzare e a reclamare il posto al sole per gli italiani, [...] ci ha insegnato quanto l'opera dell'ingegnere, dell'esperto sociale, dell'agricoltore affianchino e convalidino quella del medico⁴²³.

Parte integrante del «disegno sanitario imperiale» evocato da Castellani è dunque la mappatura sistematica e integrale dei territori soggetti all'Italia, l'acquisizione cioè di una conoscenza completa, sintetizzabile visivamente in una carta geografica, delle cause

⁴²¹ E. Lampis, *Lezioni sul servizio sanitario militare in guerra*, cit., p. 19.

⁴²² *Mentre continua la marcia delle truppe conquistatrici in Africa Orientale la scienza e la disciplina italiane seguitano a vincere in un'azione sublime di profilassi e di bonifica umana. Dichiarazioni del Sen. Aldo Castellani all'Azione Coloniale*, in «L'azione coloniale», n. 87, 17 dicembre 1936

⁴²³ *Ibidem*

ambientali, animali ed umane (organiche e psicologiche) che favoriscono il diffondersi delle malattie nell'oltremare italiano. Un'operazione, quella prefigurata dal tropicalista, che eleva la medicina a strumento primario dell'azione di governo (la mappatura delle affezioni farà da guida per i medici come per gli ingegneri coloniali). A sostegno dell'amministrazione dell'impero vi è dunque una medicina pratica, una scienza applicata e funzionale alle esigenze della dominazione.

Dal 1935, fino alla chiusura del decennio, gli studi medici si dedicheranno, con minore sistematicità di quanto si augurava il tropicalista (nessuna mappa sanitaria dell'impero verrà mai redatta), all'elaborazione di nosografie regionali del "nuovo" oltremare italiano e all'aggiornamento dei rilievi epidemiologici dei possedimenti eritrei e somali, ora inseriti nella cornice nosografia dell'Africa Orientale⁴²⁴. La Libia riceverà nel complesso un'attenzione minore, continuando però a costituire un polo di interesse per gli studi pubblicati dall'«Archivio italiano di scienze mediche coloniali» e dal «Giornale di medicina militare».

Attorno al nuovo campo di studi della "patologia etiopica" si andrà dunque consolidando la disciplina medica italiana rivolta ai "tropici". Una patologia ben poco conosciuta, ma meno sconosciuta di quanto accadeva per gli altri possedimenti italiani al momento della loro conquista.

L'Etiopia nosografica era stata infatti oggetto, già a inizio novecento, di osservazioni da parte di medici presenti sul territorio abissino in missione politica e come sanitari addetti a strutture commerciali: il volume di Domenico Brielli, Vittorio Calò e Amleto Bevilacqua (*Note di patologia etiopica* 1913), le opere di Carlo Annaratone (*In Abissinia* 1911) e Lincoln De Castro (*Nella terra del Negus* 1914), sanitario della Legazione italiana ad Addis Abeba da inizio secolo, ne sono una testimonianza⁴²⁵. Pubblicazioni, queste ultime, che saranno oggetto di riedizione in clima di impero - appositamente rimaneggiate e sfolte per consentire una più larga diffusione⁴²⁶. Ma anche in anni successivi, fino al primo dopoguerra, gli aspetti medico-

⁴²⁴ Questi i contributi comparsi, divisi per anno, sull'«Archivio italiano di scienze mediche coloniali»: 1936: S. Fadda, *Primi dati sull'organizzazione sanitaria delle regioni occupate nel nord dell'Abissinia*; S. Fadda, *La malaria nelle colonie italiane dell'Africa Orientale*; 1937: G. Mennona, *Prime osservazioni nosografiche sulla zona Ogaden Harrariè*; G. D. Domizio, *Nagana nella valle del Didessa in Abissinia*; I. Poggi, *Il bottone d'Oriente Ghesoà nell'Aganè (Tigrai Occidentale)*; G. D. Castelli, A. Braschi, *Parassitologia delle più comuni enterocoliti osservate durante la campagna Italo-Etiopica tra le truppe nazionali del fronte Nord*; V. Scaffidi, *Ricerche sperimentali preliminari sulla febbre ricorrente sull'altopiano Etiopico*; 1938: I. Poggi, G. Monti, *Nosografia del Commissariato regionale del Tigrai Orientale*; C. Roetti, *La tripanosomiasi animale nel Galla e Sidama*; 1940: I. Jacono, G. Mira, G. Bucco, *Primi reperti di Oncocercosi in A. O. I.*; A. Brissolese, *Note sul comportamento della pressione del sangue sull'altopiano etiopico presso gli europei e la sua influenza sugli sviluppi della colonizzazione*; I. Jacono, *Organizzazione Sanitaria in AOI*; G. D. Castelli, *Contributo alla malariologia Etiopica*. Dal 1940, la rivista, dopo aver passato in rassegna il "volto" della patologia etiopica, si riconvertirà allo studio di casi clinici e forme nosografiche poco conosciute. Si aggiungono agli articoli sopra citati, i contributi editi dal «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale» (d'ora in poi GIMET): 1936: V. Chiodi, *Brevi cenni nosografici dell'Etiopia*; 1939: A. Crimi, *Febbri ricorrenti tipiche ed atipiche dell'Africa Italiana*; P. Orlandidi, *Tre casi di nodosità juxta aticolari in uno stesso villaggio sul bassopiano occidentale di Gambala in AOI*.

⁴²⁵ A. Bevilacqua, D. Brielli, V. Calò, *Note di patologia etiopica*, cit.; L. De Castro, *Nella terra dei Negus: pagine raccolte in Abissinia*, Treves, Milano 1914;

⁴²⁶ Da corposi studi di "etnografia improvvisata", i due volumi si trasformeranno "agili" manuali da consultare: L. De Castro, *Etiopia: terra, uomini e cose*, Treves, Milano 1936; C. Annaratone, *Bianchi e Negri in terra etiopica*, S. Tomaselli, Catania 1935.

epidemiologici del territorio etiopico saranno materia di indagine, questa volta più sistematica, da parte dei sanitari a servizio dell'Istituto sierovaccinogeno di Asmara. In più di un caso le operazioni di vaccinazioni attuate per il contrasto delle malattie del bestiame, ma anche del vaiolo umano, sconfineranno in territorio etiopico⁴²⁷, in una progressiva estensione, come si è visto interrotta dopo il primo conflitto mondiale, del campo di azione geografico dell'istituto sieroterapico. La stessa difesa dei confini delle colonie del Corno d'Africa imponeva ai medici un'azione di sorveglianza sulle condizioni sanitarie del territorio abissino, anche al di fuori degli interventi di immunizzazione. Nel 1918 il direttore della struttura, il colonnello medico Fausto Costa, è a esempio inviato nella regione del Tigray per studiare i metodi di contrasto di un'epidemia dalla nosografia incerta, che il sanitario individuerà in una forma di febbre ricorrente⁴²⁸.

Gli interessi italiani nel Corno d'Africa e le necessità di protezione (politica e sanitaria) dei possedimenti dalla minaccia dell'impero etiopico continueranno a mantenere viva, ma certamente non elevata o né costante, l'attenzione dei medici per il territorio abissino. Negli anni venti, la stampa specializzata e i convegni promossi dalla Società di medicina e igiene coloniale pubblicheranno alcuni rilievi di geografia medica etiopica. Si tratta di appunti frammentari - che rivendicano però lo statuto di studi globali - concentrati nella maggior parte dei casi sulla capitale⁴²⁹ o su regioni limitate dell'impero etiopico⁴³⁰.

Conoscenze dunque incomplete che però forniranno da base, a metà degli anni trenta, per i clinici interessati a delineare, a servizio della patria in guerra, i tratti della fisionomia sanitaria del nuovo (o vecchio) oggetto delle mire italiane. Non saranno pochi a prestarsi a questa missione "divulgativa": la patologia etiopica sarà parte integrante delle conferenze di igiene coloniale che verranno organizzate dai circoli espansionistici e dagli istituti scientifici, divenendo materia di intrattenimento per la borghesia italiana alle porte del conflitto. Il periodico che si farà però carico dell'opera di diffusione delle nozioni di "patologia etiopica" è però senza dubbio, come si è visto, il giornale diretto da Castronuovo. Lo studio dei dati nosografici della regione è, d'altra parte, tanto più necessario per i *pericoli* che nasconde il territorio etiopico: la conquista dell'Abissinia porterà l'Italia - lo si sottintende nelle fonti mediche - a confrontarsi con la "vere" patologia "esotica", con cui la penisola, nonostante i proclami dei medici italiani, non aveva alcuna familiarità.

Mentre nei vicini territori del Kenia, Uganda, Africa Centrale, Congo, Sudan sono le tripanosomiasi umane ancora frequenti e del pari le leishmaniosi, nonché le filariosi con le relative alterazioni oculari sierose ed elefantache, fortunatamente in Abissinia, come in Eritrea e Somalia, non sono segnalati attecchimenti diretti o

⁴²⁷ Oltre ai documenti citati nel capitolo IV della tesi si segnala anche: ASDMAE, *MAI vol. III*, b. 106, sf. 51, Relazione sulla vaccinazione in Etiopia, settembre 1904, da De Castro al Ministero degli affari esteri.

⁴²⁸ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 856 bis, f. 115, *Relazione su una epidemia di febbre ricorrente africana da Spirochetæ Duttoni constatata nel Tigré Settentrionale (Adua)*, compilata il 23 settembre 1918 dal direttore dell'Istituto Fausto Costa.

⁴²⁹ E. Borra, *Relazione sanitaria annuale (maggio 1918-aprile 1929) dell'ambulatorio italiano di Addis Abeba*, 4 (1930). Edoardo Borra è medico della legazione italiana nella capitale abissina. Sull'ambulatorio medico italiano ad Addis Abeba si veda: ASDMAE *MAI vol. III*, b. 106, f. 13, sf. 45, *Il primo ambulatorio italiano in Addis Abeba*, 10 agosto 1922.

⁴³⁰ V. C. Basile, *Rilievi di nosografia in territorio abissino*, in *Atti del secondo Congresso di studi coloniali. VI sezione: patologia e igiene. V Congresso di medicina e igiene coloniale*, cit., pp. 100-106.

focolai endemici di malattia del sonno, mentre vi abbondano le tripanosomiasi animali. Certo ciò dipende dalla condizione climatica abissina che è in prevalenza montuosa e dalla sua impervietà: ma l'assoluta mancanza delle speciali glossine vettrici per l'uomo della letargia africana [...] non può affermarsi, dati gli scarsi studi al riguardo⁴³¹.

Per il vasto territorio, e la sua prossimità con regioni colpite endemicamente da affezioni come malattia del sonno ed elefantiasi, l'Etiopia rappresenta dunque la minaccia di incontro della vera "alterità" nosografica, al centro delle elaborazioni della medicina tropicale europea fin dalla sua costituzione come campo di studio.

Sulla effettiva diffusione di queste malattie in territorio etiopico - filariosi elefantiaica e *sleeping sickness* - non torneranno però gli studi successivi ben più interessati a *svolgere e approfondire*, per il territorio coloniale, i temi della propaganda fascista, incentrata in patria, com'è noto, sulle operazioni di bonifica antimalarica e sulla lotta contro la tubercolosi. Il numero di articoli e contributi su malaria e tisi⁴³² nei possedimenti libici e del Corno d'Africa aumenterà come effetto della riarticolazione del linguaggio medico, in Italia come in colonia, attorno alle campagne lanciate in Italia dal fascismo per la tutela della salute nazionale; un processo già in atto nel decennio precedente, ma che con la conquista dell'Etiopia giungerà al suo culmine⁴³³. Parte integrante di questa saldatura "discorsiva" tra spazio coloniale e

⁴³¹ G. Castronuovo, *Malattie dominanti in Abissinia e loro prevenzione. Conferenza tenuta alla Società di Cultura della Scuola Ospedaliera 18 giugno 1935 nell'Ospedale degli incurabili di Napoli*, in «GIMET», 6 (1935), p. 146.

⁴³² Questi gli articoli sulla tubercolosi nei territori d'oltremare pubblicati sull'«Archivio italiano di scienze mediche coloniali», dall'anno della fondazione del periodico (altri contributi comparsi sul giornale prendono in considerazione casi di tisi in Italia): 1928: R. Onorato, *L'ereditarietà della tubercolosi*; 1935: Fraticelli, *La tubercolosi degli indigeni nello studio radiologico*; 1936: M. Teramo, *Considerazioni e rilievi sullo stato attuale dell'ambiente sociale e degli indigeni in Cirenaica in rapporto alla lotta antitubercolare*, cit.; M. Teramo, *Principali cenni sul funzionamento del dispensario antitubercolare di Bengasi*; 1937: P. Lenti, G. Serra, *L'indice di tubercolinizzazione di alcune popolazioni nere del V parallelo*; P. Lenti, *Il problema della tubercolosi negli indigeni africani. La tubercolosi dei reni*; 1938: P. Scaduto, *La velocità di sedimentazione dei globuli rossi nella tubercolosi degli indigeni libici*; 1942: De Lotto, *La tubercolosi fra gli indigeni di Addis Abeba*. A questi contributi si sommano: F. Frassetto, *Il problema della tubercolosi nelle razze di colore. Note antropologiche e costituzionalistiche di gruppi di Ascari polmonari, tubercolotici e sani*, in «Giornale di medicina militare» (1934); R. Impallomeni, *La tubercolosi polmonare negli ascari eritrei della Cirenaica all'indagine radiologica*, «Giornale di medicina militare» (1935).

⁴³³ La malaria costituirà realtà, un settore centrale della scienza medica rivolta ai "tropici" italiani negli anni dell'impero anche in connessione con l'opera dell'Istituto di malariologia Ettore Marchiafava (trasformazione della Scuola superiore di malariologia fondata nel 1927), impegnato dal 1936, in un'opera degli "rifondazione" degli studi preesistenti sulla diffusione della malaria in colonia. Si tratta di studi ben diversi da quelli sopra citati. Iniziata nel novembre 1936 con l'invio in missione in AOI dei medici Giulio Lega, Giulio Raffaele, Antonio Canalis si tradurrà, nel 1939, con la fondazione delle stazioni antimalariche di Dire Dawa, Agordat, Genale che però saranno chiuse, ad eccezione della struttura di Agordat, nel 1941. ACS, ACS, Archivi di enti pubblici e società, Istituto di malariologia E. Marchiafava, E. Ciccozzi, *Istituto di malariologia E. Marchiafava (1927-1971)*, pp. 615-616. Si veda anche *Gli studi sulla diffusione della malaria in Africa Orientale Missione dell'Istituto di malariologia nell'Africa orientale italiana, Relazione dei dottori prof. G. Lega, prof. G. Raffaele e A. Canalis*, Tipografica Sabbadini, Roma 1937 (estratto da «Rivista di malariologia», XVII, 5 (1937)). La tubercolosi sarà invece un settore privilegiato di intervento del fascismo in Libia, dopo l'estensione, nel 1937, dell'assicurazione contro la tubercolosi ai coloni italiani stabilita con il decreto n. 1232 del 12 aprile 1937; norma seguita dalla costruzione promossa dell'INFPS nel 1938, del Sanatorio per tubercolotici a Tripoli. Cfr. G. Bucco, A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, cit.

madrepatria sarà la progressiva estensione del vocabolario della “bonifica”⁴³⁴ a tutte le forme di intervento a contrasto delle patologie infettive, in sostituzione della nozione, ben più tecnica, ma poco evocativa, di “disinfezione”, tipica della medicina batteriologica. Anche la lotta contro il dermatifo, nuovo polo della ricerca vaccino-terapica europea tra le due guerre - una lotta che nell’oltremare italiano beneficia di un apposito centro costituito ad Addis Abeba nel 1938⁴³⁵ -, si sostanzierà di vaccino, «stazioni di bonifica» e «servizi mobili di bonifica e profilassi»⁴³⁶.

A conferma della stretta saldatura tra linguaggi politici e linguaggi medici, assieme a malaria e tubercolosi troverà largo spazio, nelle riviste mediche più compromesse con gli imperativi della propaganda, l’esame della lebbra, il terzo (o quarto considerando le affezioni veneree) male sociale dell’impero: della sua “elevata” frequenza in Etiopia si occuperanno numerosi contributi: «le notizie che si hanno sulla presenza della lebbra nell’agglomerato etiopico - scrive Siro Fadda - sono molto generiche e concordano soltanto su un punto: la sua grande diffusione»⁴³⁷. In Abissinia, si legge, la lebbra «fa più danni [...] che da noi la tubercolosi»⁴³⁸. Un’equivalenza che è indice della sovrapposizione di piani temporali di cui si sostanzia la propaganda a favore dell’impero. Il regime attuerà in questo senso, con la centralità accordata al tema della profilassi anti-lebbrosa⁴³⁹, un vero processo di valorizzazione “in negativo” del male “atavico”, funzionale alla legittimazione delle pretese di dominio⁴⁴⁰.

⁴³⁴ Una espressione - “quella di bonifica umana” - adottata dalla malariologia di fine ottocento (è Koch ad avviare il primo progetto di “bonifica umana”), che giungerà, attraverso la campagna antimalarica intrapresa dal regime, a designare ogni progetto di rinnovamento del corpo nazionale promosso dal fascismo.

⁴³⁵ Si legge nella relazione, senza data, ma successiva alla perdita delle colonie, del medico Camillo d’Ignazio: «Nel lontano 1938, in seguito alle reali necessità imposte dal problema del Dermatifo e di altre Rickettsiosi, per diretto interessamento del governatore generale, su proposta degli uffici centrali di Sanità e per decreto, veniva creato in Addis Abeba il laboratorio per lo studio e la profilassi delle Rickettsiosi (D. N. 1426 del 12/12/1938). A Mariani, che aveva dimostrato una specifica preparazione in tale branca, fu affidato l’incarico di dirigere tale laboratorio nel quale vennero come primi graditi ospiti, lo stesso Weigl e la Herzig, per impostare in modo giusto specialmente la parte relativa alla fabbricazione dei vaccini. E con Mariani, di ritorno dalla Polonia, vennero anche le prime dosi di vaccino Weigl che servirono a vaccinare una buona parte della popolazione italiana che allora risiedeva in Addis Abeba». ASDMAE, *Ministero dell’Africa Italiana vol. V, Materiale recuperato al Nord*, b. 9, f. 109, *L’opera dei medici Italiani nella lotta contro il Dermatifo in Etiopia 1936-1946, Relazione di Camillo d’Ignazio, Erminio Codeleoncini*. Il metodo del biologo polacco Weigl è, nella seconda metà degli anni trenta, utilizzato dalla Germania, in competizione con la formula di Herald Cox elaborata negli Stati Uniti. Durante l’occupazione della Polonia, i tedeschi, per fare fronte alle epidemie di tifo che colpivano le truppe, faranno della Cracovia occupata un centro di produzione industriale del vaccino Weigl a servizio delle esigenze della guerra. Cfr. P. Weindling, *La «victoire par les vaccins»: les vaccins contre le typhus pendant la Seconde Guerre mondiale*, A.M. Moulin, *L’Aventure de la vaccination*, cit.

⁴³⁶ G. Bucco, A. Natoli, *L’organizzazione sanitaria nell’Africa italiana*, cit., p. 36.

⁴³⁷ S. Fadda, *La lebbra nelle nostre colonie e nell’Etiopia*, in «Giornale di medicina militare», (1935), p. 209. Si segnalano anche, tra i molti contributi dedicati alla lebbra: A. Andruzzi, *Problemi igienici dell’Impero Coloniale (Profilassi della lebbra)*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», in «GIMET», 1 (1936); B. Besta, *Il valore pratico della reazione di rubino per la lebbra, studiato in Somalia*, 1 (1936); C. Medulla, *L’odierna nosografia della lebbra in Cirenaica*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», (1937); *Bonifica umana in Somalia*, in «L’azione coloniale», 4/02/1937; G. De Cesare, *La questione della contagiosità della lebbra*, «GIMET» 1 (1937).

⁴³⁸ V. Chiodi, *Brevi cenni nosografici dell’Etiopia*, in «GIMET», 8 (1936).

⁴³⁹ F. Valori, *Il grande lebbrosario dell’ordine di Malta in A. O. I.*, in «Annali dell’Africa Italiana», 3-4 (1938)

⁴⁴⁰ «Ci troveremo probabilmente nei territori di occupazione dell’Etiopia davanti ad una situazione che, da più lati, presenta forti analogie con le condizioni che presentava l’Europa nel secolo XII, quando la lebbra teneva posto ben più grave e importante di adesso». S. Fadda, *La lebbra nelle nostre colonie e nell’Etiopia*, cit., p. 212.

L'attenzione però riservata alla lebbra come piaga sociale dell'impero è in realtà parte integrante di un più ampio processo di ridefinizione - in atto negli studi di "propaganda scientifica" - della "patologia indigena". Una patologia *anomala* sempre prossima a scivolare nella mostruosità, o nel "meraviglioso".

Alcune malattie vengono lasciate evolvere nel loro decorso fatale senza che l'indigeno vi possa portare alcun soccorso; è davvero impressionante e incredibile lo stato a cui possono giungere certi affetti ad esempio da tumori (fig. 8) affezioni tubercolari, delle glandole, delle ossee (fig. 9), piaghe profonde ed estese, ecc. Casi tutti in cui fa meraviglia vedere l'individuo prolungare ancora la propria esistenza⁴⁴¹.

Tale "mostruosità" - che era l'esito, nella medicina tropicale di età liberale, di un'ignoranza "connaturata" delle norme di igiene da parte delle popolazioni locali - è però ora frutto di una *perversione* della natura, di un sovvertimento delle gerarchie naturali del corpo. La malattia dell'indigeno - diffusa, stratificata, deformante - è una mostruosità che non deriva più dalle "tecniche" (sbagliate) di uso del corpo ma dalla natura (storicizzata).

Un organismo - quello degli indigeni - che però la medicina coloniale italiana, conoscerà ben poco anche negli anni dell'impero, nonostante gli ampliati mezzi di cura di cui dispone il fascismo per "bonificare" l'oltremare (tra cui l'ampio numero di medici arruolati a servizio dell'impero)⁴⁴². Dell'orientamento sanitario tutta a favore dei coloni più che dei colonizzati saranno testimoni fonti del Foreign office britannico:

As regard the question of the efficiency of our health service I have spoken to Dr. Pridie, the medical expert of the British Middle East Office in Cairo, who is in London this week. He himself inspected the health services in Cyrenaica and Tripolitania in the autumn of 1946 and in Eritrea in the spring of 1947. I attached a copy of his reports (J 5231 of 1946 and J 1527 of 1947) together with a minute dated 26th February 1948).

The principal facts which emerge are as follows:

a) the Italian concentrated on curative services and neglected preventive services. They largely neglected medical services for native inhabitants; b) matters have greatly improved under the British administration and for the first time the native inhabitants have a proper care; c) in Tripolitania and Eritrea the curative service are far larger in the number of doctors compared with the population than in any British colony; d) in all three territories the British Administration has made progress in preventive service. They have cleaned up Massawa and eradicated yellow fever mosquitos, an effort which Dr. Pridie considers has never be equalled in Africa. Extensive anti-malaria work has been carried out in the lowlands of Eritrea. Expert have been sent from Cyprus and Egypt⁴⁴³.

In anni in cui è la presa in carico dei "sudditi" la preoccupazione principale dei servizi sanitari delle potenze coloniali, in particolare dove la presenza occidentale è più di lunga durata⁴⁴⁴, il

⁴⁴¹ I. Poggi, G. Monti, *Nosografia del Commissariato regionale del Tigray orientale*, 2 (1938), p. 80.

⁴⁴² Il corpo sanitario dell'Africa Italiana sarà istituito con il regio decreto legge 14 dicembre 1936, trasformato in legge nel 10 giugno 1937 (n. 1241). I concorsi per la selezione del personale non verranno però banditi prima del 1939, con il risultato che l'attesa costituzione del corpo dei medici coloniali avverrà a ridosso della perdita delle colonie. La portata del provvedimento è chiaramente poi limitata se, come si legge nel volume curato da Bucco e da Natoli, «dei circa 600 medici che al 1940 espletava il servizio sanitario nell'AOI i quattro quinti erano [ancora] a contratto». G. Bucco, A. Natoli, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, cit., p. 16.

⁴⁴³ TNA, FO 371, f. 1669, foglio 700/1699/66, *Health Services under the British Administration in the former Italian Colonies*.

⁴⁴⁴ Cfr. J. Tremsal, *Un siècle de médecine coloniale française en Algérie 1830-1929*, Imprimerie J. Aloccio, Tunis 1929. Ringrazio Gabriele Montalbano per avermi segnalato questa fonte.

regime orienterà invece la sua azione medica, nonostante i rinnovati mezzi, e l'ipertrofia degli apparati, alla difesa del corpo nazionale; una difesa dalle contaminazioni che provengono dall'organismo "innaturale" dei sudditi.

Parte III

Morbilità, fisiologia, immunità

Capitolo VII *Acclimatazione*

7.1 La vulnerabilità dell'uomo bianco: il problema dell'acclimatazione

Guardando all'insieme dei testi di medicina coloniale editi in Italia, ci si potrebbe interrogare su quali malattie ricorrono con più frequenza nelle pagine dei manuali e delle riviste specializzate di età liberale e di epoca fascista. Quali siano le affezioni più studiate e, di conseguenza, percepite come una minaccia all'espansione dell'europeo nei tropici.

Per tutta la prima metà dell'ottocento il tasso di mortalità per malattie dei bianchi nei territori africani resta decisamente alto: i francesi morivano, in Algeria, colpiti principalmente da febbri malariche, più del doppio di quanto accadeva ai loro connazionali in patria¹. Tifo, dissenteria, beriberi, si abbatterono sulle spedizioni inviate oltremare, come testimonia l'esito della missione inglese lungo il fiume Niger (1841-1842), conclusasi con la quasi totalità degli partecipanti affetti da malaria e un tasso di mortalità del 350 per mille².

Il quadro inizia a mutare a metà secolo circa, grazie all'adozione di misure igieniche che intervengono sulle condizioni sanitarie dei territori d'oltremare e ne migliorano lo stato, anche se i risultati si vedranno più chiaramente nei decenni successivi, ampliati dalle innovazioni introdotte dalla medicina batteriologica. Le successive campagne militari registrano infatti un abbassamento dei livelli di mortalità per malattia, fino al successo, non più ripetuto - se non durante la guerra italo-etioptica del 1935-36 -, della spedizione britannica in terra Ashanti (1873-74), in cui le morti per malattia dei soldati inglesi saranno limitate al solo 17 per mille³.

Visioni pessimistiche sulle possibilità di adattamento del bianco ai climi delle zone torride sono però largamente diffuse, nella seconda metà dell'ottocento, all'interno della comunità medica e tra gli attori della conquista⁴. «L'acclimatazione non è altro che una lunga meditazione sulla morte», dirà Franciade Duvivier, generale dell'esercito francese in Algeria, generando un *topos* concettuale che avrà larga fortuna anche nel secolo successivo⁵. Anche

¹A. M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques. Cent ans d'histoire de la santé*, in «Bulletin de la Société de pathologie exotique», 4 (1997), pp. 221-228.

²F. Curtin, *Disease and Imperialism*, cit., pp. 100-101.

³Già la spedizione britannica in Etiopia del 1868 contava solo 107 decessi tra gli inglesi (il 34 per mille per affezioni). Ivi, pp. 103-105.

⁴M. A. Osborne, *Acclimatizing the World: A History of the Paradigmatic Colonial Science*, in «Osiris», XV, (2000), pp. 135-51.

⁵F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 717. Scrive Mantegazza in un paragrafo del suo manuale

James Lind, pioniere nella medicina rivolta ai tropici⁶, è ripreso dai testi ottocenteschi come testimone dell'inevitabile sconfitta dell'uomo bianco di fronte ai pericoli della conquista: «Chaque coup de pioche donné par les Européens dans les pays torrides est un coup de pioche à leur tombe»⁷.

Nell'ultimo decennio del secolo, grazie agli avanzamenti della batteriologia, i livelli di mortalità continueranno a scendere e i sistemi di prevenzione si andranno perfezionando fino a dare la sensazione, ai medici impiegati in colonia, di aver vinto la battaglia contro la natura tropicale, e invertito il preoccupante rapporto che dava gli indigeni favoriti nella sfida contro l'ambiente circostante.

Scrive Rho nel 1896:

La statistica ci offre questo notevolissimo fatto che, fino a sessant'anni fa, le condizioni sanitarie degli europei erano molto peggiori di quelle degli indigeni e la mortalità dei primi sorpassava da due a dieci volte quella dei secondi. Ma questi rapporti sembrano affatto in favore degli europei negli ultimi decenni. Mentre, p. es., l'esercito olandese nelle indie neerlandesi dal 1819 al 1830 soffriva una mortalità nei soldati europei di 138 p. 1000 (contro 100 p. 1000 degli indigeni); nel quinquennio 1864-68, quella cifra scese a 100; dal 1869 al 1878, a 60; dal 1879 al 1888, al 30 p. 1000. [...] Lo stesso responso ci dà la statistica per gli altri eserciti coloniali⁸.

La fiducia diviene certezza nei primi decenni del novecento.

L'esperienza ha dimostrato in modo indiscutibile che l'europeo può vivere e prosperare in qualunque parte del globo, dalla linea equatoriale al circolo polare, acclimatandosi così perfettamente da riuscire a moltiplicarsi con l'intensità insita nella razza allorchè abita il paese d'origine. L'indagine scientifica ha spiegato questo secolare avvenimento, confermando l'opinione di Humboldt che, contro le idee dominanti, sosteneva l'uomo una meravigliosa flessibilità di organizzazione che si piega a tutti i climi⁹.

Castronuovo, nel 1930, trae nuovamente conclusioni ottimistiche:

Nonostante le numerose insidie, quando le buone regole siano serbate nei paesi caldi, la morbilità e la mortalità degli Europei ivi residenti sogliono essere assai meno alte di quelle degli indigeni ed in certi luoghi perfino migliori di quelle della madre patria!¹⁰.

d'igiene dedicato all'«uomo nello spazio»: «L'uomo non è cosmopolita; e convien confessare questa verità, che poco compiace la nostra superbia. Noi possiamo viaggiando percorrere tutta quanta la superficie del nostro globo, pestando colla zampa del cammello le infuocate arene del deserto o facendoci trascinare nelle slitte degli Esquimesi in mezzo a un'aria che congela il mercurio; ma ad ogni razza d'uomini è assegnata la sua zona, dove solo può crescere e prosperare. La Francia ad onta di sforzi giganteschi, d'immensi sacrifici di denaro e di sangue, non ha potuto fare dell'Algeria che una buona palestra militare; ma non una florida colonia, perché vi si muore più che non si nasca; e il generale Duvivier fu il primo che ebbe il coraggio di dire: I cimiteri sono le sole colonie sempre prosperose nell'Algeria». P. Mantegazza, *Elementi di igiene*, Brigola, Milano 1863, p. 439.

⁶ James Lind (1716-1794), medico scozzese, considerato fondatore dell'«igiene navale» e pioniere degli studi di medicina «tropicale». Si segnala qui la sua opera principale J. Lind, *An essay on diseases incidental to Europeans, in hot climates: with the method of preventing their fatal consequences*, T. Becket and P. A. De Hondt, London 1768.

⁷ La citazione è tratta da P. J. Navarre, *Manuel d'hygiène coloniale. Guide de l'Européen dans les pays chauds*, Octave Doin, Paris 1895, pp. 47-48.

⁸ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 711.

⁹ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 2.

¹⁰ G. Castronuovo, *Malattie tropicali. Patologia, diagnostica, terapia, profilassi*, Idelson, Napoli 1930, p. 43.

Di fronte a queste dichiarazioni si potrebbe supporre che l'interesse dei medici italiani che operano nella prima metà del novecento sia ormai indirizzato, in modo esclusivo, all'analisi di un ristretto corpus di malattie: affezioni ancora pericolose per l'incolumità dei bianchi (malaria, malattie dell'apparato gastro-intestinale), morbi lesivi del prestigio dei "civilizzatori" (sifilide, blenorragia), specie nosografiche "nuove", promettenti per lo sviluppo della ricerca sanitaria (sudoku, rickettiosi), patologie più diffuse tra popolazioni indigene (le affezioni a carattere epidemico).

In realtà, l'unico tema che figura in modo insistente e continuativo nella produzione scientifica di fine XIX sec. e metà XX sec. è quello dell'acclimatazione (o acclimazione) del bianco in colonia. Ciò che continua dunque a preoccupare i medici in età liberale, come durante il ventennio, è la vulnerabilità dell'europeo "trapiantato" nei tropici.

Di fronte ai risultati dell'imperialismo europeo, e al ridotto tasso di mortalità per malattia che si registra a partire dalla seconda metà dell'ottocento, la sopravvivenza del bianco oltremare si presenta, agli occhi dei medici del XX sec., come un fatto acquisito. Cos'è che dunque preoccupa ancora? Nel 1928, il capitano medico Arrigo Pedrazzi scrive:

Questo bisogno [di espansione dell'uomo europeo] fa oggi porre in modo più assoluto il problema se il bianco non solo possa vivere, il che non basta, ma addirittura lavorare attivamente, *prosperare*, moltiplicarsi, in quelle terre, che furono fino ad oggi quasi esclusivo monopolio della razza nera¹¹.

E ancora:

Non si tratta di sapere se il bianco possa esistere, si tratta, come dicemmo più sopra, di vedere se in queste terre calde, oltre che vivere, esso possa lavorare e rendere a sé e alla società quella dovuta efficacia¹².

Il problema che l'acclimatazione pone non riguarda dunque la sopravvivenza dell'europeo nei tropici, bensì la possibilità che la vita del bianco possa svolgersi, in quelle regioni, al pieno delle sue *potenzialità*, non "diminuita" da ostacoli di carattere fisiologico.

La presenza della voce «Acclimatazione» nel primo volume edito dell'Enciclopedia Treccani (1929) suggerisce quale rilevanza avesse il tema nel campo della medicina tropicale e al di fuori del settore specialistico¹³. La voce rappresenta l'inizio di un più ampio processo di diffusione e volgarizzazione delle idee della medicina coloniale in atto negli anni trenta, in cui la mobilitazione di Rho e Castellani risulta determinante. Tra 1929 e 1937 saranno più di quindici le voci della Treccani compilate dai due studiosi, tutte inerenti alla patologia tropicale¹⁴. Componendo le opinioni dei due studiosi - l'ottimismo di Rho e l'atteggiamento più cauto di Castellani, pessimista nei confronti delle possibilità di un trasferimento permanente dei bianchi nei tropici - il testo del 1929 tratteggia un quadro dei

¹¹ A. Pedrazzi, *Quesiti dell'acclimazione e problema emigratorio italiano*, in «Giornale di medicina militare», (1928), p. 80. Il corsivo è mio.

¹² Ivi, p. 85.

¹³ A. Castellani, F. Rho, *Acclimatazione*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, vol. 1, Roma 1929.

¹⁴ Queste le voci curate in ordine cronologico: Bilharziosi, Broncospirochetosi (1930), Chiluria, Colera (1931), Febbre da pappataci, Febbre dei sette giorni, Febbre maculosa delle Montagne Rocciose, Febbre gialla, Dracunculosi (1932), Malattia del sonno (1936 solo Castellani), Micetoma (1934), Peste (1935), Patologia Tropicale, Tripanosomiasi, Verruca (1937).

processi di acclimatazione, mettendo in evidenza le differenze che caratterizzano l'adattamento umano, animale e vegetale sotto l'azione di un clima nuovo. Solo l'uomo, - e qui i due medici sono concordi - riesce, «grazie al grande sviluppo delle sue funzioni cerebrali, per cui può trarre profitto da tutte le condizioni favorevoli alla sua esistenza ed evitare le influenze nocive, ad acclimatarsi in quasi tutte le regioni della terra»¹⁵.

La centralità del concetto è testimoniata dalla struttura dei manuali universitari, pubblicati tra fine ottocento e metà novecento. «Acclimatazione e igiene coloniale» (Rho 1896), «L'acclimatamento delle differenti razze umane e norme per gli emigranti» (Sanarelli 1914), «L'acclimatamento» (Belli 1928), «Acclimatazione temporanea o permanente, individuale o di razza» (Persano 1929); «L'acclimatazione e il suo metodo» (Castronuovo 1930), «I fattori principali di acclimatazione» e «Patologia dell'acclimatazione» (Ottolenghi 1934), «Brevi cenni sulle malattie climatiche» (Castellani 1937), «Clima e organismo umano» (Mennona 1939): sono i titoli dei paragrafi di apertura dei principali manuali di medicina tropicale editi in Italia.

Quando il tema dell'acclimatazione non figura come capitolo autonomo della trattazione manualistica, il problema dell'adattamento del bianco al nuovo e ostile ambiente tropicale è sviluppato nell'ambito dell'analisi climatologica delle terre colonizzate. Che si tratti di volumi destinati agli studenti di medicina coloniale o di lavori di ricerca scientifica, la descrizione degli aspetti sanitari dei nuovi territori si apre a partire dal clima e dagli effetti che le mutate condizioni ambientali hanno sulla fisiologia dell'uomo bianco.

La tradizione che assegna al clima una posizione di primo piano tra i fattori ambientali con cui l'uomo è costretto a misurarsi è, come si è visto, di antica data: in tutte le epoche l'"influsso climatico" è senza dubbio l'elemento che ha goduto di maggiore interesse da parte del pensiero medico e non solo. All'origine di questa secolare tradizione di studio viene collocato Montesquieu, il primo ad intraprendere, nell'opera *Esprit des lois*, un tentativo di classificazione dei popoli della terra in base alle caratteristiche meteorologiche dell'ambiente geografico d'origine¹⁶. Il filosofo francese rielaborava in realtà, in chiave fortemente deterministica, un concetto presente già nel trattato ippocratico *Delle arie, delle acque e dei luoghi* del IV sec. a. C. - e ricorrente nella medicina galenica -, l'idea cioè che il clima potesse influire sulla salute dell'individuo e sulla costituzione dei differenti gruppi umani. A partire dall'età moderna, uomini come Jean Bodin, Jean Baptiste Dubos e David Hume si erano dedicati, insieme a Montesquieu, a registrare i caratteri fisici e "spirituali" delle diverse "razze" mettendoli in relazione con le loro rispettive localizzazioni geografiche. Il determinismo aveva lasciato il passo, con la nascita della biologia ottocentesca, a una concezione dialettica del rapporto uomo ambiente, in cui quest'ultimo costituisce solo uno dei due poli di una relazione di interdipendenza. Non si tratta più di clima ma di *milieu*: la biologia di Lamarck, che si rifà al pensiero di Buffon, opera una

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ Ecco i titoli dei cinque libri dedicati alle influenze del clima: libro XIV: «Delle leggi nei rapporti che hanno con la natura del clima»; libro XV: «Come le leggi della schiavitù civile sono in rapporto con la natura del clima»; libro XVI: «In quale modo le leggi della schiavitù domestica sono in rapporto con la natura del clima»; libro XVII: «In quale modo le leggi della schiavitù politica sono in rapporto con la natura del clima»; libro XVIII: «Delle legge nel loro rapporto con la natura del terreno». Montesquieu, *Lo spirito delle leggi*, Utet, Torino 2005.

trasformazione del concetto di ambiente, derivato dalla fisica newtoniana, da “mezzo” e intermediario fra due corpi a “spazio” che circonda l’organismo, influenzato da una somma di “circostanze” esterne¹⁷; una concezione destinata a contendere per lungo tempo al determinismo climatico il primato nella lettura del mondo vivente.

I temi del determinismo climatico risorgeranno nell’ambito del positivismo - l’opera di Taine costituisce la massima espressione di questa tendenza¹⁸ -, confluendo inoltre nel pensiero dei creatori della geografia moderna, Alexander von Humboldt e, soprattutto, Friedrich Ratzel. Quest’ultimo autore muoveva dal concetto che l’ambiente fosse investito del pieno potere sul vivente e che l’uomo, «essere malleabile», fosse «sottoposto alle pressioni che su di lui esercita l’ambiente naturale»¹⁹.

L’importanza accordata dunque dalla letteratura medica alla descrizione del clima dei paesi oltremare sembra costituire - ad un primo livello d’analisi - un tributo residuale della scienza otto-novecentesca alle concezioni della medicina ippocratica o alle sue successive declinazioni in senso deterministico, tributo destinato a scomparire con il progredire del sapere. Ancora nel 1930 però, il maggior esponente della ricerca medica italiana sulla patologia tropicale - Aldo Castellani - pubblicava a Londra un volume dal titolo *Climate and acclimatization*:

Vi è stato un periodo di tempo in cui si dette eccessivo valore all’azione del clima sull’uomo, ma dopo i lavori di Manson, Gorgas e Sambon divenne pressoché comune negare al clima qualsiasi dannosa influenza e si dette importanza ai parassiti e all’inadeguata igiene. Chalmers ed io pur riconoscendo ampiamente quanto spetta alle cause parassitarie e quanto alle cattive condizioni di igiene, abbiamo insistito perché si considerasse il fattore clima per se stesso, quale coefficiente tutt’altro che trascurabile, e recenti osservazioni di vari autori mostrano come vi sia di nuovo la tendenza a riconoscere l’importanza del clima per l’uomo²⁰.

Eppure la rivoluzione batteriologica di Pasteur, e successivamente gli studi di Manson, Ross e Laveran, avevano determinato un netto cambiamento nelle concezioni della malattia, non più concepita come effetto di squilibri umorali e contagi miasmatici ma come stato patologico causato da specifici agenti esterni: i microbi e i parassiti. L’attenzione per l’ambiente e per le molteplici cause del sorgere dell’infezione - attenzione di chiara

¹⁷ Georges-Louis Leclerc Buffon, senza mai usare il termine «milieu», elabora nel XVIII sec. una concezione di ambiente che concilia le riflessioni della meccanica newtoniana sul concetto di “fluido” e le idee della tradizione antropogeografica di Montesquieu, Bodin, ecc. Lamarck, influenzato dall’operazione di Buffon, utilizzerà la nozione di ambiente ma parlando solo di «milieux», dunque di ambiente al plurale. I primi autori a declinare il termine al singolare saranno Etienne Geoffroy Saint Hilaire nel 1841 e August Comte nel 1838, quest’ultimo determinante per la diffusione nelle scienze sociali del concetto di ambiente. A. Lalande, *Dizionario critico di filosofia*, ISEDI, Milano 1980. Per un esame della concezione biologica dell’ambiente si veda C. Canguilhem, *Il vivente e il suo ambiente*, cit., pp. 185-217; J. Uexküll, *Ambienti animali e ambienti umani: una passeggiata in mondi sconosciuti e invisibili*, Quodlibet, Macerata 2010.

¹⁸ J. H. Taine, *Essais de critique et d’histoire*, Hachette, Paris 1858; Id., *Histoire de la littérature anglaise*, 5 voll., Hachette, Paris 1864-72; Id., *Philosophie de l’art*, Germer Baillière Libraire, Paris-London-New York 1865.

¹⁹ L. Febvre, *La terra e l’evoluzione umana. Introduzione geografica alla storia*, Einaudi, Torino 1970, p. 109. Per le concezioni deterministiche di clima e ambiente si veda inoltre: G. Gliozzi, *Le teorie della razza nell’età moderna*, Loescher Editore, Torino 1995.

²⁰ Qui si cita il passo dalla traduzione italiana dell’opera risalente al 1933. A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. IX.

discendenza ippocratica - aveva ceduto il passo, con la scienza pasteuriana, allo studio di laboratorio attorno all'unico agente responsabile della malattia.

Spiegare questa nuova «tendenza a riconoscere l'importanza del clima per l'uomo»²¹ come una reviviscenza della secolare e mai sopita tradizione ippocratica²², nella declinazione cara ai fautori del determinismo geografico, sarebbe però riduttivo. Le questioni che il concetto di acclimazione mette in campo sono numerose e diverse saranno le declinazioni che il tema riceverà nel tempo (declinazioni spesso compresenti): sintomo, secondo un'accezione vitalista, della flessibilità del vivente e dell'irriducibilità di quest'ultimo ai condizionamenti esterni; testimonianza, in base alle teorie del determinismo climatico, della subordinazione dell'uomo alle condizioni dettate dall'ambiente; espressione infine, in chiave più politica, di una preoccupazione per la vulnerabilità del bianco al nuovo contesto coloniale.

La persistenza del tema "climatico" non segnala solo, come si cercherà di mostrare, l'arretratezza di una parte della scienza, lontana dai progressi della medicina batteriologica e ancorata ai temi degli "influssi atmosferici". È piuttosto un indicatore dell'intreccio che lega insieme medicina tropicale e imperialismo, un segnale della dipendenza di questo campo dall'evento politico della colonizzazione.

7.2 Nascita e uso del termine: flessibilità e trasformazione del vivente

L'acclimatazione, come concetto scientifico e pratica fortemente istituzionalizzata, nasce in Francia a metà ottocento, nell'ambito del pensiero naturalista vicino alle teorie trasformiste di Jean Baptiste Lamarck. Utilizzato per la prima volta nel 1776 dall'illuminista francese Guillaume-Thomas François Raynald²³, il termine «acclimazione» diviene comune nel linguaggio della scienza naturale d'inizio ottocento, per indicare il processo di adattamento delle specie animali e vegetali sottoposte a nuove condizioni ambientali.

Già da tempo, il trasferimento di piante e animali da una regione all'altra del globo era stato sperimentato con successo dagli europei, attraverso lo sviluppo dei canali commerciali che collegavano il vecchio continente all'America e alle Indie orientali²⁴. Con il XIX sec., questa

²¹ *Ibidem*

²² Questa è una delle interpretazioni che la storiografia internazionale propone per spiegare la persistenza del tema delle influenze climatiche nella letteratura medica. Cfr. M.A. Osborne, R.S. Fogarty, *Medical climatology in France: the persistence of Neo-Hippocratic ideas in the first half of the twentieth century*, in «Bulletin of the History of Medicine», 4 (2012), pp. 543-63.

²³ La parola è utilizzata nell'opera *Histoire philosophique et politique des établissements et du commerce des Européens dans les deux Indes* (1776), portata a termine con la collaborazione di Diderot. Cfr. W. Anderson, *Climates of opinion. Acclimatization in nineteenth-century France and England*, in «Victorian Studies», XXV, 2 (1992). Per il tema dell'acclimatazione si vedano i seguenti studi: W. Anderson, *Where Every Prospect Pleases and Only Man Is Vile: Laboratory Medicine as Colonial Discourse*, in «Critical Inquiry», XVIII, 3, (1992), pp. 506-529; D. N. Livingstone, *Human Acclimatization: Perspectives on a Contested Field of Inquiry in Science, Medicine and Geography*, in «History of Science», XXV, (1987), pp. 359-94.

²⁴ Come nota Silvia Sebastiani il doppio movimento dell'espansione dei commerci in età moderna e del processo di classificazione del vivente da parte della scienza del XVII e XVIII secolo pongono le basi per un'accelerazione della circolazione degli animali nello spazio globale e moltiplicano le occasioni di della fruizione dell'"esotico". Cfr. S. Sebastiani, *La caravane des animaux. Circulation des «orangs-outans» et des*

pratica di carattere eminentemente commerciale ed “empirico”, muta fisionomia, divenendo un’attività sistematica e fortemente istituzionalizzata. Nel 1854, per iniziativa di Isidore Geoffroy Saint Hilaire, sorge a Parigi la Société d’Acclimatation, a cui verrà annesso, qualche anno più tardi, il Jardin Zoologique d’Acclimatation: il secondo parco zoologico aperto nella capitale dopo quello istituito, nel 1793, presso il Muséum d’Histoire Naturelle. A fine ottocento, è il giardino zoologico di acclimatazione a occupare una posizione centrale tra le istituzioni scientifiche di Parigi, più adatto ad attrarre i gusti della borghesia francese con il suo programma di “esposizioni umane” oltre che animali, che supera di gran lunga, per capacità di richiamo, le attrazioni del Jardin des Plantes. Tra 1877 e 1912 la società mette in mostra, accanto alle “collezioni” di animali esotici provenienti dalle colonie, più di trenta gruppi etnici differenti: dai “Nubiani” del Sudan, agli eschimesi della Groenlandia (1877), a cui seguono gruppi di Lapponi, Gauchos argentini (1878), indiani Galibi della Guyana francese (1882), senegalesi, pellerossa, calmucchi (1883), popolazioni ashanti (1887), per citarne solo alcuni²⁵. Un vero catalogo del vivente dei climi “esotici”, esibito in un contesto che sovrappone interesse scientifico e mostruosità: la natura è reinventata e gerarchizzata in funzione della messa in scena del mito del selvaggio²⁶. Grazie alle esposizioni umane il giardino d’acclimatazione toccherà il picco dei visitatori, attirando l’interesse anche del mondo scientifico, e l’assidua frequentazione, nei primi anni, dei membri della Società d’Antropologia capeggiata da Broca²⁷.

Sull’esempio dell’istituzione francese nascono, in anni successivi, nuove società d’acclimazione: in Inghilterra (1860)²⁸, in Australia (1861), in Germania (1863) e in Nuova Zelanda (1863); altrettanto numerosi sono i giardini zoologici istituiti nelle diverse nazioni europee: a Londra (1828-1847), Dublino (1831), Anversa (1834), Bristol e Manchester (1836), a Berlino (1844), Melbourne (1860), e a New York (1860)²⁹.

Più che istituzioni di carattere scientifico, le società e i parchi d’acclimazione sono luoghi d’intrattenimento, centri di ritrovo della borghesia nazionale in cui la natura “esotica” (che comprende anche gli uomini, all’interno di un processo di animalizzazione del “selvaggio”) viene esposta come simbolo dei successi della colonizzazione. Giardini zoologici e parchi botanici si costituiscono come prova della potenza dell’uomo bianco sull’ambiente

savoirs, reconfigurations des frontières de l’humain, in «Diasporas», 29 (2017), pp. 53-70. Numerosi sono gli studi che hanno sottolineato l’importanza della circolazione di oggetti, tra cui piante e animali, per la formazione dei saperi medici, in un’ottica che privilegia la “materialità della scienza” per ricostruire gli sviluppi teorici dei saperi. Si veda ad esempio: P. Chakrabarti, *Materials and Medicine: Trade, Conquest and Therapeutics in the Eighteenth Century*, Manchester University Press, Manchester 2010.

²⁵ W. H. Schneider, *Le esposizioni etnografiche del Giardino zoologico d’acclimatazione*, in S. Lemaine, P. Blanchard, N. Bances, G. Boetsch, E. Deroo (a cura di), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, Ombre corte, Verona 2003, pp. 70-78. Non è certo la prima volta che popoli “incivili” vengono accostati ed esibiti insieme agli animali esotici. Già nelle *ménageries* inglesi della fine del XVIII secolo schiavi e specie animali compaiono l’uno affianco all’altro, cfr. S. Sebastiani, *La caravane des animaux*, cit.

²⁶ S. Lemaine, P. Blanchard, N. Bances, G. Boetsch, E. Deroo (a cura di), *Introduzione in Zoo umani*, cit.

²⁷ *Società di acclimatazione*, Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia n. 198 del 14 agosto 1861.

²⁸ T. R. Dunlap, *Remaking the Land: The Acclimatization Movement and Anglo Ideas of Nature*, in «Journal of World History», VIII, 2 (1997), pp. 303-319.

²⁹ A. Rieke-Müller, *L’ottocento: biologia. Nuove istituzioni*, in *Storia della Scienza*, Istituto Italiano dell’Enciclopedia Treccani, Roma 2003. Tra 1837 e 1901 saranno inoltre istituiti più di cento giardini botanici, di cui cinquanta nella sola India. Cfr. M. A. Osborne, *Acclimatizing the World*, cit.

“tropicale”, la cui natura viene resa “fruibile” come intrattenimento per le classi medie ed elevate. Il processo è però a doppio senso: non solo consumo dell’esotico ma anche europeizzazione dello spazio coloniale. Dalla madrepatria sono esportate specie provenienti dai “climi temperati” per trasformare il paesaggio delle terre conquistate in un ambiente “familiare” - depurato e corretto dagli “eccessi” dei tropici -, più adeguato alle esigenze dei coloni nostalgici.

Anche l’Italia, appena giunta all’unità nazionale, vede sorgere due istituzioni legate all’importazione di animali e piante esotici: la Società di acclimazione e agricoltura inaugurata a Palermo per iniziativa del senatore Agostino Todaro, direttore dell’Orto Botanico cittadino³⁰, e la Società zoologica d’acclimatazione di Firenze che darà vita al primo embrione del giardino zoologico della città, inaugurato stabilmente nel 1863³¹. Vittorio Emanuele II, negli stessi anni, dotava la residenza della Mandria di un parco di acclimatazione, le cui collezioni di animali esotici confluiranno in anni successivi nel giardino zoologico torinese³².

A differenza della società parigina, le due istituzioni italiane sono indirizzate allo studio dei processi di adattamento delle piante e degli animali «utili», mentre l’organizzazione di spettacoli etnografici sarà affidata alle esposizioni coloniali³³. L’associazione palermitana, nell’anno della sua fondazione, può già contare su un centinaio di soci - uomini di scienza ma soprattutto notabili - interessati a migliorare l’agricoltura regionale attraverso l’apporto di «piante e di animali esotici, nella mira precipua di accrescere la massa indigena di sani e meno costosi alimenti»³⁴. D’altronde il clima dell’isola presenta più di un’analogia con le

³⁰ L’organismo, inaugurato nel 1861, raccoglie gli esponenti della grande proprietà siciliana (analogamente alle altre istituzioni europee, la parte scientifica non è dominante) ed è dotato del periodico «Giornale ed atti della Società di acclimatazione e di agricoltura in Sicilia» (1861-1891). Alla società fa riferimento Salvatore Lupo nel contributo: S. Lupo, *Le associazioni consortili 1861-1945*, in *Storia della cooperazione siciliana*, a cura di O. Cancila, Palermo, 1993, p. 87.

³¹ Anche la società fiorentina è inaugurata nel 1861. Ne è socio promotore Anatolio Demidoff. Cfr. I. Desmeure, *Guida del giardino zoologico Fiorentino*, Tipografia Gaston, Firenze 1868. Per una ricostruzione storica dei parchi zoologici in Italia si veda P. L. Finotello, *Breve storia dei giardini zoologici italiani*, in «Museologia scientifica», XXVIII, (2013).

³² I Savoia disponevano di una collezione privata di animali “esotici” che nel 1878 confluirà nel Giardino zoologico di Torino, voluto da Vittorio Emanuele II e inaugurato nel 1863. Il parco costituisce un’istituzione fortemente connessa all’attività degli altri zoo europei (Goeffroy Saint Hilaire lo visiterà nel 1972). A questo giardino si aggiunge il parco aperto nello stesso anno a Firenze su iniziativa della Società zoologica di acclimatazione. L’attività delle due istituzioni entra però, a fine ottocento in una fase di declino e il giardino di Firenze sarà chiuso nel 1878. A inizio novecento l’esposizione di animali esotici è ridotta ad alcune gabbie collocate in giardini pubblici cittadini: Genova (Villetta di Negro), Milano (giardini pubblici), Roma (Giardino del lago di Villa Borghese). Il parco zoologico di Roma, progettato da Carl Hagenbeck e aperto nel 1911, inverte i criteri in uso: il giardino non prevedeva gabbie, ma aree aperte in cui erano raggruppate un numero limitato di esemplari di una specie. Cfr. G. Spartaco, *Giardini zoologici in Italia. Un inquadramento storico e uno sguardo al futuro*, in «Museologia scientifica», 16 (1999), pp. 41-50; P. L. Finotello, *Breve storia dei giardini zoologici italiani*, cit.

³³ Sul tema delle esposizioni etniche in Italia si veda: G. Abbattista, *Umanità in mostra. Esposizioni etniche e invenzioni esotiche in Italia (1880-1940)*, EUT, Trieste 2013; G. Dore, *Ideologia coloniale e senso comune etnografico nella mostra delle terre italiane d’oltremare*, in N. Labanca (a cura di), *L’Africa in vetrina. Storia di musei e di esposizioni coloniali in Italia*, PAGVS Edizioni, Paese 1992.

³⁴ F. P. Perez, *Della riforma sociale fondata sulla privata operosità*, in «Atti della Società di acclimazione», I, 1 (1861), p. 7. Per le sperimentazioni la società farà uso del podere di Camastra offerto dal conte Lucio Tasca (che ancora oggi offre ai visitatori la visione di piante esotiche). Cfr. *Verbale adunanza 8 giugno 1861*, in «Atti della Società di acclimazione», I, 2 (1861), p. 30-32.

condizioni metereologiche del Nord Africa: «La Sicilia, sotto l'aspetto dell'acclimazione [...], è chiamata a prestare all'Italia, e forse anche ad una parte dell'Europa, quei preziosi servigi che la Francia aspetta dall'Algeria». L'utilità dell'associazione è evidente:

La nuova società siciliana ad esempio, ci avrebbe sicuramente agevolato assai l'introduzione del *Bombyx Cynthia*, quando pochi anni solo ci siamo ostinati a trasportare vivo dall'interno del Bengala in Europa quei preziosi insetti. La Sicilia potrebbe forse emulare facilmente in grande, quanto ci presenta in piccolo l'isoletta di Karnak sul Nilo, presso il Gran Cairo, che Mehemed Ali seppe trasformare nel più ricco e utile giardino di acclimazione³⁵.

L'ambizioso programma di replicare in Italia il modello della Société d'Acclimatation francese verrà interrotto, negli ultimi decenni dell'ottocento, dal progressivo declino dell'associazione, reso evidente dalla chiusura nel 1891 del suo organo di stampa - «Atti della Società di acclimazione» - dopo un trentennio di attività³⁶.

I tentativi di trasformare la Sicilia in una stazione di acclimatamento per specie vegetali "tropicali" non si limiteranno però all'attività del consorzio palermitano. Il giardino botanico di Palermo, costituito alla fine del XVIII sec., già coltivava una tradizione di sperimentazione di colture "esotiche", coronata dal successo della coltivazione del mandarino introdotto dalla Cina attraverso Malta; un orientamento che diverrà manifesto, anzi predominante, a inizio novecento durante la direzione di Antonino Borzì (1892-1921)³⁷, botanico dell'università di Messina e Palermo.

Con l'acquisizione dell'Eritrea, piante provenienti dal territorio d'oltremare saranno accolte nell'orto³⁸ al fine di avviare uno studio dei prodotti coloniali – un'attività svolta

³⁵ *Società di acclimazione e di agricoltura in Sicilia*, in «Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia», 14 agosto 1861. Un'analoga operazione di riscrittura della storia agricola europea attraverso la lente delle pratiche di acclimatazione si ha nelle pagine del periodico della società. «Il bue che lavora immensa superficie di terra, che offre alla nostra industria forza e concime, al nostro nutrimento latticini e carni; il cavallo, questo bellico strumento che tramuta l'uomo in centauro [...], altri animali oggi domestici che educiamo per diversi usi di nostra esistenza, [...] tutti questi esseri che noi oggi riguardiamo con indifferenza non furono *ab origine* creati pei nostri climi e pei nostri paesi. Il bue pascolerebbe tutt'ora pe' prati del Tibet, il cavallo indisciplinato si troverebbe soltanto ramingo nei deserti asiatici che confinano col mar Caspio e l'Aral, il frumento resterebbe ancora sconosciuto e confuso in mezzo alla farragine di tante specie erbe indigene che la dovizioso natura prodigò a larga mano nei campi di Persia; così la vite, il cedro, il canape ed altre piante di non minore importanza sarebbero condannate sin oggi al domicilio forzoso dell'Asia, se l'uomo, colla sua pazienza e perseveranza affrancandole dal dispotismo della natura, non le avesse strappate dalle loro primitive dimore e disseminate nel resto della superficie della terra da lui abitata», G. Inzenga, *Importanza di una società di acclimazione di agricoltura in Sicilia*, in «Atti della Società di acclimazione», 1 (1861), pp. 13-14.

³⁶ Nel 1890, sulla rivista compaiono critiche allo scarso interesse che la proprietà fondiaria siciliana rivolge alle attività di modernizzazione agricola sostenute dalla società: «Dall'altro, il poco o niuno interesse che la classe intelligente dei proprietari, salvo lodevoli eccezioni, rende per le cose dell'agricoltura, ci persuade che il nostro apostolato [...] cadrà sul terreno sterile».

³⁷ V. Giacomini, *Antonino Borzì*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 13, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma 1971.

³⁸ Nel 1905, Antonino Borzì così annuncia il suo progetto di costituire una sezione coloniale dell'Orto Botanico di Palermo: «Attingendo sempre nuovi ammaestramenti dalla esperienza del passato dai bisogni dell'economia nazionale, ho voluto dare in questi ultimi anni un maggiore impulso a codesto indirizzo di studi, accrescendo le collezioni di piante delle regioni meridionali e concentrando vie più l'attività del Giardino ai [sic] prodotti vegetali della Colonia Eritrea», A. Borzì, *Al lettore*, in «Bollettino del R. Orto Botanico di Palermo», 1 (1905), pp. 3-4. Le prime piante soggette a sperimentazione saranno quelle portate in Italia dal maggiore Giovanni Ameglio. Cfr. A. Terracciano, *Le collezioni botaniche fatte dal Maggiore G. Ameglio nella colonia Eritrea*, in

successivamente dall'Istituto agricolo coloniale di Firenze³⁹. Le specie esotiche importate, si legge nel bollettino del parco, rivestono una precisa utilità per l'agricoltura siciliana: risolvere i problemi dei terreni incolti, beneficiati dall'introduzione di varietà capaci di resistere alle alte e secche temperature dell'isola; una funzione che inverte i significati simbolici assegnati allo spazio tropicale: è questa volta il clima di Palermo ad essere dannoso, non quello delle colonie, sinonimo ora di esuberanza della natura.

Occorre ricercare, studiare, sperimentare - scrive Borzì nel 1907 - le flore dei paesi tropicali e subtropicali, i quali si trovano soggetti per natura a un clima molto secco, possono fornirci copioso materiale adatto al bonificamento dei terreni incolti. Non poche sono ivi le erbe e più specialmente i frutici e gli alberi dotati di un eccezionale potere di adattamento alla secchezza e i loro caratteri xerofili vanno determinati e riconosciuti per mezzo dell'esperienza e quindi messi a profitto. Non sarà mai troppo l'insistere sul principio che l'eccessiva e prolungata secchezza costituisce per uno il più grave ostacolo all'estensione delle colture agrarie⁴⁰.

La collezione di piante provenienti dai territori oltremare confluirà nel Giardino coloniale allestito nel 1906, anche se solo nel decennio successivo la nuova sezione del parco palermitano sarà formalmente istituita⁴¹.

L'orto coloniale di Palermo non costituisce un esempio isolato nella penisola: specifiche aree dedicate alle colture esotiche sono a inizio secolo presenti anche a Padova, Pavia, Genova, Torino e Cagliari⁴². Anche l'Istituto agricolo coloniale, aperto a Firenze nel 1904, si era dotato nel 1906 di una serra per la coltivazione delle piante provenienti dai continenti extraeuropei e di un museo per l'esposizione dei prodotti coloniali, al fine di promuovere e valorizzare le risorse economiche dei possedimenti italiani in Africa. Accanto alla formazione di tecnici agrari e alla promozione delle conoscenze sulle colture coloniali, l'attività dell'istituto (ed in speciale modo del servizio sperimentale) è indirizzata verso l'osservazione delle possibilità di adattamento climatico delle specie raccolte, tra cui palme e

«Bollettino del R. Orto Botanico di Palermo», I, 2 (1905), pp. 14-22; Le temperature dell'isola non sono poi così distanti, sosterranno i lavori pubblicati sul Bollettino, da quelle dell'altopiano eritreo. L. Senni, *Piante della Colonia Eritrea coltivate nel R. Orto Botanico di Palermo*, in «Bollettino del R. Orto Botanico di Palermo», 1 (1905), pp. 5-14.

³⁹ Sull'Istituto agricolo coloniale, divenuto nel 1938 Istituto agronomico d'oltremare, si veda *L'Istituto agronomico per l'Oltremare. La sua storia*, Masso delle fate, Signa 2007.

⁴⁰ A. Borzì, *Il giardino coloniale e la sua funzione*, in «Bollettino del R. Orto Botanico e Giardino Coloniale di Palermo», 1 (1907), pp. 2-14.

⁴¹ Legge n. 971, 11 luglio 1913 *Legge che istituisce il Giardino Coloniale presso l'Orto Botanico della R. Università di Palermo e provvede al ruolo organico del personale*; R. d. n. 731, 17 maggio 1914, *Approvazione regolamento per il R. Giardino Coloniale di Palermo*. Il giardino è costruito sul modello dell'Erbario e Museo coloniale creato a Roma nel 1904. All'Esposizione Orticola e Commerciale di Palermo del 1910, l'orto botanico del capoluogo siciliano presenterà più di un migliaio di specie esotiche, tra cui il caucciù, completamente resistente «al nostro clima», l'Agave Sisalana «vantaggiosamente coltivata nel mezzogiorno d'Italia», la Sansevieria dall'Eritrea e della Somalia, piante di caffè e colture di cotone. *La mostra del nostro R. Giardino Coloniale alla Esposizione Orticola - Commerciale di Palermo (maggio 1910)*, in «Bollettino del R. Orto Botanico di Palermo e del Giardino Coloniale», 1-2-3 (1910), pp. 126-128. Sul tentativo di introduzione del caffè nell'isola: V. Riccobono, *Esperimenti sulla possibilità di coltivare il caffè in Sicilia*, in «Bulettno Della R. Società Toscana Di Orticultura», 6 (1912), pp. 167-169.

⁴² A. Beguinot, *Orto botanico*, in *Enciclopedia italiana*, vol. XXXV, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma 1931; F. Cavara, *L'orto botanico di Cagliari come giardino di acclimatazione e come istituto scientifico. Conferenza tenuta nella Società tra i cultori delle scienze mediche e naturali in Cagliari il 26 gennaio 1900*, Tipografia G. Sacerdote, Torino 1900.

varietà di cotone⁴³.

Con l'occupazione della Libia, le ricerche sulla flessibilità delle specie vegetali e animali ampliarono il loro campo d'indagine, indirizzandosi verso lo studio delle possibilità di esportazione, nei climi caldi, di colture e animali⁴⁴. Nel 1912 è elaborato il primo progetto di trasformazione della nuova colonia in una stazione d'acclimatamento, adatta ad ospitare di piante importate dall'Europa, o da regioni limitrofe⁴⁵. Qualche anno più tardi il botanico Emanuele Orlando Fenzi è incaricato dal governo italiano di curare l'introduzione in Libia di piante «agricole e ornamentali»⁴⁶. Alla fine degli anni venti, nuovi esperimenti saranno compiuti nella Cirenaica pacificata, ora adatta ad ospitare tentativi, spesso di portata limitata e scarsa riuscita, dei tecnici italiani in materia di trasferimento di specie vegetali e animali dalla madrepatria⁴⁷.

Per quanto ridotta a consumo culturale (o ad attività economica), l'importazione di piante e animali dalle colonie - o dall'Europa all'oltremare - e l'osservazione del processo di adattamento delle specie ai nuovi climi si sviluppano, tra otto e novecento, nel quadro delle teorie evoluzioniste. A loro volta, i risultati delle società di acclimatazione alimenteranno e promuoveranno le concezioni elaborate da Lamarck e dagli altri teorici dell'adattamento delle specie. Attraverso questa pratica "agganciata" all'imperialismo, lo sguardo scientifico si andrà orientando sempre di più non solo verso lo studio della varietà del mondo naturale ma anche verso la ricerca, concepita come attività pratica, sulla trasformazione e sulla flessibilità delle specie⁴⁸. Lo stesso Isidore Geoffroy Saint Hilaire formulava, a metà ottocento, la teoria della "variabilità limitata", secondo cui i caratteri delle specie restano stabili fino a che l'ambiente non incontra modifiche: al mutare delle circostanze esterne - scrive il naturalista - l'organizzazione degli esseri viventi si trasforma per rispondere alle

⁴³ F. Cardini, I. Gagliardi, *Il sogno coloniale*, in *L'Istituto agronomico per l'Oltremare*, cit., p. 89.

⁴⁴ Il tema era già presente tra le pubblicazioni del periodico dell'Istituto Agricolo Coloniale, come testimoniano gli articoli: E. Marchi, *Studi sulla pastorizia della Colonia Eritrea*, in «L'agricoltura coloniale», 2 (1909), pp. 71-110; C. Pucci, *L'acclimatazione del bestiame europeo nei paesi caldi*, in «L'agricoltura coloniale», 10 (1911), pp. 445-452.

⁴⁵ Il progetto non venne mai attuato. E. Serra, *Progetto per l'impianto di un Giardino d'Acclimazione Coloniale in Libia*, Stabilimento Tip. Andrea Brangi, Palermo 1912.

⁴⁶ Il risultato sarà l'impianto di più di 15.000 eucalipti, selezionati per la capacità, mostrata dall'albero, di resistere al vento e proteggere gli spazi dedicati a coltura, e la creazione di un vivaio di piante da frutto. E. O. Fenzi, *Per il rimboschimento della Tripolitania*, IX, 4-5 (1915), pp. 209-211. Sulla figura di Fenzi e sull'attività svolta da quest'ultimo in Libia in età liberale si veda: L. Tomassoli, *Emanuele Orazio Fenzi*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Vol. 46, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma 1996. A partire da tali attività Fenzi darà vita inoltre all'Istituto sperimentale di Sidi Messri. *Notizie dalle nostre colonie*, in «L'agricoltura coloniale», 6 (1915), pp. 375-377.

⁴⁷ G. Manzoni, *Studi ed esperimenti sull'acclimatazione di piante forestali in Cirenaica. Comunicazione presentata al II Congresso di Studi coloniali*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1936.

⁴⁸ Il tempo che per primo si introduce nella lettura della realtà naturale è quello geologico. I testi di Burnet, Woodward, Benoist de Maillet, Buffon (soprattutto) rivelano come la terra abbia "una storia" costellata da cataclismi e trasformazioni: il nostro pianeta non è più un corpo celeste rimasto immutato dalla creazione. Al tempo geologico si aggiunge quello biologico. La continuità del vivente, postulata da Lamarck, distrugge il quadro rigido della specie: gli esseri viventi derivano gli uni dagli altri e tutti percorrono lo stesso movimento nel tempo, il passaggio da semplice al complesso. Scrive Francois Jacob: «attribuendo all'organizzazione [del vivente] la capacità di trasformarsi, Lamarck è in grado di compiere ciò che il Settecento non era riuscito a fare: inquadrare tutto l'insieme degli esseri viventi un'unica storia, che ne spieghi la genesi successiva». F. Jacob, *La logica del vivente*, cit., p. 174.

necessità del nuovo contesto⁴⁹. Una teoria che conciliava le posizioni “conservatrici” del fissismo di Cuvier e le prospettive del trasformismo lamarkiano in funzione dell’utilità che le varietà acclimatate potevano offrire per il rafforzamento dell’economia delle nazioni europee e per un migliore sfruttamento delle colonie.

Nel programma dell’influente Société d’Acclimatation parigina, pur diretto allo studio del mondo vegetale e animale, era inoltre implicita la convinzione, modellata sulle concezioni Lamarck, che anche l’uomo potesse trasformarsi e adattarsi ai diversi ambienti geografici. Il tema di ricerca della società francese era, allo stesso tempo, un programma scientifico e uno slogan politico a favore della colonizzazione⁵⁰: in virtù della sua superiore civiltà, l’europeo avrebbe potuto adattarsi anche alle diversità del mondo tropicale.

Che l’uomo bianco potesse vivere in tutte le regioni della terra non era una concezione nuova. Già nel secolo dei Lumi, l’uomo era concepito, dai sostenitori delle teorie monogeniste, come una creatura cosmopolita, come l’unico essere vivente capace di vivere e prosperare sotto diverse condizioni climatiche. La convinzione che però prevaleva, tra i fautori dell’origine unica della specie umana, era modellata sulle concezioni di Linneo: ciascun gruppo umano, pur nell’unità della specie, risultava il più adatto (e adattato) al suo ambiente d’origine⁵¹. La “trasformabilità” del vivente non rappresentava infatti una preoccupazione per i naturalisti di fine XVIII e inizio XIX sec., intenti a osservare e catalogare l’intero quadro degli esseri viventi, giustapponendo una specie all’altra in un *continuum* spaziale di “statiche” forme organiche⁵².

Con i successi dell’imperialismo europeo, la “fissità” dei diversi gruppi umani viene progressivamente messa in discussione e, accanto alle voci che postulavano la degenerazione del bianco in colonia o la sua necessaria “tropicalizzazione”⁵³, ne emergono altre che, come si è visto, si mostravano ottimiste verso le capacità dell’europeo di prosperare in regioni diverse da quelle temperate. La “volgarizzazione”⁵⁴ delle teorie darwiniane della selezione naturale non poteva che offrire un valido sostegno a questi indirizzi di pensiero⁵⁵. Anzi, si può affermare che le teorie dell’acclimatamento umano si

⁴⁹ I. Geoffroy Saint Hilaire, *Acclimatation et domestication des animaux utiles*, Librairie agricole de la Maison rustique, Paris 1849.

⁵⁰ A. M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques*, cit., p. 3.

⁵¹ *Ibidem*. Si veda anche. W. Anderson, *Climates of opinion*, cit., p. 140.

⁵² Cfr. M. Foucault, *Le parole e le cose. Un’archeologia delle scienze umane*, BUR Saggi, Milano 2010, pp. 285-302.

⁵³ G. Gliozzi, *Le teorie della razza nell’età moderna*, cit., p. 48.

⁵⁴ L. Febvre, *La terra e l’evoluzione umana*, cit., p. 16.

⁵⁵ L’influenza del linguaggio di matrice darwiniana è evidente in alcune opere della medicina tropicale italiana; si veda, ad esempio, il manuale di Giuseppe Sanarelli, edito nel 1914 a Bologna, il cui primo capitolo, dedicato ad una sintesi dei compiti dell’igiene coloniale e dell’influenza esercitata dal clima sull’organismo umano, si intitola «L’evoluzione coloniale e la lotta per la vita»; G. Sanarelli, *Manuale di medicina e di igiene generale e coloniale*, Bologna 1914. Oppure Rho: «Attraverso i secoli tra le popolazioni abitanti nelle rispettive latitudini, si è fatta una cernita naturale e, per le leggi della sopravvivenza del più forte e della eredità si è stabilita nelle razze una maggiore resistenza per le malattie dominanti», F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 716. Ciò che invece costituisce una radicale differenza tra teorie della medicina tropicale e il pensiero di Darwin (e tra le tesi dello studioso e la versione volgarizzata del suo pensiero) è la direzione della “pressione” esercitata dall’ambiente sul vivente. Se per i tropicalisti il clima ha una funzione di perturbazione degli equilibri dell’organismo umano, e dunque di minaccia alla sua stabilità, in Darwin l’ambiente, costituito dagli altri viventi, agisce come un sistema di regolazione della varietà degli esseri, già insita nel meccanismo della vita.

sviluppano proprio a partire dalla concezione biologica della vita come una relazione dialettica, che diverrà in Darwin di lotta, tra il vivente e il suo ambiente⁵⁶. Per pensare il tempo come fattore biologico, e concepire le specie vegetali e animali come soggetti in continua modificazione, è necessario infatti poter guardare all'ambiente come un elemento instabile, che esprime un giudizio sul vivente. L'ambiente pone cioè delle sfide all'organismo che, solo attraverso una modificazione funzionale (Lamarck) o una variazione sul piano della specie (Darwin), è in grado di sopravvivere nel senso di continuare nel tempo, sopravvivere a livello di generazione.

In un'epoca in cui è il tempo il fattore egemone per la comprensione della natura e della società, sia all'interno della comunità scientifica che al suo esterno, lo spazio, secondo l'accezione con cui lo intende la biologia ottocentesca, come *milieu*, costituisce un parametro altrettanto fondamentale per la nuova comprensione del vivente sul piano della *durata*. Tempo e spazio si trovano infatti, nelle scienze della vita del XIX sec., profondamente connessi, e riformulati, più di quanto ci si è probabilmente abituati a pensare.

7.3 Dal regno vegetale a quello umano: transizioni di una nozione

Come traccia dell'originario uso della parola "acclimatazione", impiegata per indicare l'adattamento di specie vegetali a nuovi ambienti geografici, compaiono, nella letteratura medica di fine XIX e metà XX sec., termini tratti dalla scienza botanica. Il colono, si legge, viene "trapiantato" e non "trasferito" nei tropici; le difficoltà dell'acclimatazione umana sono inoltre illustrate, da alcuni autori, ricorrendo al parallelo tra organismo vegetale e organismo umano:

Si è più volte paragonato il bianco che emigra ai tropici ad una pianta che si trasporta fuori dal suo paese d'origine. È un paragone efficace. La pianta portata sopra un terreno ed un clima differenti deve essere circondata di varie cure e l'operazione riesce meglio se è giovane e vigorosa e se il trasporto si fa nella stagione più propizia. Non minori precauzioni occorrono per trapiantare l'uomo bianco in nuove regioni: per adattarsi al nuovo ambiente egli deve modificare il suo regime di vita, a cominciare dall'abitazione, sino alle abitudini sociali⁵⁷.

⁵⁶ A proposito dei meccanismi di acclimatazione Sanarelli nel 1914 scrive: «Quando un individuo passa in modo assai brusco da una zona qualsiasi della superficie terrestre, a un'altra zona con clima del tutto diverso, deve sopportare una specie di lotta per conseguire l'adattamento al nuovo clima a cui si trova esposto», G. Sanarelli, *Manuale di medicina e di igiene generale e coloniale*, cit., pp. 1-5. Questa concezione è diffusa già nei testi medici di metà ottocento: «Certamente l'uomo è vincolato alla forza del clima sotto il quale nasce; forza che si rivela e si estrinseca in vari modi e per vari segni sulla sua individualità. Ma la reazione organica che in lui opera continuamente, finisce per trionfare di tutte le influenze più o meno brusche e novità climateriche. Ond'è che dopo una lotta più o meno lunga da lui sostenuta contro queste influenze rimastone vittorioso, l'uomo si adatta all'ambiente e finisce per non temerle e vive e si svolge e cresce secondo la natura», F. Freschi, *Dizionario di igiene pubblica e polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, Torino 1857. In anni più tardi Giuseppe Nisticò scrive: «Il risultato di tale lotta dicesi "acclimatazione" e tale adattamento si realizzerà tanto più facilmente quanto più il clima delle nuove regioni si avvicini a quello del paese d'origine». G. Nisticò, *Per chi va in Africa: norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'impero italiano*, Tipografia Castion di Carlo Ferrari, Portogruaro 1939, p. 8.

⁵⁷ G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale, Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero*, Istituto

Il termine, nato per razionalizzare una pratica diffusa di intervento dell'uomo su specie animali e vegetali trasferite in nuovi ambienti⁵⁸, giunge, a inizio ottocento, a descrivere un processo che interessa l'organismo umano⁵⁹. Per effetto della colonizzazione, che pone il problema della tutela delle comunità europee giunte ai tropici, il concetto entrerà a far parte del lessico medico - ancora nel 1860 l'acclimatazione è un problema della scienza antropologica⁶⁰ - e diverrà un centro di interesse per la fisiologia.

Il passaggio non è senza effetti: da segnale di una modificazione profonda intervenuta a livello delle funzioni vitali delle specie vegetali il termine si trasformerà in un indicatore dello stato di transizione dell'organismo umano. Le modificazioni sono infatti più profonde nei vegetali, meno negli animali e ancor meno nell'uomo, collocato ormai al vertice della gerarchia della flessibilità.

Michel Osborne, nello studio del 2000 *Acclimatizing the World*, utilizza il concetto di "medicalizzazione" per delineare tale transizione semantica che interessa il termine acclimatazione nel corso del XIX secolo⁶¹. Questa ricerca preferisce guardare al processo attraverso cui l'idea giunge all'uomo, e poi alle scienze sanitarie, come l'effetto di una molteplicità di fattori.

Il passaggio del termine dal regno vegetale a quello animale, fino alla fisiologia umana è l'esito di processi di lunga durata: da una parte l'imperialismo otto-novecentesco aveva trasformato il problema dell'adattamento dell'uomo a nuovi ambienti in una costante preoccupazione, e dunque in un oggetto di studio sistematico per le scienze europee, anche per quella medica. Dall'altra parte l'affermarsi del concetto è il segnale di un rinnovato rapporto di vicinanza tra uomo e altre forme del mondo vivente. La biologia ottocentesca si fonderà proprio sull'idea della separazione fra oggetti inanimati e animati, accomunati questi

fascista per l'Africa italiana, Sezione provinciale di Bari, Laterza 1939, p. 17. Sangiorgi in realtà riprende una frase utilizzata da C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit. Anche nei testi della medicina coloniale francese ricorre la metafora della "greffe végétale", cfr. A. M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques*, cit., p. 3. Per seguire il mutamento di concezioni avvenuto a fine ottocento, è sufficiente notare le diverse declinazioni che la metafora dell'"innesto vegetale" riceverà nel tempo. Anche gli illuministi facevano ricorso al paragone tra uomo e pianta; le conclusioni però erano - come nel caso dell'abate Dubos - ben diverse: «Gli stranieri che si sono acclimatati in questo o in quel paese, dopo un certo numero di generazioni sono sempre diventati simili agli antichi abitanti del paese in cui si sono stabiliti...In ogni tempo si è osservato che il clima è più potente del sangue e del suolo. Le qualità delle piante non dipendono tanto dal luogo da cui si è tratto il seme, quanto dal terreno in cui lo si è seminato...Così i semi che fanno un'eccellente riuscita in un certo paese degenerano anche quando sono seminati in un altro», G. Gliozzi, *Le teorie della razza nell'età moderna*, cit., pp. 82-83.

⁵⁸ M. Osborne, *Acclimatizing the world*, cit., p. 137.

⁵⁹ *Acclimatement*, in *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* Panckoucke, Paris 1821, pp. 78-79. Si legge nella voce: «Les effets de l'acclimatement peuvent aussi être provoqué par le médecin, comme moyen de traitement; mais, sous ce point de vue, l'acclimatement n'a point encore été étudié avec le secours de la physiologie». In Italia nel 1857, il *Dizionario di igiene pubblica e polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, parla di acclimatamento come un processo che riguarda l'uomo. La voce, influenzata dal pensiero di Humboldt, è divisa in quattro sezioni: «Acclimatizzazione»; «Acclimatizzazione degli europei nei climi caldi»; «Acclimatizzazione nei paesi e climi freddi»; «Durata dell'acclimatizzazione»; F. Freschi, *Dizionario di igiene pubblica e polizia sanitaria*, cit.

⁶⁰ Nel 1860 il medico Jean Charles Boudin scrive: «Le problème est certainement un des plus importants de la science anthropologique» J.C. Boudin, *Des races humaines, considérées au point de vue de l'acclimatement et de la mortalité dans les divers climats*, in «Journal de la société statistique de Paris», 1 (1860), p. 29-57.

⁶¹ M. A. Osborne, *Acclimatizing the World*, cit.

ultimi da una comune parentela originaria. Le radici di tale transizione sono però da ricercare più indietro. Che il campo di applicazione del termine sia tanto ampio da comprendere contemporaneamente piante, animali e genere umano è una testimonianza dell'avvenuta *naturalizzazione* dell'uomo, studiato al pari degli animali già dalla *storia naturale* settecentesca, come evidenzia l'introduzione da parte di Linneo del concetto di Homo Sapiens, esito del processo di classificazione intrapreso dallo studioso sul mondo vivente, in cui ora trova spazio, insieme alla flora e la fauna, anche l'uomo.

7.4 Acclimatazione del colono, acclimatazione del colonizzato

Se, nonostante le preoccupazioni dei medici coloniali italiani ed europei, la capacità di adattamento (o almeno di sopravvivenza) dei bianchi al clima tropicale è tra fine IX e metà XX sec. un fatto comprovato, quale rappresentazione assegna la letteratura medica all'organismo del colonizzato "trapianto" nei climi freddi e temperati?

I negri africani, per quanto si abbia fatto, non si poterono mai far prosperare in India e a Ceylon. Le speranze fondate sui *coolies* indiani perché sostituissero i lavoratori negri nelle colonie intertropicali d'America svanirono in gran parte. Questo nuovo genere di tratta, come l'antica tratta dei negri, se non è piena di orrori, è pure stata contristata di morti e si calcola che appena un ventesimo abbia sopravvissuto. Ne risulta che non è cosa pratica far emigrare negri e indiani; per queste genti nate sotto i tropici, un cambiamento di residenza, anche sotto la stessa latitudine e nella stessa parte del mondo, le decima più che non faccia un cambiamento anche più radicale per gli europei⁶².

Queste sono le considerazioni pessimistiche di Filippo Rho - nel già citato *Malattie predominanti nei paesi caldi* del 1896 - in merito alle probabilità di sopravvivenza delle popolazioni indigene fuori del loro contesto d'origine. Per i medici coloniali di età liberale, ancora fortemente ancorati ad una lettura "naturale", più che sociale dello stato di salute fisica, la schiavitù costituisce l'esempio negativo per eccellenza, la prova storica dell'insuccesso dell'adattamento delle razze negre al clima temperato.

Le conclusioni pessimistiche di Rho trovano autorevole sostegno, in realtà, nelle teorie elaborate, qualche decennio prima, da Charles Darwin ne *L'origine dell'uomo*:

Abbiamo constatato che molte razze selvagge sono tali da essere molto danneggiate nella salute, se sottoposte a mutamenti nelle abitudini di vita, e non [solo] se sono trasportate in un clima diverso. [...] Come Macnamara osserva, si è spesso sentito dire che l'uomo può resistere a tutti i climi più diversi, e ad altri mutamenti; ma ciò vale solo per le razze civilizzate⁶³.

⁶² F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 715.

⁶³ C. Darwin, *L'origine dell'uomo e la selezione sessuale*, Newton Compton Editori, Roma 1972, pp. 193-194. L'edizione originale del testo risale al 1871. In base alla sua concezione della diversità del vivente (e dunque anche della razza) come degenerazione da un modello ideale, Georges-Louis Leclerc Buffon, un secolo precedente, riteneva invece che i neri trasportati in climi temperati sarebbero, nel giro di alcune generazioni, "tornati" bianchi, riavvicinandosi al loro prototipo originario (l'uomo europeo). S. Sebastiani, *I limiti del progresso, Razza e genere nell'Illuminismo scozzese*, Il Mulino, Bologna 2008, pp. 180-183.

Una tesi - quella della vulnerabilità dell'uomo "colorato" - approfondita e sviluppata sul piano medico da Alfred Jousset, autore a fine XIX secolo di un sistematico raffronto tra i meccanismi fisiologici dell'europeo trasferito nei paesi caldi e i procedimenti organici dell'«*homme des races tropicales*».

La resistenza agli agenti climatici non è la stessa per tutti gli esseri viventi – scrive nel 1884 il medico francese⁶⁴: l'«uomo dei paesi caldi» sopporta meglio le alte temperature ma è estremamente vulnerabile al freddo. Anche la sua capacità di fare fronte al clima torrido è, di fatto, limitata: si mostra sensibile come il bianco ai fenomeni di insolazione e sembra non poter resistere agli spostamenti compiuti entro gli stessi «tropici»⁶⁵. Anche le minime variazioni d'ambiente risultano pericolose per la sua integrità fisica: «Il semble que ces hommes *ne puissent s'éloigner beaucoup du pays dans lequel ils ont habitude de vivre*»⁶⁶ scrive Jousset, sorreggendo l'ipotesi attraverso il ricorso a molteplici esempi:

Les Sénégalais ne sont pas les seuls hommes d'Afrique qui souffrent du changement de climat, les Algériens sont affectés par ce que Bertillon appelle le petit acclimatement. Les tirailleurs envoyés en 1855 dans notre comptoir de Saint Louis du Sénégal ne purent résister aux nouvelles conditions climatiques. Il est à présumer qu'il en sera de même des Marocains engagés pour les travaux du chemin de fer du Sénégal, puisque le docteur Bayol avouait dernièrement que sur 600 hommes 400 avaient été arrêtés par les premiers terrassements. Des exemples du même genre pourraient être empruntés à la vie des Hindous et des Chinois⁶⁷

Anche quando la fisiologia cede il passo alla psicologia, è ancora una volta la condotta, l'atteggiamento remissivo nei confronti delle sfide dell'ambiente a condannare il colonizzato a una "fissità" organica.

La résistance aux conditions nouvelles de l'existence est encore moins grande quand le moral est affecté. Le milieu moral pour les races inférieures semble aussi dangereux que le milieu atmosphérique nouveau; le nègre lui-même qui paraît avoir peu de soucis, qui vit surtout par les sens, se laisse déprimer par la nostalgie et par la crainte de la maladie. La civilisation en troublant la morne tranquillité dans laquelle il vit paraît l'affecter. Le coolie Hindou qui n'a quitté son pays que poussé par la misère devient également et fréquemment la proie de la nostalgie; il se montre triste, indolent, et l'on peut constater que sa nutrition souffre, que sa faiblesse musculaire devient extrême. La mort ne tarde pas alors à survenir⁶⁸.

Le concezioni di Jousset non sono isolate al contesto francese, né quelle di Rho, che conosce l'opera del fisiologo⁶⁹, all'interno della comunità scientifica italiana:

⁶⁴ Jousset ha una concezione non monolitica dell'«uomo tropicale», una categoria entro cui fa rientrare tutti i popoli «esotici». La capacità di resistenza al clima muta all'interno delle stesse «razze tropicali». «Nous aurions pu, faisant une division des races ou des variétés, intituler ce chapitre: Physiologie des hommes de race noire ou africaine, des hommes de race jaune ou mongolique et accessoirement des hommes de race jaune ou américaine». A. Jousset, *Traité de l'acclimatement et de l'acclimation*, Lahure, Paris 1884, p. 64.

⁶⁵ «Les Africains transportés du Gabon à Bakel dans le fleuve du Sénégal sont fréquemment moissonnés par la dysenterie. Les Kroumans venus du pays des Palmes à Gorée succombent à des affections des voies respiratoires» Ivi, p. 148.

⁶⁶ Ivi, p. 148-149. Il corsivo è mio.

⁶⁷ *Ibidem*

⁶⁸ *Ibidem*

⁶⁹ Citata sia nella bibliografia del manuale del 1896 sia in quella, ben più ristretta segnalata nella voce dell'Enciclopedia Treccani.

[La] razza nera [...] – scrive Sanarelli - è quella che vive meglio fra i tropici, e Darwin attribuiva l'esistenza di questa sola razza nel continente africano alla notevole immunità naturale che essa presenta contro la malaria. Ma, nonostante questa maggiore resistenza, la razza nera è suscettibile di contrarre parecchie infezioni; anzi, è particolarmente sensibile a quelle del sistema respiratorio. Per i negri, i raffreddamenti sono causa di gravissime malattie infiammatorie polmonari, e a questo riguardo basterà l'elevata mortalità manifestatasi tutte le volte che in occasione di esposizioni o altro, sono state temporaneamente portate in Europa delle tribù negre⁷⁰.

La resistenza degli indigeni alle affezioni endemiche nei tropici è a volte sintomo più di “durezza” dell'organismo che di “flessibilità” del corpo, prerogativa esclusiva del colono bianco:

Sono [...] gli individui delle zone temperate che paiono i meglio adatti a lottare con successo contro il freddo, contro il caldo e contro l'umidità. Sembra che l'attività delle loro funzioni organiche si bilanci negli atti della vita, e non sia legata a un ritmo uniforme come negli abitanti che vivono sempre in ambienti freddi o sempre caldi⁷¹.

Qui dunque si situa il discrimine tra colonizzatore e colonizzato: al primo è riconosciuta la capacità di superare i condizionamenti dell'ambiente, di affermarsi ed espandersi nel globo, al secondo no. Come si legge nel primo tomo del dizionario *Nouveau Larousse illustré* (1897) è l'uomo europeo a possedere la più alta plasticità fisiologica: «De tous les peuples ceux qui habitent les régions tempérées (Français, Anglais, Espagnols, etc.) possèdent, au plus haut degré, la faculté de s'acclimater»⁷².

Determinato nelle sue caratteristiche fisiologiche dal contesto geografico in cui vive, all'indigeno è precluso ogni mutamento in termini “spaziali”, esattamente come gli è impedita la possibilità di evolvere in senso storico. Una concezione, quest'ultima, che riscrive le basi della fisiologia di Claude Bernard, padre della medicina sperimentale.

Nella sua opera il medico francese aveva elaborato infatti un nuovo criterio di disposizione degli esseri – collocati all'interno di una scala gerarchica -, separando organismi inferiori e organismi superiori (in cui rientra “integralmente” l'uomo) in base al grado di dipendenza mostrato dalle varie forme di vita nei confronti dell'ambiente esterno. Solo gli esseri ai livelli più bassi della piramide non potevano contare, secondo le concezioni del fisiologo, su un ambiente interno di regolazione, che offriva invece all'uomo un mezzo di protezione di fronte alla variabilità del mondo esteriore⁷³.

Il colonizzato scivola così, nelle concezioni dei medici tropicalisti, fra gli organismi inferiori: mostra le stesse debolezze, gli stessi limiti che caratterizzano le specie vegetali, la cui esistenza è condizionata, come ricorda la voce «Acclimazione» dell'Enciclopedia Treccani, dalla stabilità dell'ambiente circostante.

⁷⁰ G. Sanarelli, *Manuale di igiene generale e coloniale*, cit., p. 13.

⁷¹ *Ibidem*

⁷² *Acclimatament*, in C. Augé, *Nouveau Larousse illustré*, Librairie Larousse, Paris 1897-1904, p. 43.

⁷³ Bernard traghetta il concetto di “regolazione”, presente all'interno della chimica di Lavoisier, nell'ambito dello studio medico. Le sue concezioni saranno sviluppate nel novecento da Walter Cannon, ideatore del concetto di omeostasi. Si veda F. Jacob, *La logica del vivente*, cit., pp. 216-229; G. Canguilhem, *Il problema delle regolazioni nell'organismo e nella società*, in Id., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007.

Il ritenere che un individuo vegetale possa modificarsi abbastanza profondamente da acconciarsi a vivere in condizioni ambientali molto differenti da quelle che gli sono specificamente proprie prepara all'acclimatatore sicure delusioni, perché l'attitudine della pianta ad accomodarsi alle variazioni ambientali non è mai molto ampia⁷⁴.

Solo l'intervento dell'uomo può modificare questa attitudine:

Le capacità degli altri animali e delle piante di vivere in contrade diverse da quelle in cui sono indigene è [...] molto [...] limitata, e i casi di acclimatazione spontanea, senza intervento più o meno diretto e permanente dell'uomo (naturalizzazione propriamente detta, secondo alcuni), sono piuttosto rari.

Le popolazioni africane sono dunque, come scrive Jousset, «*race déterminées*»⁷⁵, popoli extra-storici ancorati a un'unica dimensione spaziale: nell'età in cui evoluzione, trasformazione ed espansione sono spesso sinonimi - il *progresso* è nel *tempo* ma anche nello *spazio* - negare al colonizzato la possibilità di fuoriuscire dal proprio ambiente è il corollario dell'espulsione di quest'ultimo dalla dinamica progressiva di ogni società civilizzata.

Queste considerazioni permettono di soffermarsi su un paradigma consolidato nell'ambito della letteratura storiografica. Ricorre con frequenza negli studi che interrogano sotto l'aspetto della razza le "scienze dell'imperialismo" una distinzione di ordine metodologico, indicativa dell'impostazione teorica con cui viene affrontato, in questi lavori, il tema del razzismo. In base ad una «formulazione ristretta» di quest'ultimo, «come teoria scientifica che poggia su postulati di tipo biologico»⁷⁶, la letteratura coloniale che ricorre alle categorie razziali per spiegare le differenze fra i gruppi umani viene distinta, in maniera netta, dalla produzione scientifica che riconduce la diversità tra i viventi ad un complesso di fattori ambientali. Nel primo caso - si scrive - l'opzione del mutamento è negata (immutabilità della razza), nel secondo è resa possibile dall'apertura all'ambiente. Il rischio di questa lettura del fenomeno della discriminazione è stato già messo in luce da Barbara Sorgoni: la naturalizzazione delle differenze può avvenire «anche quando queste sono considerate di origine sociale o culturale e quindi, per principio, trasformabili»⁷⁷.

Ci si può chiedere quale griglia teorica risulti più adatta per l'analisi del corpus documentale della medicina tropicale. Per rispondere, è necessario esaminare con più attenzione la nozione di "ambiente" e i diversi usi che di questa si sono fatti nel campo delle scienze umane. Esiste, come si è già mostrato, nella tradizione del pensiero occidentale, un'accezione fortemente deterministica di ambiente fisico, come elemento che ha un potere assoluto di trasformazione sul vivente. In questo caso l'uomo è "comandato" dall'esterno, sottomesso ai condizionamenti che riceve.

Nel senso assegnato dai primi teorici della scienza biologica, l'ambiente costituisce invece solo uno dei due poli del rapporto tra uomo e contesto geografico, un rapporto regolato dalle

⁷⁴ Solo l'intervento dell'uomo può modificare questa tendenza: «Le capacità degli altri animali e delle piante di vivere in contrade diverse da quelle in cui sono indigene è [...] molto più limitata, e i casi di acclimatazione spontanea, senza intervento più o meno diretto e permanente dell'uomo (naturalizzazione propriamente detta, secondo alcuni), sono piuttosto rari». A. Castellani, F. Rho, *Acclimatazione*, cit.

⁷⁵ A. Jousset, *Traité de l'acclimatation et de l'acclimatation*, cit., p. 154.

⁷⁶ B. Sorgoni, *Parole e corpi*, cit., p. 245.

⁷⁷ Ivi, p. 252.

capacità del vivente di selezionare ed orientare a suo favore gli stimoli che provengono dall'ambiente stesso; in questo caso la vita non è sottomissione, ma capacità di istituire un proprio ambiente⁷⁸.

Come ha scritto Lucien Febvre, opponendosi polemicamente alle teorie climatiche: «è un comodo artificio comportarsi come se gli esseri viventi fossero sprovvisti di quella spontaneità, di quella facoltà di creare novità in un ambiente [supposto come immutabile], che è la vera essenza della vita»⁷⁹. È proprio con la geografia umana di Vidal de la Blanche, di cui Febvre si dichiara discepolo, che si afferma un'idea di ambiente come elemento che l'uomo, attraverso la tecnica, e secondo i suoi bisogni, struttura e organizza. Difficilmente, scrive lo storico francese, l'uomo si troverà ad affrontare una natura su cui non ha già profondamente agito.

Se si assume come definizione di razzismo quella proposta da Alberto Burgio - ogni operazione che traduce in termini naturalistici caratteristiche storicamente determinate di individui e gruppi⁸⁰ - non si potrà non notare come le logiche del determinismo climatico naturalizzino i gruppi umani in modo altrettanto rigido delle teorie razziali.

Un solo gruppo umano sembra sfuggire, nel discorso della medicina coloniale, alla legge che assegna unicamente al bianco la capacità di espansione e affermazione:

Vi sono poi razze che raggiungono il massimo di adattabilità, come la ebraica, e forse questo è dovuto a molteplici fattori, come l'origine semita, la provenienza originaria dai climi caldi dell'Asia, e la secolare vita di peregrinazioni, spesso dolorose e terribili che debbono aver prodotto una lunga, costante selezione naturale. Certo è che l'israelita si trova da per tutto, vive, prospera si riproduce, si adatta persino alla vititazione e agli usi locali e attende alle sue occupazioni, anche faticose⁸¹.

Tra età liberale e fascismo questa rappresentazione, che assegna al bianco (e con stupore, all'ebreo) la massima plasticità fisiologica, mentre condanna l'indigeno a subire senza appello i fattori ambientali, va incontro ad alcune modifiche. Dopo la prima guerra mondiale, che aveva visto la presenza di truppe coloniali indigene in Europa in numeri fino a quel momento inediti, le fonti mediche riporteranno descrizioni più sfumate. L'evidenza storica non permette più di postulare una inevitabile degenerazione del colonizzato trasferito in Europa, i cui processi fisiologici, nel periodo di spostamento, sono ormai descritti come analoghi a quelli che regolano l'organismo del bianco.

«Le truppe indigene trasportate in Francia dai territori dell'impero francese e inglese - scrive Carlo Maurizio Belli nel 1928 - furono duramente colpite dalla polmonite e dalla tubercolosi»

⁷⁸ Cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit.; Id., *La conoscenza della vita*, cit.

⁷⁹ L. Febvre, *La terra e l'evoluzione umana*, cit., p. 427.

⁸⁰ A. Burgio, G. Gabrielli, *Il razzismo*, Ediesse, Roma 2012.

⁸¹ G. B. Mariotti Bianchi, *Igiene coloniale*, in D. Ottolenghi, *Trattato d'igiene. Igiene militare, igiene coloniale, legislazione ed ordinamenti sanitari*, Vallardi, Milano 1933-34, pp. 970-971. L'immagine degli ebrei come "razza" in grado di acclimatarsi in ogni regione della terra è un vero e proprio *topos* della letteratura medica. Si veda anche F. Freschi, *Dizionario di igiene pubblica e polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, cit., pp. 61-76: «Ne abbiamo un esempio il più eloquente nella razza ebraica la cui dispersione sulla terra fattasi ben assai tempo prima dell'era volgare, non impedì però che si mantenesse pura da ogni mescolanza e incrocio con le altre».

⁸². Ma si tratta di un processo - avverte il medico - non dissimile a quello che interessa gli europei appena arrivati in colonia, sprovvisti di quell'immunità verso le affezioni dominanti che solo dopo aver incontrato la malattia i bianchi potranno acquisire⁸³.

Sulle "limitatezze" della fisiologia indigena le fonti però continueranno ad insistere, restringendole questa volta ad ambiti isolati, circoscritti a singole affezioni verso cui "l'africano" si mostra più vulnerabile. Primo caso fra tutti quello della tubercolosi: una malattia che più facilmente trascina con sé forme di rappresentazione sociale della malattia legate al concetto di degenerazione.

Nell'esaminare le capacità di resistenza alla tubercolosi dei diversi gruppi umani Grixoni, nel 1926, fa appello alla razza come criterio di indagine epidemiologica (dopo aver, in realtà, lungamente trattato la questione in termini di immunità acquisita e di resistenza innata). Tra i fattori che determinano l'alta mortalità per tubercolosi in colonia quest'ultima, scrive, «ha un'importanza indiscussa. Tutti sanno che la tubercolosi è estremamente frequente e mortale nella razza nera, la quale si mostra più ricettiva della razza gialla». La facilità nel contrarre la malattia mostrata dai popoli africani risulta evidente in circostanze di mutato ambiente geografico: «Il fatto si constata già in sito ma aumenta in maniera impressionante allorché questi individui sono allontanati dai paesi di origine». E continua:

La migrazione è tanto più funesta quanto più grande lo spostamento, e gli effetti sono più sensibili allorché nelle trasmigrazioni si segue la direzione dei meridiani anziché quella dei paralleli, e le distanze fra il luogo di partenza e di arrivo sono superate in più breve periodo di tempo⁸⁴

È facile rinvenire qui i caratteri del modulo deterministico caro agli autori di epoca liberale per segnalare l'inferiorità fisiologica delle razze conquistate, modulo declinato ora entro lo spazio di una specifica entità nosografica. Il fenomeno, per Grixoni, appare ancor più manifesto guardando ai dati di mortalità per tubercolosi registrati, tra le truppe coloniali dislocate in Francia, nella prima guerra mondiale. I decessi causati dall'affezione - sottolinea il medico militare - sono notevolmente più numerosi nei reparti di lavoratori provenienti dal Sudafrica e nelle compagnie di truppe indigene: «fra gli inglesi si ebbe fra i colpiti il 5% di morti, fra gli africani il 56%»⁸⁵.

Cifre non dissimili si trovano anche nell'esercito coloniale francese dislocato sul Reno - scrive Grixoni - dove «l'indice di morbilità, per la sola tubercolosi in certi reparti come quelli senegalesi (che costituivano la maggioranza delle truppe nere) è stato quasi 10 volte superiore a quelle del contingente europeo».

⁸² C. M. Belli, *Igiene coloniale*, Unione tipografico-editrice torinese, Torino 1928, p. 51.

⁸³ «Cambiando di luogo, e messo in contatto per la prima volta con infezioni verso cui non gode della protezione immunitaria, [l'uomo] è presto colpito da morbi endemici locali e, superando l'infezione, ottiene l'immunità, in conseguenza della quale va sempre meno soggetto ad ammalarsi. Per questa ragione gli europei all'arrivo nei paesi caldi mostrano verso le affezioni endemiche una suscettibilità spiccata che va attenuandosi col prolungarsi del soggiorno. Parimenti avviene, quando le popolazioni di colore emigrano in altre regioni colpite da endemie locali, verso cui sono prive di immunità». *Ibidem*

⁸⁴ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., pp. 18-21.

⁸⁵ «Né solo fra gli africani si verificò il fatto: i reparti dei lavoratori delle isole Figgi [sic] (Oceano Pacifico) furono dovuti rimpatriare a causa dell'inferire della tubercolosi tra essi. [...] Le divisioni indiane ebbero una morbilità per tubercolosi del 27,4% di effettivi, mentre quelle britanniche non superarono l'1,1%». Ivi, pp. 21-23.

Eppure, sottolinea l'ufficiale sanitario, l'opera di selezione del contingente era stata effettuata con cura. I soldati avevano ricevuto il vaccino contro «l'infezione pneumonica» ed erano stati trasportati in Europa nella stagione estiva perché potessero adeguatamente acclimatarsi. Neanche le privazioni del conflitto costituiscono una spiegazione sufficiente: «[...] il fatto [non] può addebitarsi alla guerra coi suoi patemi e con i suoi innumerevoli disagi perché la morbilità e la mortalità per la tubercolosi continuano anche ora ad essere fra le truppe nere, dislocate in Renania con l'esercito francese, altissime e ad evoluzione molto rapida»⁸⁶.

Non resta dunque che fare ricorso ad un elemento "naturale" come principio di spiegazione del comportamento fisiologico differenziato che presentano coloni e colonizzati sul piano della malattia. D'altra parte, l'evoluzione della tubercolosi nei «neri adulti», scrive Grixoni, riportando uno studio del batteriologo Amédée Borrel, ha un decorso simile a quella che si constata nei bambini, e «sperimentalmente nella cavia e nella scimmia»: un andamento in nessun modo comparabile con quello dell'organismo "europeo".

Oltre al passo citato dell'opera di Grixoni, non sono però molti gli studi italiani che fanno cenno agli "insegnamenti" che il primo conflitto mondiale ha portato nella conoscenza della "fisiologia" dei popoli colonizzati, quando invece la morbilità, la mortalità, la resistenza o predisposizione alle malattie dei soldati indigeni in Europa erano divenute oggetto d'analisi, durante e dopo il conflitto, della letteratura francese e inglese⁸⁷. In Italia compaiono solo alcuni riferimenti alle soluzioni alimentari sperimentate durante il conflitto per favorire l'adattamento delle truppe "africane" e "indiane" «ai grandi freddi»⁸⁸.

Il silenzio delle fonti italiane non deve però ingannare: la prima guerra mondiale ha introdotto alcune modifiche nel paradigma sotteso al concetto di acclimatazione. Ora ad ogni "razza" viene riconosciuta la possibilità di adattamento a diversi contesti, se preceduta da un periodo di "acclimatazione"⁸⁹. Un mutamento nelle rappresentazioni mediche del colonizzato che va di pari passo con la modificazione dell'immagine del "nativo" offerta dalle esposizioni coloniali tra le due guerre. Ad essere "esibiti" alla fine del primo conflitto mondiale non sono più popolazioni "selvagge" ma indigeni "addomesticati", colonizzati che portano traccia, sul proprio corpo, del processo di civilizzazione. I villaggi "etnici" ricostruiti per il pubblico europeo tra le due guerre mostrano indigeni al lavoro o con indosso l'uniforme militare, a testimonianza della rinnovata posizione acquisita dai sudditi coloniali come parte integrante del corpo nazionale della metropoli⁹⁰.

Ma ancora negli anni trenta, Castellani scriverà nel suo volume *Clima e acclimazione*: «i negri dell'Africa non prosperano nei climi freddi mentre vivono benissimo sotto i torridi de l'Africa e l'America»⁹¹; e Zavattari nel 1940: «La razza bianca, e la nostra razza italiana in maniera maggiormente spiccata, nel corso di qualche millennio di civiltà, è divenuta altamente

⁸⁶ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 20.

⁸⁷ Ad esempio si veda: M. Lasnet, *État sanitaire des troupes noires de l'armée du Rhin (troupes sénégalaises) pendant l'hiver 1919-1920*, in «Annales de médecine et de pharmacie coloniales», 18 (1920), pp. 1-8; Camail, Cazanove, *Considérations sur la valeur physique des contingents indigènes recrutés à Madagascar pendant la durée de la guerre*, in «Annales de médecine et de pharmacie coloniales», 18 (1920), pp. 8-46.

⁸⁸ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., pp. 60-61.

⁸⁹ G. Mennona, *Appunti di igiene coloniale*, Casa editrice poligrafica universitaria Carlo Cya, Firenze 1934.

⁹⁰ S. Lemaine, *Dal "selvaggio" esibito all' "indigeno" addomesticato*, in S. Lemaine, P. Blanchard, N. Bances, G. Boetsch, E. Deroo (a cura di), *Introduzione in Zoo umani*, cit., pp. 127-136.

⁹¹ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 4.

plasmabile, si è resa capace di trasferirsi in ambienti profondamente diversi e di non venirne notevolmente colpita [...]: i popoli di colore sono assai meno plastici e assai meno passibili di adattamento; quanto più si discende verso le razze primitive, tanto più questa plasticità si va riducendo»⁹²; impossibile concedere pienamente al colonizzato quella “flessibilità” organica e capacità di espansione che è una prerogativa fondamentale del colonizzatore.

Nei prossimi paragrafi si cercherà di seguire più da vicino le diverse concezioni che i medici italiani elaboreranno, tra fine ottocento e metà novecento, in merito alla capacità di acclimatazione delle differenti “razze” umane.

7.5 Clima, igiene e razza: le concezioni e i mutamenti

Nel 1898, di fronte al pubblico della Royal Geographical Society di Londra, l'ufficiale medico Louis Sambon denunciava con forza la cecità di chi ancora riteneva il clima responsabile della “degenerazione” del bianco nei tropici:

The general opinion is that intertropical regions are inimical to the European on account of their climate. I will show you that this is not so. [...] Those who believe that the heat of the tropics is noxious to European, uphold their contention by stating that it induces disease, and they mention anaemia, hepatitis, and sunstroke. At one time, undoubtedly, these diseases were attributed to the direct and sole agency of solar heat, just as malarial fevers were attributed to the moonshine; but now they have been inscribed deeply on the tablets of bacteriology, and certainly the demonstration that disease belongs to the domain of parasitism is the greatest advance that medical science has ever made⁹³.

Sambon è un uomo della rivoluzione batteriologica: anemia⁹⁴, epatiti e colpo di calore - malattie citate dai fautori dell'idea che il clima fosse responsabile dell'alta mortalità dei bianchi nei tropici - si trasformano, nel suo intervento, in infezioni di natura parassitologica: «parasitic nature of anemia and hepatitis has been generally recognized. [...] I [also] firmly believe the febrile distemper called sunstroke in India to be an infectious disease»⁹⁵. In ragione delle nuove scoperte della medicina, Sambon si dichiara fiducioso nelle possibilità che l'intero globo divenga presto accessibile all'uomo bianco:

In former years, under the influence of early teaching, I shared in the pessimistic opinions then current about tropical colonization by the white races. In recent years, however, my views on this subject have undergone a complete revolution. [...] I now firmly believe in the possibility of tropical colonization by the white races. Its practicability has already been proved for many countries. I believe the time will come when it will be proved

⁹² La citazione è tratta da F. Cassata, *Molti, sani e forti*, cit., p. 250. Nella rilettura biologica che Zavattari fa della teoria del lebensraum sono forti gli echi delle concezioni diffuse sull'acclimatamento del bianco e del colonizzato.

⁹³ L. Westenra Sambon, *Acclimatization of Europeans in Tropical Lands*, in «The Geographical Journal», XII, 6 (1898), pp. 589-599.

⁹⁴ Molto dibattuta, tra i medici coloniali, è la questione della così detta *anemia tropicale*: l'esistenza cioè di una specifica forma climatica di anemia che colpirebbe i bianchi emigrati nei tropici e che sarebbe responsabile del pallore che si riscontra tra gli europei colonizzatori. Come già Filippo Rho aveva fatto nel 1996, Castellani sottolineerà trent'anni più tardi che l'anemia tropicale è pura mitologia.

⁹⁵ L. Westenra Sambon, *Acclimatization of Europeans*, cit.

for all countries⁹⁶.

Le idee di Sambon vengono introdotte in Italia da Filippo Rho, primo studioso a mettere in luce, come riconoscono i suoi successori, l'irrelevanza del clima nella riuscita del processo di adattamento del bianco nei tropici: «dice il Rho: l'acclimatazione è una questione di igiene»⁹⁷.

Riassumendo la rassegna fatta dalle modificazioni funzionali indotte dal clima caldo nell'organismo europeo, vediamo che molto si è creato coll'immaginazione e molto esagerato dalla maggior parte dei medici che si occupano di questo argomento. Molti casi clinici si vollero spiegare esclusivamente o per l'azione preponderante del clima: non solo, ma, partendo da questi casi, si volle generalizzare troppo, e trovare in tutti un depauperamento fisiologico generale, una riduzione di tutte le funzioni che in realtà non si incontra né negli indigeni, né negli europei residenti, né nella loro discendenza, a meno che intervengano degli altri e ben più reali fattori patogenici⁹⁸.

Ciò che prima era attribuito al fattore climatico, sostiene Rho - riprendendo le parole utilizzate dal medico francese Auguste Frédéric Dutroulau nel 1861⁹⁹ -, ora è assegnato alla mancanza di igiene e a cause parassitarie. Grazie a una rigida disciplina igienica, il processo di adattamento dell'europeo si svolgerà senza incontrare ostacoli: le supposte modificazioni che i climi caldi provocano, secondo un'opinione diffusa, nella fisiologia del bianco, non sono altro che alterazioni di lieve entità, del tutto irrilevanti per la riuscita del processo di adattamento.

Negli individui non indeboliti da altre cause, l'ematosi è normale, la temperatura è identica a quella che si osserva nei paesi temperati e freddi, e, se vi è qualche modificazione nella respirazione, è di pochissimo conto, rilevabile a malapena in individui in stato di riposo e da attribuirsi a minor bisogno di calorificazione¹⁰⁰.

Nell'esaminare l'intero quadro dei ritmi vitali dell'organismo - oltre ai valori della temperatura e della respirazione - Rho minimizza gli scarti di valore riscontrati dai medici, concordando in parte con le ricerche di Christiaan Eijkman¹⁰¹, medico olandese impegnato nell'osservazione delle fisiologie degli "emigrati" olandesi a confronto con i meccanismi funzionali delle razze indigene, in particolare sul piano del regime metabolico.

Solo un corpo malato, e dunque già debilitato - secondo le concezioni dell'ufficiale medico

⁹⁶ Ivi, p. 599.

⁹⁷ G. B. Mariotti Bianchi, *Igiene coloniale*, cit., p. 970. Rho sarà tra i promotori di questa visione anche a livello internazionale, accanto a Sambon e a Manson.

⁹⁸ F. Rho, *Malattie predominanti*, cit., p. 710.

⁹⁹ Rho si inserisce nella scia (minoritaria) inaugurata da Dutroulau negli anni sessanta dell'ottocento, che nel suo manuale scriveva: «Pour cela, il faut sans doute que l'Européen puisse vivre, s'implanter et faire souche sous ces latitudes; mais ce résultat n'est plus dès lors qu'une question d'acclimatement individuel que l'hygiène, privée, aidée des immunités naturelles, peut parvenir à résoudre, et non une question d'acclimatement, d'espère et de race». A. F. Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales) climatologie, maladies endémiques*, J. B. Baillière et Fils, Paris 1868, pp. 106-107.

¹⁰⁰ *Ibidem*

¹⁰¹ Christiaan Eijkman (1858-1930), medico olandese, direttore dell'Istituto patologico di Batavia a fine secolo, poi docente all'Università di Utrecht. È tra i pochi autori, come si vedrà più avanti, a sostenere l'equivalenza fra i processi fisiologici dell'europeo e quelli delle altre razze, facendo ricorso a fattori sociali nella spiegazione della diversità riscontrate nei processi di regolazione dell'organismo del colono e del colonizzato.

italiano - non è in grado di sostenere il cambiamento: il clima tropicale finirebbe sì, in questo caso, per aggravare le condizioni del colono.

L'adattamento dell'europeo "sano", senza patologie pregresse, ai climi tropicali è invece possibile ed è dimostrato da fattori di evidenza "politica" oltre che medica - sottolineerà anni più tardi Rho nella voce del dizionario enciclopedico:

La sempre crescente espansione coloniale, lo straordinario successo ottenuto dai Nordamericani nel risanamento della zona del canale di Panama (in altri tempi una delle più mortifere regioni del mondo) l'accrescimento della popolazione bianca e la relativa prosperità degli stati dell'America Latina, anche all'infuori dell'immigrazione, dimostrano che in generale morbosità e mortalità alte, quando esistono come nel passato, sono conseguenze dell'anarchia igienica anziché delle influenze climatiche¹⁰².

Ma già nel suo manuale del 1896 Rho notava come la colonizzazione spagnola e portoghese del nuovo continente costituissero una prova storica evidente della possibilità per il bianco (dei paesi meridionali in questo caso) di trasferirsi stabilmente nei tropici, contrastando le teorie che vedevano nelle agitazioni politiche dei paesi sudamericani un evidente prodotto della degenerazione razziale dei primi «conquistadores».

Le stesse statistiche di mortalità dei militari inviati in colonia segnalavano - si è già visto - il significativo miglioramento della salute degli europei in colonia: una conferma - sottolinea Rho - delle potenzialità insite nella disciplina igienica, valido strumento d'azione non solo nei climi temperati ma anche nelle regioni tropicali, due spazi sotto questo aspetto non così eterogenei¹⁰³.

Nonostante le decise critiche dell'ufficiale medico alla tesi del «depauperamento fisiologico» dell'europeo nei tropici, nella letteratura medica continuerà ad essere presente l'immagine del bianco come individuo in stato di «*imminenza morbosa*»¹⁰⁴, come soggetto incapace di tollerare un'infrazione alle sue abitudini fisiologiche. Quasi vent'anni più tardi, nel 1914, Giuseppe Sanarelli così descrive gli effetti dell'azione prolungata del calore sul corpo umano "europeo":

Le alternative di calore eccessivo e di umidità, l'azione intensa dei raggi solari, l'esuberante luminosità, l'azione dei venti [...], sono altrettanti fattori dei climi caldi i quali, dopo aver esercitato una iniziale influenza eccitatrice sull'organismo del nuovo arrivato, non tardano a deprimerlo rallentando il ricambio, ostacolando gli scambi respiratori, perturbando le sue funzioni digestive. L'organismo ridotto quindi in condizioni di minor resistenza, non presenta più le necessarie barriere di difesa contro le malattie infettive dominanti. Quelle stesse affezioni che sono proprie anche delle zone temperate, ma alle quali si sfugge facilmente in condizioni di salute e sotto un clima propizio, divengono molto più terribili sotto il clima tropicale e colpiscono con frequenza e gravità insolita l'organismo indebolito dell'emigrante e del colono¹⁰⁵.

¹⁰² A. Castellani, F. Rho, *Acclimazione*, cit.

¹⁰³ «Per i soldati inglesi la differenza [tra i tassi di mortalità] è tale fra le ultime e le antiche cifre, che si ha il diritto di asserire [...] che le misure pubbliche e individuali possono conseguire anche nei climi tropicali gli splendidi successi tenuti nei climi d'Europa», F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., pp. 711-712.

¹⁰⁴ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 8. Il corsivo è nel testo. Una preoccupazione per lo stato patologico "normale" del colono ai tropici che risuona nelle parole del maggiore francese Louis Lagarde: «I soldati che diconsi acclimatati non sono che dei convalescenti o degli invalidi». Ivi, cit., p. 717.

¹⁰⁵ G. Sanarelli, *Manuale di medicina e igiene coloniale*, cit., pp. 4-5.

Sotto gli stimoli “eccessivi” del clima tropicale, il bianco risulta suscettibile, molto più che in condizioni normali, di cadere ammalato. È ciò che il neurologo e psichiatra Kurt Goldstein chiamerà, qualche anno più tardi, “situazione catastrofica”: uno stato in cui il vivente è “comandato” dall’esterno, è destinato cioè a soccombere al variare delle condizioni ambientali, a meno che non si trovi, come un malato, all’interno di un ambiente protetto¹⁰⁶.

Ciò non significa che Sanarelli - nel suo manuale di igiene coloniale - neghi la potenza e la capacità di espansione del bianco, il più adatto tra le “razze” ad acclimatarsi nelle regioni più impervie del globo. L’adattamento è descritto, con echi di socialdarwinismo, come una lotta tra uomo e ambiente, lotta che solo l’individuo dei climi temperati può superare, dato che il nero - troppo abituato alla «facilità» della vita - non è addestrato a sfidare ciò che lo circonda e a combattere i mali esterni. In virtù della sua supposta flessibilità, l’organismo del colono europeo è posto da Sanarelli come norma, come canone in base al quale giudicare la fisiologia delle altre “razze”.

Contro cosa deve lottare il bianco per riuscire nel processo di acclimatazione? Due sono le cause di difficoltà per l’europeo nei tropici: le «speciali endemie proprie dei paesi caldi» e il clima “eccessivo”, fuori “norma”, del contesto coloniale:

L’esposizione alle temperature elevate, anzitutto, si fa sentire direttamente su due organi che sono in diretto rapporto con l’ambiente esterno: il polmone e la cute. Tutti i tessuti e gli organi ricevono come una viva *eccitazione*, così, le ferite - se non si complicano - si cicatrizzano con una rapidità sconosciuta nei paesi temperati. La cute esagera la sua funzione a tal punto che si verificano delle vere eruzioni sudorali: la respirazione si accelera e un senso di forza e di stimolo invade, fin da principio l’organismo. Ma si tratta, ordinariamente di fenomeni di breve durata¹⁰⁷.

Dopo l’iniziale eccitazione delle funzioni vitali, subentra una nuova alterazione, questa volta in senso depressivo, dell’organismo:

Alla congestione periferica succedono l’anemizzazione e la stanchezza dei tessuti: la respirazione si rallenta e le combustioni organiche si affievoliscono, tanto che la quantità di Co₂ emessa, nei tropici, diminuisce del 12,24 % [...]. Si ha dunque un minor consumo d’aria, minore esalazione di Co₂, minore eliminazione di vapore acqueo, sicché molti *materiali di denutrizione* sono trattenuti nell’organismo, e si accumulano nel fegato che congestiona. La *sensibilità epatica* che si riscontra in buona parte degli Europei, nei climi tropicali, trova, dunque, la sua causa nella iperfunzione del fegato [...]. Le alterate funzioni dell’organismo, dovute all’azione del calore, portano, anche, disturbi generali di indole nervosa o congestizia. [...] Così il sistema nervoso può diminuire o perdere la sua tonicità a tutto scapito dei poteri termoregolatori¹⁰⁸.

L’acclimatazione non costituisce però un semplice concetto “teorico”, campo di riflessione di accademici lontani dalla pratica coloniale, ma una nozione operativa che serve a

¹⁰⁶ Le riflessioni di Goldstein sono sviluppate in relazione ai traumi subiti dai soldati durante la prima guerra mondiale. Cfr. K. Goldstein, *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*, Nijhoff, Leiden 1934.

¹⁰⁷ Ivi, pp. 41-42.

¹⁰⁸ *Ibidem*. I termini in corsivo sono nel testo.

organizzare lo spazio d'oltremare¹⁰⁹. Nelle relazioni compilate dai medici dei commissariati e delle residenze della Colonia Eritrea, su richiesta del governo nel 1917¹¹⁰, il termine compare con frequenza ed è utilizzato per indicare il livello di salute degli italiani trasferiti nel possedimento africano e l'abitabilità delle diverse regioni della colonia primigenia. A differenza degli autori prima citati, i medici che esercitano in colonia hanno una percezione differenziata della pericolosità del clima tropicale, e si rivelano piuttosto ottimisti sulle possibilità di adattamento del bianco sull'altipiano:

[Nel Seraè] gli Europei si acclimatano relativamente bene e presto. Meno prontamente pare vi si adattino gli indigeni del bassopiano, a quanto risulta dall'osservazione di un reparto di truppa qui dislocato, i cui nei primi tempi se ebbe una percentuale molto maggiore di malati che negli altri reparti reclutati in zone limitrofe¹¹¹.

Il clima di Cheren «è mite ed oltremodo favorevole agli europei»¹¹², e quello di Adi Ugri è «fra i più salubri della colonia [...]. Sia i bianchi che gli indigeni, provenienti da altre località della colonia sopportano benissimo questo clima e molto se ne giovano»¹¹³. Le difficoltà del processo di adattamento sono però evidenti nelle regioni del bassopiano:

Tutti gli europei risentono danni dal clima di Agordat, specialmente nel periodo di acclimatazione. I disturbi di questo periodo sono l'inappetenza, stipsi, cefalea, l'abulia, capogiri, ipocondria, anemia. Passato questo primo periodo, se l'individuo è di costituzione robusta resiste abbastanza bene senza risentire per il momento disturbi apprezzabili (se si toglie l'impossibilità di potersi applicare a lungo intellettualmente). Se l'individuo è debole seguirà ad avere, con intervalli di relativo benessere, i disturbi su accennati¹¹⁴.

Uguale difficoltà sono sentite dagli ascari stanziati ad Agordat provenienti dall'altopiano. Ed anche se la Dancalia - scrive il capitano medico Romualdo Ganora - è una «zona è abbastanza salubre e adatta ad essere abitata senza soverchio disagio dagli europei», nei mesi estivi le giornate divengono umide, afose, difficilmente sopportabili per gli italiani:

È in questi periodi che i bianchi soffrono per il caldo, per l'umidità, per il lichene, per la debolezza prostrante, per l'insonnia, per l'inappetenza; quando non compaiono anche, specialmente se non si ha la prudenza di usare l'elemento tropicale, cefalee, vertigini e altri fenomeni più gravi a carico del sistema nervoso. [...] Inoltre l'umidità, l'afa delle notti e dei torridi pomeriggi contribuiscono insieme alle laboriose digestioni (in parte dipendenti dall'insufficienza del ghiaccio e del vitto vegetariano) e alla deficiente ossigenazione ed ozonizzazione dell'aria (dipendente dalla scarsa vegetazione locale) a causare, anche nelle fibre più robuste, un'astenia, un torpore, una depressione tale di ogni energia fisica e intellettuale che il lavoro diventa quasi

¹⁰⁹ L'operatività del concetto risulterà con ancora più chiarezza negli anni dell'impero, in cui si ritroverà nella gestione dell'istituzione militare, come si è visto, nonché nella pianificazione urbana; accenni a quest'ultimo tema si trovano in V. Santoianni, *Il Razionalismo nelle colonie italiane 1928-1943. La «nuova architettura» delle Terre d'Oltremare*, tesi di dottorato, Università degli Studi di Napoli Federico II, 2007-2008, p. 140.

¹¹⁰ ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 1034, f. Consiglio sanitario - Vigilanza sanitaria - Inchieste e statistiche, circolare n. 14528, 27 ottobre 1917 dal Governo ai direttori degli ospedali e delle infermerie: «Prego le S.S. L.L. voler rimettere con cortese sollecitudine a questo Governo una breve relazione circa le condizioni sanitarie della regione nelle quali esplicano l'opera Loro, con speciale riguardo al clima alle malattie predominanti, ed al comportamento dei bianchi e degli indigeni provenienti da altre località della Colonia».

¹¹¹ Ivi, Relazione sanitaria n. 267, 3 novembre 1917 - Infermeria presidiaria di Adi Caiè.

¹¹² Ivi, Relazione sanitaria n. 723, 4 novembre 1917 - Infermeria Regionale di Cheren.

¹¹³ Ivi, Relazione sanitaria, 4 novembre 1917 - Infermeria presidiaria di Adi Ugri.

¹¹⁴ Ivi, Relazione sanitaria n. 30 6 novembre 1917 - Ospedale coloniale Arimondi di Agordat.

impossibile. [...] A tali disturbi ho potuto constatare, durante la mia permanenza in Assab, che anche gli ascari abissini van soggetti tanto quanto i bianchi.

E conclude:

Per cui se si voglia tener conto esclusivamente delle condizioni igieniche degli organismi ed evitare il loro immancabile deperimento, sarebbe opportuno che la permanenza sia degli europei sia degli indigeni dell'altipiano in Assab non venisse protratta oltre un anno¹¹⁵.

A partire dalla metà degli anni venti, nuove critiche saranno mosse, alle concezioni ottimistiche di Rho e Sambon.

Per quanto da molti si tenda a negare ogni valore all'influenza del clima sulla patologia tropicale, l'esperienza clinica secolare che l'ha costantemente riconosciuta non può essere annullata [...] La maggior parte degli studiosi insiste ancora sull'azione perturbatrice che l'ambiente tropicale esercita in genere e in particolare sull'europeo che non ha subito sufficiente adattamento¹¹⁶.

L'opinione di Giovanni Grixoni, autore nel 1926 di un volume di geografia medica coloniale, è ripetuta, a due anni di distanza, dall'ufficiale medico Arrigo Pedrazzi:

è poi questa concezione [le idee di Rho], che raggiunge, presso alcuni [tropicalisti], accenti così assoluti, esente del tutto da critiche? È dunque soltanto la misura igienica la pietra di paragone sulla quale si deve saggiare tutto il problema dell'acclimatazione nei climi caldi? Malgrado la chiarezza e la evidenza delle cifre [...] noi non possiamo chiudere il problema in termini così angusti. L'acclimatazione nei paesi caldi è un problema fisiologico oltre che igienico¹¹⁷.

Anche Enrico Persano, che a inizio secolo difendeva le tesi della scienza batteriologica - «la natura del clima non ha alcuna influenza essenziale diretta sulla salubrità di un paese»¹¹⁸ - corregge le sue convinzioni a fine decennio, mutando il testo delle conferenze da lui stesso tenute all'Istituto agricolo coloniale di Firenze nel 1907 per la seconda edizione del suo volume *Igiene dei paesi caldi* (1929):

Le idee sulla importanza dell'influenza climatica si sono molto mutate in questi ultimi decenni mentre prima il clima era ritenuto il grande solo colpevole della spaventosa mortalità dei coloni nei paesi tropicali, si è arrivato ora da alcuni, in seguito alle recenti scoperte scientifiche sulle vere, dirette cause delle malattie, a voler togliere

¹¹⁵ Ivi, *Sulle condizioni climatiche e patologiche di Assab*, 1° ottobre 1917. Uguale pessimismo si riscontra nella relazione del medico Giovanni Zeffiro a proposito delle condizioni di sanità del Gasc e Setit: «I bianchi in questa regione non riescono ad adattarsi completamente. Dopo un corto tempo di permanenza dei bianchi a Barentù, si comincia in essi a notare dimagrimento ed illanguidimento delle forze non troppo accentuato però; lieve stato di ipocondria con repentino passaggio dalla depressione alla ipereccitabilità. Oltre al clima, vi contribuisce credo in gran parte l'ambiente sociale in cui si vive (l'elemento bianco è qui di dieci persone circa) e nei giovani anche la mancanza della donna europea, venendo così a mancare una delle principali funzioni dell'organismo, la sessuale. Non voglio con ciò dire che in questi paesi l'organismo soffra troppo, perché individui sani, robusti e morigerati possono sentire poco taluni disturbi e resistere a lungo. L'adattamento (non completo però) è possibile per molti, ma non per tutti». Documento riportato in M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana*, cit., pp. 141-142.

¹¹⁶ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 4.

¹¹⁷ A. Pedrazzi, *Quesiti dell'acclimazione*, cit.

¹¹⁸ E. Persano, *L'igiene coloniale*, in «L'agricoltura coloniale», 1 (1907), pp. 122-123.

ogni valore all'influenza climatica con evidente alterazione della verità¹¹⁹.

A queste conclusioni Persano fa seguire, come d'altronde anche Pedrazzi e Grixoni, un elenco delle modificazioni che si registrano nell'organismo dell'europeo in fase di acclimatazione: alterazioni che riguardano la temperatura corporea, la respirazione, il battito cardiaco, la digestione e il funzionamento del sistema nervoso.

All'analisi delle variazioni fisiologiche di un corpo sottoposto a nuovi fattori climatici è interamente dedicata l'opera già citata di Aldo Castellani, *Clima e Acclimazione*. Il volume si presenta come compendio degli studi che, a partire dal settecento, i pionieri della medicina tropicale e studiosi del XIX e XX sec. avevano sviluppato attorno alle (supposte) modificazioni indotte dal clima nell'organismo dell'europeo colonizzatore. Castellani costruisce un quadro analitico degli effetti di alterazione, patologica o fisiologica, provocati dal clima sulla «temperatura del corpo umano», «sulla respirazione», «sulla circolazione», «sulla crasi sanguigna», «sulla digestione», «sull'apparato genito-urinario», «sulle ghiandole endocrine», «sullo sviluppo», «sulla cute», riformulando su basi quantitative il funzionamento “anormale” dell'uomo bianco ai tropici. Lo studio è condotto su uno sfondo comparativo, in cui le costanti fisiologiche “alterate” e “in transizione” dell'europeo conquistatore sono messe in relazione con i ritmi funzionali delle popolazioni locali. L'impostazione del lavoro di Castellani non costituisce una novità nel panorama della letteratura medica. Abbiamo già visto, con Jousset, che i meccanismi fisiologici del bianco trapiantato ai tropici erano studiati tenendo conto delle potenzialità funzionali che le razze “autoctone” mostravano sotto il loro stesso clima¹²⁰. Le radici di tale dispositivo teorico sono però da ricercare ancora più indietro.

A partire da Claude Bernard, la fisiologia si era infatti costituita come scienza sperimentale, diretta non più all'osservazione “passiva” dell'organismo (collocato nel suo ambiente naturale), ma all'analisi “attiva” del corpo, scomposto “matematicamente” in organi e funzioni messi alla prova all'interno dello spazio controllato del laboratorio. Le principali vie di accesso alla “verità” dell'organismo si erano così cristallizzate, dalla metà dell'ottocento in poi, in due procedure di “alterazione”: la riproduzione sperimentale della malattia (lo stato patologico è rivelatore di quello normale), e la modificazione delle condizioni ambientali esterne¹²¹.

Se è necessario dunque, nella medicina otto-novecentesca, disequilibrare o patologizzare per osservare il funzionamento “corretto” del vivente - oltre che applicare gli strumenti della chimica - allora è sempre una dimensione di alterazione a risultare significativa per la comprensione dei meccanismi di regolazione organica. In questo senso l'ambiente tropicale costituisce - lo si sottintende nei testi di medicina coloniale - la riproduzione su vasta scala di un ambiente sperimentale: consente un'osservazione diretta perché facilmente innesca processi patologici nel corpo dell'europeo. Il fisiologo in questo caso non deve più intervenire

¹¹⁹ E. Persano, *Igiene dei paesi caldi*, cit., p. 78.

¹²⁰ Jousset non è l'unico a occuparsi di questo tema, si veda anche A. Rattray, *Physiological changes induced in human economy by change of climate*, in «Proceeding of the Royal Society», (1871); J. Orgeas, *La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation*, Octave Doin, Paris 1886; F. Plehn, *Tropenhygiene, mit specieller Berücksichtigung der deutschen Kolonien*, Fischer, Jena 1902.

¹²¹ F. Jacob, *La logica del vivente*, cit., p. 216-229.

lesionando l'organo o introducendo sostanze tossiche, come faceva Bernard: l'ambiente tropicale opera contemporaneamente una modificazione delle condizioni di vita dell'europeo e una sua progressiva patologizzazione. Lo si evince bene da questo passo:

L'aria della camera delle macchine del piroscavo - scrive Castellani parlando delle navi dirette a Ceylon - è satura di vapore acqueo ed ivi si possono trovare certi angoli, presso i condensatori, con alte temperature e senza movimento d'aria. Quando il piroscavo si trova nella parte più calda del Mar Rosso, in un mese caldo, se una persona, leggermente vestita ed in buona salute, si pone in uno di questi angoli con un termometro clinico in bocca, da prima avrà copiosissimo sudore ma la temperatura sua andrà gradualmente salendo e il numero delle pulsazioni aumentando e se la persona troncherà l'esperimento perché si sente male la temperatura tornerà lentamente alla norma. Noi abbiamo ripetuto questa semplice osservazione parecchie volte¹²².

L'idea che lo spazio coloniale costituisca un promettente laboratorio per la scienza europea, largamente utilizzata dalla storiografia interessata allo sviluppo delle scienze nel contesto dell'imperialismo, va però collocata in un quadro più ampio, e precisata facendo riferimento al significato che la dimensione sperimentale acquista per ogni singola scienza.

Tra otto e novecento i confini del laboratorio si andranno infatti notevolmente ampliando, fino a comprendere non solo lo studio dell'uomo "artificiale" anche l'esame dell'uomo "concreto", osservato all'interno del proprio ambiente (che non presenta i caratteri uniformi e controllati propri dello spazio sperimentale). Non è solo dunque l'Africa un «living laboratory»¹²³; gli studi sulla fatica costituiscono un esempio di come l'indagine medica si stesse indirizzando a inizio novecento verso l'analisi dei limiti dell'organismo, colto in azione, e non solo delle sue medie "statiche"¹²⁴.

Il mondo coloniale offre però nuove possibilità per uno sguardo comparativo sul vivente; un campo, quello della fisiologia comparata, che necessita ancora di apporti, come sottolinea Castellani nel 1933:

Recentemente - scrive il medico - noi abbiamo cercato di esaminare le differenze di temperatura fra indigeni ben nutriti e sani ed europei, con diete individuali, tenendo conto delle differenze stagionali, degli effetti del lavoro e del vestiario¹²⁵.

L'espansione europea coincide infatti, per la medicina, con la scoperta delle "fisiologie differenti", oltre che dell'anatomia differente, già al centro dell'osservazione degli antropologi. «Le razze colorate - scrive Rho riportando le ricerche di Eijkman - possiederebbero forse una maggiore potenza di *regolazione fisica* del calore animale, e questo

¹²² A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., pp. 68-89. Anche il viaggio attraverso il Mar Rosso costituisce dunque, per la medicina tropicale, un'occasione di ricerca: «Le esperienze fatte da Chalmers e da me stesso nelle nostre traversate dal Ceylon all'Europa stanno ad attestare gli effetti delle alte temperature su noi stessi ed anche sui passeggeri nostri compagni di viaggio che prendevano interesse nelle nostre indagini».

¹²³ L'espressione è ripresa dal titolo dell'opera: H. Tilley, *Africa as a Living Laboratory: Empire, Development, and the Problem of Scientific Knowledge, 1870-1950*, University of Chicago, Chicago 2011.

¹²⁴ Ne sono un esempio, in Italia, gli studi di Angelo Mosso su cui si veda: M. Nani, *Fisiologia sociale e politica della razza latina. Note su alcuni dispositivi di naturalizzazione negli scritti di Angelo Mosso*, in A. Burgio, L. Casali, *Studi sul razzismo italiano*, cit., pp. 30-60.

¹²⁵ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 43.

spiegherebbe la loro maggiore attitudine al lavoro fisico nei climi caldi»¹²⁶. È chiaro come qui siano le norme biologiche a determinare quelle sociali e non viceversa: l'organismo (quello degli indigeni) non si regola sul proprio genere di vita ma è regolato dalle caratteristiche dell'ambiente. A volte il peso dei fattori sociali è riconosciuto, ma con delle limitazioni:

l'alimentazione dei malesi è più povera di albumina e soprattutto in grassi di quella degli europei. Ciò non dipende, secondo E. [Eijkman], da una causa climatica, bensì unicamente da una questione economica; l'alimentazione vegetale è meno cara del regime carneo, essa è altresì più povera in albumina e grasso. Mentre su l'albumina totale necessaria agli europei il 35% soltanto proviene dai vegetali, presso i malesi il 70 e l'80 % ha quest'origine. Ne risulta che fra l'alimentazione dei malesi e quella degli europei vi ha precisamente questa differenza che si incontra dovunque fra le alimentazioni delle classi povere e quelle ricche, differenza che è proporzionata al prezzo delle sostanze¹²⁷.

Rho continua, reintroducendo una spiegazione "naturale":

Non ci piacciono le interpretazioni unilaterali in questioni così complesse; pur ammettendo che in fatto di alimentazione molto dipenda dalle condizioni economiche e sociali, nonché dalle abitudini rispondenti ai prodotti predominanti ed alle risorse dei vari paesi, secondo i generi di agricoltura, ecc., non men vero che nei paesi meridionali anche fra le classi ricche si fa minor consumo di sostanze albuminoidi e dei grassi si consumano a preferenza quelli tratti dal regno vegetale.

Che si consideri l'ambiente come una somma di componenti fisiche o come un insieme di fattori sociali e naturali, nell'osservazione delle analogie o delle diversità tra i processi vitali "europei" ed "indigeni" gioca un ruolo preponderante la statistica, e l'analisi si risolve nella formulazione di medie numeriche delle differenze riscontrate:

L'indice di Arneth in fanciulli indigeni sani - scrive Castellani - fu ricercato da Breinl, da Priestly e da altri. Rappresentando il tipo di Europeo normale sano colla cifra 40, i fanciulli indigeni presentavano variazioni tra 71,6 e 83,86, mentre nell'adulto indigeno si ha 74,04. Essi sono dell'opinione che l'alterazione nel quadro ematico sia il prodotto delle influenze climatiche e non come ritenne Scott Maefie, in dipendenza delle forme abortive di malaria¹²⁸.

E ancora:

Da Langen e Schut hanno studiato lo zucchero contenuto nel sangue degli indigeni e negli europei di Giava ed anche in certi animali come conigli, cavie, e galline ed hanno trovato che il tasso è più alto che in Europa. Questa iperglicemia è dovuta al calore e all'umidità che forse stimolano di più la funzione delle ghiandole surrenali¹²⁹.

Nella letteratura medica compare a volte il dato inverso¹³⁰: il nero è un soggetto ipoglicemico e questo perché conduce una vita commisurata alle proprie (limitate) possibilità.

¹²⁶ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 699. Il corsivo è nel testo.

¹²⁷ Ivi, pp. 702-703.

¹²⁸ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 53.

¹²⁹ *Ibidem*

¹³⁰ Cfr. G. Lefrou, *Le noir d'Afrique: anthropo-biologie et raciologie*, Payot, Paris 1943.

Questi dati quantitativi tradiscono come il bianco rappresenti - agli occhi di Castellani e dei suoi colleghi tropicalisti - il quadro “normale” delle costanti fisiologiche: solo il suo regime di vita può essere ritenuto normativo, capace cioè di istituire leggi che hanno valore di canone per l’organismo.

In anni successivi allo scritto di Castellani, Mario Camis, in missione in Somalia durante la guerra italo-etiopica per una ricerca sulle variazioni subite dal metabolismo basale dell’italiano in colonia, messo a confronto con il funzionamento dell’organismo «perfettamente acclimatat[o]» degli indigeni, noterà che: «i valori normali [in Somalia] praticamente non esistono» nè nei nativi né bianchi lì trasferiti¹³¹. Con la misurazione sempre più sistematica della fisiologia del colonizzato degli anni venti e trenta, il corpo dell’indigeno non è più il luogo della “meraviglia” ma il luogo degli indici sballati.

Lo studio di Castellani si inserisce dunque in una consolidata tradizione dell’analisi medica. Ciò che però lo distanzia dai lavori precedenti è la fiducia che l’autore ripone nella misurazione della differenza: le variazioni e le differenze di stato (tra coloni e colonizzati, tra europeo in patria ed europei emigrati) ci sono e vanno dunque sistematicamente quantificate. In nessun modo entra nel pensiero del medico fiorentino una riflessione sui fattori sociali causanti la malattia ai tropici, fattori che invece la medicina francese aveva iniziato a prendere in considerazione negli anni venti sotto l’impulso della geografia umana di Vidal de la Blanche, giunta nelle scienze sanitarie attraverso la mediazione di Maximilien Sorre¹³².

Dopo aver ricordato le diverse opinioni elaborate in merito alle modificazioni indotte dall’ambiente, Castellani esamina nel suo volume del 1933 l’eziologia del colpo di calore e descrive le diverse teorie elaborate per spiegare il rapporto tra raggi solari e pigmentazione della pelle umana. Segue questa conclusione:

Chalmer ed io abbiamo sempre pensato che la base delle più grandi quantità di malattie e di morti nei tropici sia l’imperfetta igiene e non l’influenza climatica ma abbiamo sempre ritenuto che il clima tropicale in per sé abbia un’influenza nociva. [...] Nei climi tropicali, in generale il metabolismo basale è nettamente più basso che nella zona temperata e vi è una evidente diminuzione del tono vasale. Ciò varrebbe a indicare che le condizioni climatiche per sé sono capaci di agire sull’organismo e possono darci ragione, fino ad un certo punto, dell’evidente svogliatezza e indolenza facile a riscontrarsi nei nativi¹³³.

Non è difficile intravedere in questo passo i motivi dominanti della secolare tradizione del determinismo climatico. Impossibilitato ormai ad ammettere - dopo gli studi di Manson, Sambon e Rho - un’influenza esclusiva del clima sulla fisiologia patologica dell’uomo, Castellani fa riemergere il clima come agente responsabile degli stati psichici del colono:

¹³¹ La missione, che avrà luogo tra novembre 1935 e l’agosto 1936, è promossa dalla Reale Accademia d’Italia ASDMAE; *MAI* vol. III, b. 105, volume di M. Camis, *Metabolismo basale ed alimentazione in Somalia. Primo contributo alla fisiologia tropicale in Africa Orientale*, Reale Accademia d’Italia, Roma 1936, pp. 9-29.

¹³² D. Simon, *Quand un concept écologique fait date: L’invention du ‘complexe pathogène’ en géographie*, in «Revue d’histoire des Sciences Humaines», 28, (2016), pp. 253-272; P.O. Méthot, *‘Birth, Life, and Death of Infectious Diseases’: Charles Nicolle (1866-1936) and the Invention of Medical Ecology in France*, in «History and Philosophy of the Life Sciences», 2 (2019).

¹³³ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 151.

Una colonizzazione Europea permanente di una regione bassa dei tropici, con clima uniforme, caldo, umido e senza stagioni fredde, non è realizzabile, secondo noi per la razza bianca perché un clima caldo e uniformemente umido sopportato per anni diminuisce la resistenza contro le malattie ed ha un effetto deleterio sul sistema nervoso¹³⁴.

Nelle teorie di Castellani si registra dunque uno spostamento concettuale: l'influenza del clima c'è, ma è tutta a carico del sistema nervoso. Le altre funzioni dell'organismo rimangono, nella lunga durata, non compromesse:

Sembra che le cellule del sistema nervoso obbediscano alla legge generale per cui l'attività dell'organismo aumenta con la temperatura più alta ma solo fino ad un certo punto oltre al quale si verifica una notevole depressione funzionale. Questo è quello che avviene in molti europei sebbene una grande quantità di lavoro mentale e fisico possa essere compiuta nei tropici se si gode di buona salute. I nativi sono meno esposti a risentire degli effetti depressivi di un'alta permanente temperatura. È possibile che questa condizione [...] possa indebolire il controllo dei centri superiori su quelli inferiori e determinare la così detta "irritabilità tropicale". Ciò può anche produrre lo scoppio di quella che Plehn chiama "collera tropicale" (*Tropenkoller*), forma psichica che gli autori francesi denominano anche "sudanite" e "biskrite" per cui si hanno parossismi passionali provocati da banali incidenti¹³⁵.

"Sudanite", "ghiblite" (dal vento libico "ghibli", di cui si temeva l'azione snervante), "amok"¹³⁶, sono patologie psichiche frequentemente citate anche in altri lavori di medicina tropicale¹³⁷. Per Castellani, possono interessare sia l'europeo che gli indigeni:

Ciò si è visto non soltanto negli europei ma anche negli indigeni i quali sono capaci di atti violenti sotto l'influenza di un'irragionevole collera, e questa sembrerebbe una delle ragioni delle aggressioni e dei gravi delitti che avvengono in certi paesi dei tropici e rappresenterebbe un fattore importante della genesi dell'"amok"¹³⁸.

Ciò che preoccupa Castellani, in ultima analisi, è l'abbassamento del tono "organico" e mentale dell'europeo, il rilassamento "patologico" dello stile di vita e delle sue capacità funzionali. Cosa si nasconde dietro questa concezione? L'idea che una vita non "produttiva", come quella che si svolge nei tropici, costituisca una minaccia, che l'esistenza del colonizzato non sia altro che una "diminuzione", anche in termini fisiologici, di quella europea. L'esistenza oltremare è, per il medico, "ontologicamente" sbagliata: una vita senza lavoro, o in cui il lavoro è impedito nelle sue forme "normali", non può che produrre danni all'organismo. Per questo è necessario un periodico rimpatrio del colono nei climi temperati:

¹³⁴ Ivi, p. 152. Stesse conclusioni verranno riportate nella voce dell'Enciclopedia Treccani, costruita come somma delle opinioni, spesso non coincidenti, di Rho e Castellani.

¹³⁵ Ivi, p. 57.

¹³⁶ Stefan Zweig intitola così un suo racconto edito nel 1922. Cfr. S. Zweig, *Amok*, Adelphi, Milano 2012. Per Ernesto De Martino amok, latah, olon sono stati psichici in cui «la presenza tende a restare polarizzata in un certo contenuto, non riesce ad andare oltre di esso e perciò scompare e abdica come presenza» E. De Martino, *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino 2012, pp. 70-73.

¹³⁷ Fino alla metà anni trenta, quando la nevrastenia tropicale verrà trattata come specie nosografica a sé stante, gli autori ammettevano l'esistenza di patologie nevrotiche solo come correlato a una predisposizione pregressa. M. Scarfone, "La nevrastenia sotto i tropici". *I disturbi mentali dei bianchi in colonia*, cit., p. 389-405.

¹³⁸ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., pp. 57-58.

Nella nostra esperienza, la durata della residenza merita considerazione perché l'Europeo, malgrado ogni cura, può debilitarsi per causa diretta dei climi; e allora per lui diventa una necessità ritornare in un clima temperato, altrimenti dopo un certo periodo di tempo (la lunghezza del quale varia a seconda gli individui) la sua salute è minata e l'individuo si ammalerà¹³⁹.

Il pericolo dunque non si presenta all'inizio del trasferimento ai tropici - il medico lo sostiene, lo si è visto, anche a proposito delle truppe italiane inviate in Etiopia - ma alla fine del processo di transizione: «È necessario [...] tener presente che taluni europei viventi nei tropici, in luogo di diventare immuni agli effetti del calore del sole, dopo alcuni anni possono diventare più suscettibili e si sensibilizzano dopo un lieve attacco»¹⁴⁰. Dietro la lunga permanenza si nasconde lo spettro della *degenerazione* del bianco.

Le concezioni di Castellani si sostanziano infatti di una visione pessimistica del mutamento, possibile solo in termini di degradazione, allontanamento dalla varietà originale, non diversamente da come, a metà settecento, dunque prima dell'evoluzionismo, Buffon intendeva la trasformazione nel tempo degli organismi. Lontane dal mettere realmente in dubbio la superiorità fisiologica del bianco, le tesi di Castellani costituiscono una riformulazione più cauta e "scientifica" - il medico non crede più dell'esistenza di malattie climatiche - del timore di antica data per la *tropicalizzazione* del bianco, che nel mondo anglosassone si era cristallizzata in una specifica espressione: «going black», regredire¹⁴¹.

Lo spettro della degenerazione non emerge solo nell'analisi dei fenomeni psichici ma anche dall'esame della fisiologia di soggetti fino a quel momento al di fuori dello sguardo dei medici tropicali: donne e bambini europei trapiantati ai tropici. L'impossibilità di affidare al clima tutta la responsabilità delle infezioni, costringe infatti Castellani a spostare lo sguardo su nuove aree di indagine, come quella dell'endocrinologia, una scienza in sviluppo nei primi decenni del novecento.

Il problema delle secrezioni endocrine è stato studiato poco nei tropici e qualche considerazione che noi faremo in via generale non sarà fuor di luogo. [...] Queste secrezioni ormoniche o endocrine eccitano e regolano l'attività metabolica di altri organi, d'onde l'influenza sui processi vitali di tutto l'organismo¹⁴².

Il primo processo ormonale ad essere influenzato dal clima - anche se il medico ammette come vi siano ancora molti dubbi - riguarda l'età di sviluppo dei «giovani Europei» residenti oltremare. Sia le ragazze sia tra i ragazzi bianchi mostrano una precocità sconosciuta in madrepatria - mai equiparabile però a quanto accade dei «fanciulli indigeni», la cui maturazione in giovane età «è certamente un attributo della razza»:

Ancora un po' dubbio se il clima abbia qualche influenza sull'inizio delle regole mestruali essendo possibile che altri fattori influiscano su di esse: fattori di razza, di ambiente, di ereditarietà, condizione sociale, occupazione. In linea generale si può dire che più caldo è il clima e più presto compare la prima mestruazione ma vi sono

¹³⁹ Ivi, pp. 151-152. Che il ritorno ad una vita "normale" fosse ritenuta la soluzione più efficace per curare stati patologici in colonia, lo testimoniano le terapie indicate per gli individui colpiti da "nevrastenia tropicale": lavoro e rimpatrio. M. Scarfone, "La nevrastenia sotto i tropici", cit., p. 27-38.

¹⁴⁰ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 80.

¹⁴¹ M. Scarfone, "La nevrastenia sotto i tropici", cit.

¹⁴² A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 61.

delle eccezioni. La mestruazione inizia un anno prima nelle giovani europee residenti in paesi tropicali al confronto di quelle che vivono nelle zone temperate. La media in Europa è dai 14 ai 15 anni; in India comincia nel 48,4% a 13 o 14 anni e nel 50,07 % a 14 o 15 anni¹⁴³.

A proposito dello sviluppo maschile, Castellani aggiunge analoghe considerazioni: «la pubertà nei ragazzi europei in India compare in un'età minore che nei climi temperati, spesso a 13 anni, mentre nelle zone temperate la media è verso i 14 o i 15». Questi fenomeni fanno parte in realtà di un più generale stravolgimento dei ritmi vitali del bianco “adolescente” in colonia, ritmi che subiscono un'accelerazione straordinaria nei “paesi caldi”: «generalmente si ritiene che unghie e capelli crescano più presto nei tropici» ma anche «la saldatura delle epifisi si ha in India in un'età precoce che nell'Europa». Castellani però aveva già sottolineato, nella voce «Acclimazione» della Treccani, come questo rapido sviluppo non costituisca un sinonimo di salute e resistenza alle malattie; la crescita troppo rapida, per il medico italiano che si rifà agli studi di Rattray, va «spesso a detrimento della robustezza; i giovinetti appaiono smilzi, delicati e fisicamente meno resistenti e prestanti dei loro genitori»¹⁴⁴. Opinioni simili venivano riportate, anche se in modo rapido, anche da Rho nel 1896, che però concludeva come i pericoli dell'“adolescenza ai tropici” fossero ancora oggetto di concezioni vaghe e di tono allarmistico: «all'ambiente fisico - scrive il medico torinese - si può rimediare col soggiorno sui colli per qualche estate, e dell'ambiente morale e intellettuale non si può far colpa al clima»¹⁴⁵.

Ma i giovani non sono le uniche “categorie” di europei a risentire del cambiamento climatico a livello dei processi ormonali: «Ben poco si conosce [infatti] - sottolinea Castellani - sull'età in cui la menopausa si verifica nelle razze indigene e nelle europee viventi nei paesi tropicali». Anche qui il processo sembra subire una forte anticipazione: «secondo alcuni osservatori la menopausa nelle negre e nelle razze indiane si verifica alquanto più presto che nelle europee. King però nega questo fatto». In ogni caso sembra accertato che «la menopausa produc[a] maggiori disturbi nelle donne Europee nei paesi tropicali e tende a determinare nevralgia».

Delle maggiori difficoltà di adattamento delle donne al clima tropicale Castellani aveva già trattato nelle pagine precedenti:

Stati di lieve nevralgia sono comunissimi nei tropici e si dice siano più frequenti nelle donne che negli uomini in dipendenza della vita speciale, quasi eccezionale, che molte donne menano nei tropici ove, per lo più, sono prive di una serie di occupazioni e con pochissimo lavoro domestico¹⁴⁶.

Un pensiero condiviso da altri autori¹⁴⁷, anche se in forma più sfumata. La donna - scrive Persano nel 1907 - può vivere nelle colonie (solo in quelle più salubri) e «può vivere bene»,

¹⁴³ Ivi, pp. 64-65.

¹⁴⁴ F. Rho, A. Castellani, *Acclimazione*, cit.

¹⁴⁵ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 709.

¹⁴⁶ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., pp. 57-58.

¹⁴⁷ Castronuovo riprende nel 1930 l'idea che le donne in menopausa, se deboli e non acclimatate, possono risentire degli effetti dannosi del clima, G. Castronuovo, *Lezioni di medicina esotica e coloniale*, Vol. I, Ediz. rinnovamento Medico, Napoli 1930, p. 22.

ma comunque mostrerà una vulnerabilità al nuovo ambiente maggiore dell'uomo, al vertice della piramide della flessibilità organica.

Nella più gran parte delle colonie inglesi e francesi quasi sotto ogni latitudine, le donne sono assai numerose e il loro stato di salute è ordinariamente buono. La loro resistenza è però sempre minore a quella dell'uomo e, anche nelle migliori condizioni vanno incontro con una certa facilità a disturbi anemici¹⁴⁸

All'interno dunque della categoria "uomo" (universale o europeo), considerato sul piano della sua flessibilità fisiologica, non rientra affatto la donna, categoria non sottintesa dai testi che si interessano al problema dell'adattamento dell'europeo nelle terre di conquista.

Che i processi vitali della donna risultino intaccati è supposto - scrive Castellani - da alcuni studi sulla fertilità sotto i tropici.

Probabilmente la fecondità non subisce alterazioni nelle Europee benchè vi siano dubbi al riguardo e sembra a sia accertata che essa decresca dopo la seconda e terza generazione. Si ritiene che gli aborti siano nelle Europee più frequenti nelle zone temperate e che parimenti le emorragie post-partum siano più frequenti, ma queste osservazioni hanno bisogno di essere più accuratamente vagliate prima di venire accettate¹⁴⁹.

È chiaro come la contrapposizione fra le opinioni di Rho e le idee di Castellani sia figlia della diversa dimensione temporale e spaziale in cui i due medici tropicalisti operano. Rho costruisce la sua tesi sulle capacità di adattamento del bianco facendo riferimento alla statistica militare, ai dati cioè di mortalità e morbilità registrati per i corpi di spedizione coloniali, i primi italiani a risiedere nei possedimenti d'oltremare.

Nella critica di Castellani all'irrelevanza medica del fattore climatico, ruolo determinante hanno invece gli studi sulla fisiologia dell'infanzia europea nata nei tropici e sulle capacità di procreazione della donna, una preoccupazione largamente diffusa negli imperi delle altre nazioni europee¹⁵⁰ (Castellani - lo si ricorda - si era formato in Inghilterra, dove i timori per la "discendenza" europea ai tropici costituivano un tema di primo piano). Dunque non più militari, ma civili "arrivati" in un secondo tempo nelle colonie.

In Italia, le opinioni attorno all'alterazione dei meccanismi fisiologici della donna oscilleranno tra ottimismo e pessimismo¹⁵¹, fino a metà degli anni trenta, quando le esigenze di popolamento dell'impero e di preservazione della razza imporranno una torsione alle tesi mediche. «Sconsigliabile è [...] la permanenza delle donne e dei bambini in molte parti dei

¹⁴⁸ E. Persano, *L'igiene coloniale*, in «L'agricoltura coloniale», 5-6 (1907), p. 331.

¹⁴⁹ A. Castellani, *Clima e acclimazione*, cit., p. 66.

¹⁵⁰ Sulle preoccupazioni per la salute della donna europea in colonia si veda N. R. Hunt, "Le bebe en brousse" *European Women, African Birth Spacing, and Colonial Intervention in Breast Feeding in the Belgian Congo* in F. Cooper, A. L. Stoler, *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1997.

¹⁵¹ Persano, ad esempio è possibilista: «La gravidanza è generalmente ben sopportata, ma la secrezione latteaa è di rado abbondante, anzi, quasi sempre molto scarsa, il che rende impossibile o per lo meno insufficiente l'allattamento materno». È ottimista, come Rho, anche sulle possibilità di crescita dei bambini nei tropici: superato il periodo dell'allattamento sono passati i maggiori pericoli: «Anche nei climi tropicali dunque purchè non eccessivi, i bambini nati da genitori bianchi possono crescere sani e forti purchè non manchino di tutte le cure e di tutti i comodi necessari». E. Persano, *L'igiene coloniale*, in «L'agricoltura coloniale», 5-6 (1907), p. 331.

bassopiani»¹⁵², ma «sull’altopiano eritreo-tigrino e sull’altopiano etiopico» entrambi potranno sicuramente prosperare¹⁵³; e se «a parità di condizioni individuali e di luogo, la donna resiste meno dell’uomo alla vita coloniale», una volta che l’acclimatazione è avvenuta «la gravidanza è perfettamente tollerata e decorre normalmente»¹⁵⁴. Per promuovere la politica demografica del regime, alcuni testi medici giungeranno fino ad enfatizzare la facilità dell’acclimatazione femminile con la conseguenza di mettere da parte ogni problema di fecondità ai tropici¹⁵⁵.

Non è questo il solo tema a subire una torsione negli anni dell’impero. Dopo il 1935, nuovi concetti emergeranno nella definizione al processo di adattamento, inteso come stato transitorio dell’organismo, e nuovi criteri verranno introdotti nella valutazione degli esiti dell’avvenuta trasformazione fisiologica.

Quand’è che può dirsi conclusa con successo l’acclimatazione dell’europeo? A questa domanda i testi degli anni venti rispondevano facendo riferimento alla riuscita del processo sul piano del singolo organismo e solo successivamente toccando il problema dell’“adattamento della razza”. Belli nel 1928 scrive:

L’acclimatazione individuale consiste in ciò che l’uomo bianco nato e vissuto ad una certa età in una regione temperata e per conseguenza abituato allo stato fisico, meteorico e sanitario proprio di essa, quando si trasferisce in un paese a clima caldo, possa vivere ed esplicare la sua attività in condizioni di benessere come in patria¹⁵⁶

Il problema della “continuità nel tempo” dell’europeo compare solo a volte congiunto con quello delle sfide dell’adattamento individuale:

L’Europeo si può considerare come perfettamente acclimatato in un paese caldo quando è arrivato a porsi in piena armonia con l’ambiente sì da non poter essere ostacolato nella libera manifestazione di ogni forma delle proprie attività e da poter avere una discendenza¹⁵⁷

Con la fondazione dell’impero, una prospettiva di lunga durata diviene il criterio preponderante per giudicare la riuscita del processo di acclimatazione: è sul piano

¹⁵² M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle. Nozioni pratiche di igiene e di medicina ad uso degli italiani dimoranti nelle colonie*, Tip. G. Barbera di Alfani e Venturi, Firenze 1938, p. 20.

¹⁵³ A partire dalla guerra d’Etiopia si fa strada, tra le pagine delle riviste mediche il tema dell’acclimatazione dell’infanzia: A. Andruzzi, *Assistenza sanitaria ai bambini europei nei territori coloniali*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 9 (1937); Trambusti, *Acclimatazione e alimentazione del bambino in Africa*, in «Difesa Sociale», 7 (1941).

¹⁵⁴ G. Penso, *Igiene della vita coloniale*, INA, Roma 1939, pp. 19-20.

¹⁵⁵ Barbara Sorgoni registra questo passaggio a proposito degli scritti di Giorgio Alberto Chiurco e Antonino Consoli: si veda B. Sorgoni, *Parole e corpi*, cit., pp. 198-201. Stesse opinioni si ritrovano in L. De Giorgi, *Il problema del meticciato*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 6 (1940). Che la gravidanza in colonia sia possibile, se si seguono attentamente le regole igieniche prescritte, è dato per scontato nel prontuario curato da Felice Arfelli, sulla base degli appunti del corso di nozioni coloniali tenuto a Bologna (e rivolto ad un pubblico femminile) dall’Istituto fascista dell’Africa italiana: F. Arfelli (a cura di), *Sanità della razza in colonia*, Istituto fascista Africa italiana, Sezione provinciale di Bologna 1942.

¹⁵⁶ C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit., p. 91.

¹⁵⁷ E. Persano, *Igiene dei paesi caldi*, cit., p. 81. Rho nel 1896 già toccava il problema dell’acclimatazione della razza ma lo risolveva con l’ibridismo, come si vedrà più avanti, di fatto annullando in questo modo (il meticciato non era sentito dal medico torinese come un fattore di degenerazione) ogni timore per la continuità della comunità europea insediata ai tropici.

dell'adattamento "generazionale" che si collocano ora i timori per la vulnerabilità del bianco trapiantato ai tropici:

È canone fondamentale dell'igiene coloniale che un popolo, una razza si può considerare perfettamente acclimatata quando ogni individuo non solo riesce a vivere in un luogo in buona salute, ma anche a riprodursi presso a poco normalmente e a generare figli sani e robusti allo stesso modo e con le stesse percentuali o almeno poco dissimili da quelli dei climi temperati¹⁵⁸.

La salute e la purezza dei discendenti costituiscono gli indicatori più validi della riuscita del processo di trasformazione, come testimoniano le indicazioni Giuseppe Sangiorgi, aggiornate alla politica fascista della difesa del prestigio di razza:

Una razza può considerarsi acclimatata sotto un nuovo clima quando:

- 1) la natalità si verifica come in madrepatria rimanendo superiore alla mortalità
- 2) i caratteri psico fisici dei discendenti sono immutati
- 3) il grado di civiltà delle nuove generazioni non hanno [sic] subito alcun regresso rispetto alle popolazione metropolitane¹⁵⁹

È dunque evidente come, nell'intero arco dell'espansione coloniale, le questioni sottese al tema dell'adattamento non siano affatto statiche: l'acclimatazione rimanda, tra fine XIX e metà XX sec. a diversi significati, ciascuno dei quali emerge in sostituzione del precedente. Da questione legata al problema della *sopravvivenza* nei tropici, il tema verrà utilizzato, a inizio novecento, per indicare le sfide di un adattamento che ponga il bianco in una posizione di superiorità nei confronti dell'ambiente: una modificazione sollecitata dai successi dell'imperialismo e dall'efficacia delle nuove tecniche batteriologiche. La conquista dell'Etiopia e la politica demografica del regime trasformeranno il termine in un interrogativo sulla discendenza dei coloni trapiantati e in un monito contro il pericolo dell'incrocio razziale. L'igiene coloniale si assumerà il compito di assicurare la sopravvivenza, la possibilità di prosperare nel senso di vivere secondo la propria normalità, non ostacolato da elementi naturali e pericolose vicinanze con il colonizzato, e infine di garantire la continuità e stabilità razziale del colono.

Questa enfasi e attenzione continua per la componente climatica e per gli stati di trasformazione dell'organismo (a livello fisiologico o psichico), che si registra negli autori della medicina tropicale di epoca liberale e fascista, non deve confondere. Quello dei medici è un discorso sulla vulnerabilità dell'europeo in cui elementi del determinismo climatico si

¹⁵⁸ Istituto coloniale fascista, *Nozioni coloniali per le organizzazioni femminili del Partito nazionale fascista*, cit., p. 122.

¹⁵⁹ G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale. Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero*, Istituto fascista per l'Africa italiana - Sezione provinciale di Bari, Laterza 1939, p. 18; ugualmente Girolami: «Il processo di adattamento alle condizioni climatiche di una nuova località si dice acclimazione o acclimatemento. L'acclimatazione è perfetta se l'individuo riesce a vivere nel nuovo ambiente senza più risentirne nocive influenze, anzi prosperandovi come nel paese di origine. Oltre l'acclimatemento individuale vi è l'acclimatemento di razza. Per questo si richiede che anche i discendenti dell'individuo trasmigrato siano in grado di vivere e prosperare nel nuovo ambiente senza intervento di nuovi individui provenienti dalla patria senza commistioni di incroci con gli indigeni», M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle. Nozioni pratiche di igiene e di medicina ad uso degli italiani dimoranti nelle colonie*, Tipografia G. Barbera di Alfani e Venturi, Firenze 1938, p. 18.

confondono - anche nelle visioni più pessimistiche - con la fiducia nella capacità di affermazione sull'ambiente esterno. Scrive Giuseppe Nisticò nel 1939:

Oggi però che l'Italia nostra, una e forte, sotto la saggia guida del Duce, ha saputo meravigliosamente vincere e l'uno e l'altro nemico, e che terre immense e piene di promesse sono aperte al lavoro delle nostre masse, bisogna che il cittadino italiano sappia come anche nei paesi caldi possa vivere e prosperare. [...]. La credenza quindi che l'uomo di razza bianca chiamato a vivere in colonia debba subire questa insalubrità come una fatalità dipendente dalle condizioni meteorologiche, ha oggi solo un valore relativo¹⁶⁰.

Nato come concetto nell'ambito del vitalismo lamarckiano, che si appoggiava su una visione armonica dell'universo (non vi è mai crisi tra esseri viventi e natura) l'acclimatazione si tradurrà, nel quadro del colonialismo italiano, e specialmente fine anni trenta e inizio quaranta, in una fiducia superomistica sulle potenzialità di affermazione dell'uomo bianco; fiducia che si alterna ad una preoccupazione per la degenerazione dell'europeo (non più a livello individuale ma di "specie") e allontana il concetto dalle idee evoluzioniste che l'avevano originato.

In un'epoca in cui mutare significa progredire piuttosto che andare cioè incontro ad una diversità (come sosterrà Darwin¹⁶¹ ma non la volgarizzazione del suo pensiero), l'acclimatazione preoccupa perché mette in crisi la continuità del vivente come progressivo miglioramento del "tipo originario". Lo spazio ha infatti a che fare più con la variabilità che con la stabilità delle forme di vita.

Come ovviare a queste fragilità? Solo una dimensione fortemente controllata può contrastare gli "eccessi" che la vita coloniale comporta, in termini sanitari come sul piano dei comportamenti sociali. Di qui la pubblicazione di numerosi prontuari igienici - come si vedrà nel prossimo paragrafo -, veri e propri catechismi sanitari in cui la vita del colono è regolata minuziosamente sotto ogni aspetto (alimentazione, vestiario, abitazione, lavoro, igiene). Prescrizioni igieniche si confondono facilmente, in queste pubblicazioni, con disposizioni di carattere morale e indicazioni di natura politica.

Il dibattito che si sviluppa attorno al lavoro dell'italiano in colonia costituisce un esempio significativo di questo nesso. Fino alla costituzione dell'impero, quando la propaganda promuoverà nel discorso pubblico la nuova figura dell'"operaio coloniale", il lavoro era fortemente sconsigliato dai medici tropicalisti¹⁶². Un organismo affaticato, privato della

¹⁶⁰ G. Nisticò, *Per chi va in Africa: norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'impero italiano*, Tipografia Castion di Carlo Ferrari, Portogruaro 1939, p. 7.

¹⁶¹ «Non vi è alcun manicheismo nel modo in cui la natura inventa delle novità biologiche [nel pensiero di Darwin], non vi è alcuna idea di progresso o di regresso, di bene o di male, di meglio o di peggio. Le variazioni avvengono a caso, cioè senza che esista alcun rapporto fra la causa e il risultato. [...] Verso la metà dell'ottocento il quadro concettuale è completamente mutato: l'equilibrio del mondo vivente si realizza attraverso una sorta di dialettica fra permanenza e variazione, fra identità e diversità». F. Jacob, *La logica del vivente*, cit., pp. 192-211.

¹⁶² Anche se Rho scriveva nel 1896: «Né si venga a dire che gli europei sono male adatti ai lavori agricoli nei paesi intertropicali; i lavoratori italiani nel Brasile sono occupati in special modo nelle fazende; il banano e altre frutta, il tabacco il cocco, le varie droghe, la vaniglia, il cacao, il caffè il tè e le piante che forniscono il caucciù [...], lo stesso cotone non richiedono grandi sforzi muscolari ed a queste coltivazioni attendono i coloni bianchi acclimatati delle Antille, di Borbone e Maurizio. Solo la grande coltivazione della canna da zucchero richiede rudi fatiche, paragonabili a quelle che sostiene il contadino in Europa, e in questa industria agricola si è impiegato finora soltanto il lavoro dei negri o di altre razze colorate; ma non è detto che il progresso della

“normale” vitalità di “razza”, non è in grado di sostenere, scrivevano gli esperti, un lavoro manuale. Al bianco non restava che esercitare «posizioni di comando» e «funzioni direttive»¹⁶³. Con la conquista dell’Etiopia, e i progetti di popolamento del fascismo, i prontuari non rimarrà altra possibilità che enfatizzare le capacità produttive dell’italiano, anche sotto il sole torrido dei tropici. «L’italiano è un vero lavoratore ed un ottimo colonizzatore», sottolinea Lincoln De Castro nel 1938¹⁶⁴. Nello stesso anno, Mario Girolami ribadisce: chi «giunge ai tropici in stato di perfetta efficienza fisica e intellettuale è in condizioni di dare il massimo rendimento lavorativo». Perché ciò si possa realizzare però il colono deve sottomettersi ad una rigida regolazione delle proprie abitudini:

egli deve conservare il suo organismo in modo che questa possibilità non venga a diminuire. L’uso giudizioso delle sue energie, l’osservanza dei precetti igienici [...], la messa in opera di tutte le misure che servono a salvaguardarlo dalle malattie, costituiscono i mezzi più preziosi per permettergli di continuare col massimo profitto la sua attività¹⁶⁵.

Per quanto valorizzata, l’educazione igienica non è sempre sufficiente, soprattutto se gli individui in partenza presentano segni di affezioni morbose o costituzioni fisiche inadatte. Disciplinamento igienico e selezione del più adatto sono dunque misure che si completano l’una con l’altra: l’igiene, nel mondo tropicale, eredita il compito dell’allevatore, che intervenendo artificialmente sulla natura crea varietà più adeguate alle condizioni esterne di esistenza.

Non stupisce dunque che negli scritti di igiene tropicale, il colono in partenza sia frequentemente paragonato al soldato: esotismi e avventure sono bandite dai prontuari sanitari. Persano, nel volume di *Igiene dei paesi caldi* del 1929 (si tratta questa volta di un manuale e non un prontuario) già ribadiva l’importanza dell’esame sanitario, riprendendo una sollecitazione di Rho:

Nello stesso modo in cui si sottopongono ad una visita medica i giovani che debbono prestare il servizio militare, dovrebbero essere sottoposti ad una visita medica, ancora più minuziosa e rigorosa di quella, gli individui che voglio recarsi nelle colonie¹⁶⁶.

Giuseppe Sangiorgi, nel 1939, ricorre nuovamente al parallelismo, trasformando il suggerimento in un imperativo:

Anzitutto il colono deve essere un soggetto selezionato *mediante visita medica* come il *soldato*, e la prima condizione che deve soddisfare è l’età: fra i 25 e i 40 anni. Il colono poi deve essere robusto e sano. Per

meccanica agraria non abbia ad alleviare queste fatiche e renderle tollerabili al contadino europeo anche in quei climi, visto che la coltivazione della canna da zucchero si fece per il passato anche in Sicilia e in Andalusia e la si fa ancora a Madera». F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, pp. 730-731.

¹⁶³ G. Sanarelli, *Prefazione*, in L. De Castro, *Per star bene nelle colonie. Nozioni e consigli agli italiani dell’Impero*, Hoepli, Milano 1938, p. XIII.

¹⁶⁴ La frase coincide con il titolo di uno dei paragrafi della sezione del manualetto dedicata al «Lavoro nelle colonie», L. De Castro, *Per star bene nelle colonie*, cit., p. XIII (La prima edizione del prontuario è del 1935).

¹⁶⁵ M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle*, cit., p. 53.

¹⁶⁶ E. Persano, *Igiene dei paesi caldi*, cit., p. 69. Il paragone tra colono e soldato è presente anche nel già citato manuale di Filippo Rho, F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 720.

robustezza non s'intende muscolatura ben sviluppata, grassezza o taglia alta (robustezza falsa), ma asciuttezza, magrezza, taglia media, *tinta bruna della pelle e dei capelli* (robustezza vera) e soprattutto, abitudini temperate¹⁶⁷.

All'elenco dei caratteri di costituzione fisiologica, segue la descrizione dei requisiti di salute dell'europeo che vuole emigrare oltremare:

Non sono adatti gli obesi, i diabetici, gli epatici, gli enterici, i cardiaci, i nervosi, i malarici, gli alcoolisti, i tubercolotici, coloro che sono affetti da grandi vizi di rifrazione e da malattie croniche dell'orecchio e dell'occhio. I sifilitici, per dare una certa garanzia di capacità tropicale devono aver compiuta già da due anni una cura regolare. Non adatti sono altresì coloro che presentano gravi guasti alla dentatura, [...]. *Tutti i processi acuti escludono senz'altro la capacità tropicale*¹⁶⁸.

Sorregge queste convinzioni, un modello ideale di colono che deve rispondere a requisiti di età (non troppo vecchio, né troppo giovane), di sesso (maschio), di costituzione fisica («perfettamente sano» e senza difetti organici) e di stato civile («ammogliato» è meglio, si scriverà nei prontuari della seconda metà degli anni trenta).

Risulta evidente, da questi accenni, come i prontuari igienici - che il prossimo paragrafo prenderà in esame - costituiscano un vero e proprio serbatoio di immagini sul funzionamento ideale della società coloniale; una finestra sul *dover essere* del colonialismo, in cui la normalizzazione del corpo dell'europeo va di pari passo con il processo di «addomesticamento» e inferiorizzazione del corpo del «selvaggio».

7.6 L'igiene coloniale: i prontuari per il colono e i prontuari per il colonizzato

Numerosi prontuari divulgativi di igiene coloniale vengono editi in Italia, come già sottolineato, in seguito alla campagna etiopica, negli anni in cui le nozioni di medicina tropicale iniziano a circolare nel corpo nazionale sostenute dalla propaganda per l'«impero». Nel maggio 1936 l'Istituto nazionale delle assicurazioni bandisce un concorso per «una pubblicazione preventiva da destinare ai propri assicurati». La monografia deve contenere: «norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre colonie e possedimenti italiani e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti»¹⁶⁹. Tra i quattordici volumi giudicati dalla commissione - presieduta da Castellani - risulta vincitore quello presentato da Giuseppe Penso, docente di parassitologia nel 1934 e, in seguito, di patologia e igiene coloniale presso l'università di Roma (1935 e 1941-43). Mozione di riguardo viene inoltre assegnata alla monografia di Mario Girolami, in quegli

¹⁶⁷ G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale. Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero*, Istituto fascista per l'Africa italiana, Sezione provinciale di Bari, Laterza 1939,

¹⁶⁸ *Ibidem*. Il corsivo e la sottolineatura sono nel testo. Anche in questo caso si tratta di una rappresentazione stratificata nella letteratura medica, già presente nei testi di fine ottocento. Ciò che cambia è il tono del linguaggio (l'uso e abuso dell'avverbio «perfettamente» per descrivere i requisiti fisici dell'italiano in partenza per l'oltremare costituisce un esempio indicativo di tale passaggio).

¹⁶⁹ *Notiziario*, in «Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali», 8 (1937), p. 578.

anni direttore dei laboratori dell'ospedale italiano d'Alessandria d'Egitto e anch'egli futuro docente di patologia tropicale a Cagliari (1941-42)¹⁷⁰.

Il numero elevato di pubblicazioni, edite a partire dal 1935¹⁷¹, costituisce un segnale indicativo dell'attenzione che la nuova dimensione "imperiale" presta alla pedagogia igienica dei coloni¹⁷². La stesura dei prontuari avviene, in alcuni casi, su iniziativa dei gruppi espansionistici e delle sezioni provinciali dell'Istituto fascista per l'Africa italiana, nonché dell'Istituto fascista di cultura; in altri casi, a cura di quotidiani come «Il secolo illustrato» e «Liguria medica», e per iniziativa autonoma di medici e studiosi di patologia tropicale. Cenni all'igiene tropicale si trovano anche all'interno dei corsi di cultura coloniale organizzati dall'Istituto coloniale fascista¹⁷³, dalla Società africana d'Italia¹⁷⁴ e del già citato Istituto per l'Africa italiana.

I contenuti e la struttura di tali pubblicazioni sono in larga parte omogenei: i prontuari si aprono con il tema dell'acclimatazione e con la descrizione dei caratteri meteorologici delle colonie italiane. Seguono successivamente le prescrizioni relative al vestiario (funzionale), alla dieta (moderata ed "europea"), alle abitazioni (pulite, areate, lontane da stagni, acquitrini e agglomerati indigeni) e al lavoro nei tropici (possibile per il bianco ma in modo "regolato"); compare infine l'elenco delle patologie che si trovano nei tropici e dei relativi modi per non rimanerne contagiati.

Anche gli aspetti "moralì" sono al centro della trattazione degli autori: oltre che nella sfera della profilassi medica, la disciplina igienica è chiamata a intervenire sul piano

¹⁷⁰ Mario Girolami, *Dizionario Biografico degli Italiani*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, vol. 56, Roma 2001. Il volume verrà pubblicato in seguito con il titolo *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle. Nozioni pratiche di igiene e di medicina ad uso degli italiani dimoranti nelle colonie*.

¹⁷¹ *Igiene nei paesi caldi e le malattie dominanti nelle nostre colonie. Brevi cenni ad uso dei non medici*, Istituto Coloniale Fascista, Roma 1935; L. De Castro, *Per star bene nelle colonie. Nozioni e consigli agli italiani dell'Impero*, Libreria Editrice Minerva di F. Cacopardo, Tripoli 1935; D. Greco, *Manuale pratico di medicina coloniale*, R. Pironti, Napoli 1935; C. Nosenzo, *L'igiene nell'Africa tropicale*, Tip. A. Viretto (Istituto fascista di cultura), Torino 1935; L. Carella, *Igiene del lavoro nei climi caldi dell'Africa orientale: manuale pratico per l'operaio italiano*, Laterza, Bari 1936; C. A. Ragazzi, *Notizie d'igiene e medicina per chi dimora e per chi va in A.O.I.*, Il secolo illustrato, Milano 1936; A. Ciotola, *Nozioni pratiche di medicina ed igiene coloniale*, F. Maggi, Tripoli 1936; G. Arcoleo, *Cenni di medicina esotica e tropicale: igiene e profilassi dei paesi caldi*, Corbaccio, Milano 1936; M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle. Nozioni pratiche di igiene e di medicina ad uso degli italiani dimoranti nelle colonie*, Tip. G. Barbera di Alfani e Venturi, Firenze 1938; G. Solarino, *Igiene coloniale. Appunti delle Lezioni svolte al Corso di cultura coloniale*, Tip. Ospizio Cappellini, Messina 1938; G. Penso, *Igiene della vita coloniale*, INA, Roma 1939; G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale. Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero*, Istituto fascista per l'Africa italiana - Sezione provinciale di Bari, Laterza 1939; C. Zannelli, *Elementi di igiene coloniale e nozioni di pronto soccorso*, Istituto fascista dell'Africa italiana. Sezione provinciale di Littoria, Littoria 1941; C. Guidetti, *Malattie ed igiene nei paesi caldi. Guida pratica ad uso dei sanitari, ufficiali, funzionari, infermieri destinati ai servizi coloniali*, Liguria medica, Genova 1942; F. Arfelli (a cura di), *Sanità della razza in colonia. Dal Corso di nozioni mediche coloniali tenuto da Felice Arfelli, Vincenzo Bollini etc.*, Ist. Fascista Africa Italiana, Tip. Azzoguidi, Bologna 1942.

¹⁷² Per questi aspetti si veda il saggio di Lombardi Diop del 2013, che però propone una periodizzazione diversa da quella qui presentata, legando la pubblicazione dei prontuari all'emanazione, dal 1937, della legislazione razziale: C. Lombardi-Diop, G. Giuliani, *Bianco e nero*, cit.

¹⁷³ Istituto Coloniale Fascista, *Nozioni coloniali per le organizzazioni femminili del Partito Nazionale Fascista*, Castaldi, Roma 1937-1938.

¹⁷⁴ Insegnamenti che non sempre hanno dato luogo a volumi. V. Deplano, *Educare all'oltremare. La Società Africana d'Italia e il colonialismo fascista*, in «RiMe Rivista dell'Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea», 9 (2012), pp. 81-111.

dell'autorappresentazione dell'italiano in colonia.

A questo stato fisico dell'ambiente, che tanto grava sulla psiche dell'europeo, si aggiunge quello che diremmo "sociale" - scrive Lincoln De Castro - quel tutto vagamente sensibile ch'è formato di libertà, di assenza di controllo morale, o per lo meno da una facile franchigia dalle leggi moderatrici [...], o da una blanda soggezione alle regole di una benevola amministrazione necessariamente allettatrice, che ogni governo coloniale porge all'immigrato metropolitano per invogliarlo a rimanere e ad operare per la prosperità della colonia¹⁷⁵.

Come contrastare questo stato di "pericolosa" libertà? «Per allontanare la tendenza alla pigrizia, propria di tutti coloro che vivono ai tropici, tendenza che porta al torpore fisico e morale»¹⁷⁶, Giuseppe Penso suggerisce ai coloni di praticare periodicamente dell'attività fisica (sport moderati come il golf e il nuoto); il colono necessita, però, anche di un sano riposo: «se egli resta l'intera nottata a chiacchierare, a fumare, a giocare e a bere [...], come poter, in queste condizioni andare al lavoro?»¹⁷⁷.

Nei prouari, le popolazioni locali compaiono solo come "portatrici di morbi" da cui il colono deve imparare a "difendersi"¹⁷⁸. E come? Trascorrendo una vita il più possibile *separata* dai colonizzati, come indicato dalla normativa razziale del regime.

Il bianco che si stabilisce in colonia ha di solito sotto le sue dipendenze, oltre al personale di servizio, una schiera di lavoratori indigeni che egli deve alloggiare. Le case degli indigeni debbono essere costruite a una tale distanza dall'abitazione del padrone, da non essere questo disturbato da rumori e dagli odori dei suoi dipendenti. Anche le latrine saranno separate e si farà di tutto perché gli indigeni se ne servano. Si obblighino i propri dipendenti a mantenere pulite le loro abitazioni e a sottostare a quei principi generali di igiene assolutamente necessari a vivere sanamente¹⁷⁹.

Separatezza dagli agglomerati indigeni, ma anche riduzione al minimo del personale locale a servizio:

Se le vostre condizioni sociali vi portano a chiedere un aiuto in cucina, rivolgetevi, sino ai limiti del possibile, a personale bianco, assai meglio sorvegliabile ed educabile. Se è giocoforza rivolgersi ai negri, occorre facciate loro sin da principio tutta un'educazione nei riguardi della loro pulizia personale. [...] Se poi potete, volete o dovete far a meno di quest'aiuto, fate da voi o fate fare ai familiari: vi troveranno in questo delicato lavoro, motivi insostituibili di gioia e benessere¹⁸⁰.

¹⁷⁵ L. De Castro, *Per star bene nelle colonie. Nozioni e consigli agli italiani dell'Impero*, Hoepli, Milano 1938 (II ed.), p. 16.

¹⁷⁶ G. Penso, *Igiene della vita coloniale*, cit., p. 90.

¹⁷⁷ Ivi, p. 89.

¹⁷⁸ Gli indigeni vengono descritti non solo come portatori di morbi ma come cataloghi viventi di malattie: «Fra le tante curiosità dalle quali resta colpito ogni bianco che si porta a vivere nei paesi caldi è la grande frequenza di ulcerazioni o piaghe, specie alle estremità inferiori, che esibiscono gl'indigeni. Basta bazzicare un ambulatorio per rendersene conto. Si tratta di persone misere, già defraudate da altre malattie (lue, malaria, anchilostomiasi) che vivono nelle pianure calde e umide, che lavorano i campi, che grattandosi (anche perché spesso affetti da scabbia) e producendosi quindi delle ferite finiscono per infettarsi». G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale*, cit., p. 98

¹⁷⁹ G. Penso, *Igiene della vita coloniale*, cit., p. 80.

¹⁸⁰ G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale*, cit., p. 33.

Dalle pagine dei prontuari emerge un'immagine di totale "autosufficienza" del colono italiano, in grado di vivere, alimentarsi e prosperare senza far mai riferimento agli indigeni e alle loro attività (cibi, allevamento, lavoro subordinato). Il suddito è confinato in una realtà distinta: «È perciò necessario - scrive Girolami in un paragrafo dedicato ai rapporti con le popolazioni locali - mantenere una netta separazione fra gli elementi indigeni e metropolitani: soprattutto negli alloggi, nell'uso delle latrine, nei locali di mensa»¹⁸¹.

Un nuovo vocabolario, nonché nuovi temi - come si è in parte visto - compaiono nella trattazione dell'acclimatazione, descritta ora come un processo di lotta contro le condizioni avverse dell'ambiente tropicale «assai più numerose e molto spesso più *violente* di quanto lo siano nelle zone temperate»¹⁸². L'adattamento deve infatti avvenire nel segno della separatezza dalle popolazioni colonizzate.

Quattro secoli di espansione coloniale, dimostrano, tranne eccezioni (fra cui la prodigiosa facoltà di acclimatazione della razza ebraica), come l'adattamento degli europei anglosassoni nei nuovi climi non sia avvenuto se non per incrocio con le razze di colore. *Ma ben diversamente si prospetta la questione per i popoli meridionali e per noi italiani, specie nei riguardi delle nuove colonie. L'acclimatazione è tanto più facile quanto più il clima della nuova sede è più affine alla sede d'origine*¹⁸³.

L'idea che l'acclimatazione sia più semplice per il popolo italiano non costituisce però un prodotto della retorica fascista bensì un tema "stratificato" all'interno della letteratura medica. Già a fine settecento il medico livornese Nicola Fontana, tra i primi autori di medicina marittima (e dunque tropicale) in Italia¹⁸⁴, sosteneva come gli italiani fossero i più resistenti alla navigazione nei paesi caldi, poiché «usi ad un grado maggiore di caldo degli Oltramontani» e meno pronti a cedere alla malinconia¹⁸⁵.

A fine ottocento Rho formulava un'ipotesi simile, sottolineando la maggiore adattabilità dei meridionali ai climi caldi. Le affermazioni di Rho sono di segnale inverso rispetto a quelle sostenute da Sangiorgi e alle considerazioni diffuse nei prontuari della seconda metà degli anni trenta. Che i popoli latini siano più adeguati a sostenere il peso dell'alta temperatura è l'effetto sì - per il medico torinese - dell'affinità "metereologica" che lega i territori dell'Europa del sud a quelli dell'oltremare ma tale somiglianza climatica non esaurisce il quadro dei fattori che agiscono sul processo di adattamento dei coloni italiani:

¹⁸¹ M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle*, cit., p. 51. L'idea che l'abitazione del bianco debba essere separata da quella indigena è già presente nei manuali d'igiene coloniale prima del 1935. Ma in nessuno di questi precedenti testi l'insistenza sull'esigenza di separatezza fra sudditi e coloni si fa così forte ed estesa a tutte le sfere dell'esistenza.

¹⁸² M. Girolami, *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle*, cit., p. 18. Il corsivo è mio.

¹⁸³ G. Sangiorgi, *Elementi di igiene coloniale*, cit., pp. 18-19.

¹⁸⁴ Per la connessione tra medicina navale e medicina tropicale si rimanda al capitolo IV della tesi.

¹⁸⁵ Nicola Fontana, medico livornese, viaggia tra 1776 e 1781 nelle indie orientali a bordo di una nave olandese. Questa l'intera citazione: «Che gl'italiani per esser già usi ad un grado maggiore di caldo degli Oltramontani, son più adatti alla navigazione de' climi caldi. Questa conclusione sembra assai naturale. Se gli italiani ben sani che vanno alle Indie sapessero [nel senso di riuscissero] di essere costanti in un genere di vita il più proprio per mantenerli in salute, non sarebbero soggetti alle malattie che attaccano per lo più i forestieri ne' climi ardenti, o sarebbero miti a segno da vederli risanati in poco tempo. Ma l'esempio contrario, le circostanze vincono sempre». N. Fontana, *Osservazioni intorno alle malattie che attaccano gli Europei nei climi caldi e nelle lunghe navigazioni*, Livorno 1781, p. 160.

[la maggiore facilità d'acclimazione] dipende in parte dall'essere nati e cresciuti sotto condizioni climatiche meno lontane da quelle dei tropici; tant'è vero che gli inglesi cercano di preparare i loro soldati al soggiorno delle Indie, mandandoli prima nelle stazioni del Mediterraneo [...]. Ma è soprattutto l'azione climatica esercitata sulla razza per secoli, attraverso tante generazioni, che ha potuto imprimere quei caratteri, trasmessi ai discendenti attuali, se pure questi non sono inerenti ancora ad un'origine etnica remota, da abitanti di più calde regioni¹⁸⁶.

Affinità climatica e identità etnica: sono questi i due elementi, a cui si aggiunge una sempre attenta vigilanza igienica, che esercitano maggiore influenza nel processo di modificazione funzionale. Popolazioni africane e abitanti dell'Europa meridionale sono figli della stessa civiltà, ed in ragione di quest'origine etnica comune è più facile per i latini affrontare le sfide poste dall'ambiente tropicale.

Il debito nei confronti delle teorie di Giuseppe Sergi è evidente ed esplicitato da Rho in una lunga digressione affidata alle pagine del manuale (1896), in cui il medico - unico autore nel panorama della patologia coloniale a giustificare le proprie posizioni sull'acclimatamento facendo ricorso a teorie formulate dall'antropologia - ripercorre le tesi contenute volume *Origine e diffusione della stirpe mediterranea* (1895). Ma in fondo questa digressione sulla comune origine africana della razza bruna, in contrasto con le teorie dell'arianesimo - fa notare Rho -, ha un'utilità limitata, dal momento che si considera ormai come «indiscutibile l'unità sostanziale della specie umana»¹⁸⁷. Di conseguenza, se si guarda alle origini, se si assume un pensiero "genealogico", non si potrà che essere possibilisti nei confronti della riuscita dell'acclimatazione.

Queste considerazioni saranno riprese in forma sintetica nel 1929 nella voce «Acclimazione» dell'Enciclopedia Treccani, in anni dunque in cui l'antropologia di Sergi rappresentava un ostacolo per i progetti razziali del fascismo. Così si legge nel testo:

Portoghesi, Spagnoli, Provenzali, Italiani, Greci, Levantini, Maltesi presentano per la maggior parte i requisiti fisiologici, le attitudini fisiche e intellettuali, che li rendono preparati alle condizioni dell'ambiente intertropicale. Ciò può dipendere dall'essere nati e cresciuti sotto condizioni climatiche meno lontane da quelle dei tropici. Questi caratteri son forse inerenti ancora ad un'origine etnica remota da abitanti di più calde regioni, se, come brillantemente sostiene il Sergi, la stirpe mediterranea, già esistente e diffusa prima dell'invasione ariana, dovè provenire da un nucleo etnico originario dell'altipiano etiopico, disceso lungo il Nilo, e propagatosi poi su tutte le coste, le isole e le penisole del Mare Mediterraneo¹⁸⁸.

L'enfasi accordata alle potenzialità delle razze latine - dotate di un temperamento bilioso-nervoso tra i più capaci di adeguarsi senza eccessivi sforzi ai climi caldi - diviene presto un elogio della plasticità fisiologica delle popolazioni del meridione d'Italia: «L'adattamento si effettua bene quando l'uomo dei paesi temperati si reca nei paesi caldi (per es. i meridionali d'Italia, nella Tunisia, nella Tripolitania)». È chiaro dunque come il soggetto della voce enciclopedica dedicata al tema dell'acclimazione non sia affatto l'uomo "universale", ma l'uomo dei paesi temperati e, subito dopo in sequenza, l'uomo dei climi mediterranei.

¹⁸⁶ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 160.

¹⁸⁷ Ivi, p. 723.

¹⁸⁸ F. Rho, A. Castellani, *Acclimazione*, cit.

Se per Rho dunque le dinamiche del processo di acclimazione - più semplici per i meridionali più difficili per le popolazioni nordiche¹⁸⁹ - sono sinonimo di parentela, vicinanza fra la sponda sud del mediterraneo e “tropici” italiani¹⁹⁰, per i prontuari di igiene coloniale editi nel clima dell’impero, i significati impliciti si ribaltano. La capacità di adattamento ai climi caldi costituisce il segnale della potenza dell’uomo nuovo fascista, un segnale che ribadisce le distanze più che abolirle. Tutti gli italiani sono ora meridionali, quando meridionale è sinonimo di più adatto. Il regime non tollera divisioni nel corpo nazionale.

Se l’attenzione per i problemi di igiene coloniale conosce massima diffusione negli anni dell’impero - la tutela delle comunità d’oltremare è ormai un problema di “massa”¹⁹¹ -, sarebbe però un errore non considerare la dimensione di continuità in cui si inseriscono i manuali pratici dedicati alla salute dell’italiano in colonia. Già nel 1910, tra i consigli igienici diretti agli italiani in Somalia si legge:

Come norma assoluta chi vuole emigrare nei paesi caldi deve essere sano. Malattie che vengono tollerate in paesi freddi e temperati, si aggravano sotto il clima tropicale in modo da rendere impossibile la permanenza a lungo. Così per esempio dovrà sconsigliarsi la permanenza in queste regioni a coloro che soffersero di dissenteria di congestione epatica, di malaria, essendo qui, in modo più sensibile, tali individui esposti all’accesso epatica e alla dissenteria; così dicasi per i dispeptici, per chi soffre di disturbi nei climi freddi, e specialmente per gli affetti da nervosismo. Per i quali ultimi la malattia si aggrava fino a determinare gli accessi più intensi di nevrastenia¹⁹²

Come si è più volte accennato, ci si trova difficilmente davanti a temi nuovi, quanto piuttosto a temi *riformulati*. La stessa struttura dei prontuari igienici - che non lascia spazio al confronto fra opinioni e tradizioni mediche diverse - si presta ad un discorso dai toni “insistenti” (lo stato del colono deve essere “perfetto”; le malattie e i difetti organici sono altrettante forme di “inabilità”) e appiattito sulle direttive della propaganda razziale.

¹⁸⁹ Mantenendo fede nella flessibilità del vivente, Rho indica come il processo di adattamento sia più complesso, lungo e pericoloso, per le razze nordiche, che egli non considera, a differenza di Sergi, come parte integrante della razza bruna.

¹⁹⁰ I parallelismi tra le condizioni dei climi tropicali e quelle della stagione estiva dell’Europa meridionale sono numerosi nel testo destinato all’Enciclopedia. F. Rho, A. Castellani, *Acclimazione*, cit.

¹⁹¹ Il progetto promosso dal Consiglio Nazionale delle Ricerche di costituire di due istituti nell’impero - uno in Somalia e l’altro in Etiopia - per lo studio dei problemi di acclimazione segnala quanto questo tema fosse ritenuto centrale negli anni dell’impero. ASSGI, *Fondo Giotto Dainelli*, f. 455. Corrispondenza Dainelli. Camis M., 20/4/1937 - 2/6/1938, lettera del 20 aprile 1937 da Camis a Dainelli: «Non so se ella sappia che nella seduta del 7. II. all’Accademia dei Lincei il socio De Blasi ha comunicato che il comitato biologico e il comitato medico del Consiglio Nazionale delle Ricerche hanno fatto il voto che per lo studio biologico (acclimatazione etc) sorgano due istituti: uno a Mogadiscio e uno ad Addis Abeba». Solo l’istituto di Addis Abeba verrà alla fine degli anni trenta costituito: I. Jacono, *Organizzazione Sanitaria in AOI*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologiche», 5 (1940), p. 197. La questione dell’acclimatazione sarà inoltre al centro delle trattazioni del Convegno Volta del 1938 dedicato, per scelta di Raffaele Pettazzoni, all’Africa. L’adattamento del bianco costituirà il secondo dei temi della conferenza: «I Orientamenti attuali della Africanistica; II Civiltà, Regioni di popolamento e possibilità di acclimatazione delle stirpi europee in Africa Tropicale; III Comportamento delle popolazioni indigene di fronte alla civiltà europea; IV Problema della propagazione delle religioni nelle popolazioni pagane in Africa; V Politica sociale verso gli indigeni e modi di collaborazione con essi; VI Forme di cooperazione economica internazionale per l’avvaloramento di territori africani; VII Le grandi vie di comunicazioni e il regime dei trasporti nel continente africano; VIII Avvenire e difesa della civiltà europea in Africa». *Convegno di scienze morali e storiche 4-11 ottobre 1938: Tema: L’Africa*, Reale Accademia d’Italia, Roma 1939.

¹⁹² ASDMAE, *MAI vol. I*, b. 81 Consigli igienici agli europei che si recano nel Benadir (1910).

Mentre però le preoccupazioni per lo stile di vita del colono si acquisiscono nel clima dell'impero, nessun prontuario o manuale igienico per il colonizzato viene edito dopo il 1935, quando invece l'educazione sanitaria dei "sudditi" era stata oggetto d'attenzione da parte della letteratura medica in età liberale e durante gli anni venti e inizio trenta.

Curato dalla missione cappuccina di Asmara, nel 1918 era stato pubblicato il *Manuale di igiene italiano-tigrài* destinato agli allievi della scuola bilingue di arti e mestieri: la cura delle malattie era infatti vista dai missionari come parte integrante della strategia di conversione delle popolazioni indigene¹⁹³. Il testo si presenta come un'"alfabetizzazione" dei nativi alle nozioni di base di geografia, fisiologia, terapeutica, igiene e meteorologia¹⁹⁴. Agli indigeni viene insegnata la stessa conformazione della colonia¹⁹⁵, le regole igieniche che devono essere rispettate per la costruzione di abitazioni e la cura del corpo, le cause e le forme di trasmissioni delle malattie, i metodi curativi, con nessun accenno alle loro consuetudini terapeutiche e vaghi riferimenti alle abitudini sociali.

Al 1925 risale il volume *La difesa della salute: libro per conservare la salute destinato ai musulmani dell'Africa settentrionale*. Si tratta della traduzione italiana, curata da Ettore Levi, di un volume francese edito nel 1922 dall'Istituto Pasteur di Parigi¹⁹⁶. Il prontuario è dato alle stampe su iniziativa dell'Istituto d'igiene, previdenza ed assistenza sociale (IPAS) e del governatore della Tripolitania, Giuseppe Volpi. Tale pubblicazione costituisce una eccezione nella letteratura medica italiana: nessun prontuario per i sudditi libici verrà più redatto, almeno nella forma di libro, negli anni successivi. All'indigeno è assegnata - a livello delle rappresentazioni - una centralità, una capacità di agire in proprio favore, sconosciuta nella letteratura medica coeva. L'arabo è qui protagonista, incaricato di compiere in prima persona le operazioni igieniche in tutela di se stesso e della propria famiglia.

Se messo a paragone con i prontuari redatti per i coloni italiani, il manuale si distingue per la complessità dei contenuti. Nel prontuario vengono descritti non solo i sintomi delle malattie ma anche l'origine eziologica e l'andamento epidemiologico delle affezioni. All'indigeno si ritiene necessario far conoscere gli aspetti più complessi e "scientifici" delle malattie, quando nella pubblicistica medica le popolazioni conquistate erano considerate inette e

¹⁹³ U. Chelati Dirar, *Curing bodies to rescue souls: Health in Capuchin's missionary strategy in Eritrea, 1894-1935*, in D. Hardiman, *Healing bodies, saving souls. Medical missions in Asia and Africa*, in «Clio medica: Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae», (2006); Id., *Collaborazione e conflitti. Michele da Carbonara e l'organizzazione della prefettura apostolica dell'Eritrea (1894-1910)* in «Quaderni Storici», 1 (2002), pp. 149-88.

¹⁹⁴ Ecco un esempio: «In riva al mare quando il sole comincia a riscaldare le acque, si leva un vento che dal mare spira verso terra e si chiama brezza marina; tramontato il sole, la terra si raffredda più dell'acqua e si leva un venticello che dalla terra va al mare e si chiama brezza di terra». *Manuale di igiene italiano-tigrài ad uso delle scuole indigene per cura della missione cattolica*, Tipografia Francescana, Asmara 1918, p. 16.

¹⁹⁵ «Il clima della nostra Colonia si può così suddividere: a) la zona marittima che ha clima tropicale torrido, con due stagioni ben distinte [...] b) La zona delle valli e pendici orientali ha nebbie con piogge da novembre a marzo e qualche pioggia da luglio a settembre. È molto pericolosa per le febbri e l'umidità, ma in certi tempi è veramente deliziosa; c) Nelle pianure valli e pendici occidentali fino a 1500 16000 metri il clima è secco e vi sono piogge tra il giugno e il settembre [...]. Vi domina la malaria; d) l'altipiano ha clima asciutto e temperato con due stagioni di piogge [...]. Questa è la zona più salubre». Ivi. pp. 8-9.

¹⁹⁶ Questa la pubblicazione francese: Institut Pasteur (a cura di), *Kitab eç-çih'ha. Le livre de la bonne santé: dédié aux musulmans de l'Afrique du Nord*, trad. francese dr. Parrot, Imprimerie Nationale, Paris 1922

irrazionali, semplice oggetto di governo da parte del dominatore civilizzato.

Di impostazione simile, pur nel rispetto delle gerarchie di razza - ma si tratta questa volta di veri e propri manuali indirizzati a infermieri indigeni - sono i testi tradotti in tigrino dalla missione evangelica svedese¹⁹⁷, che in Eritrea controllava una parte dell'assistenza sanitaria di base¹⁹⁸. Nel 1928 è pubblicata la versione tigrina del manuale di ostetricia dell'autore svedese Carl Magnus Groth. Al 1932 e 1934 risalgono i volumi bilingui *Nozioni di medicina pratica ad uso degli indigeni* e *Nozioni di ostetricia, ginecologia e pediatria per le assistenti levatrici indigene* curati da Alberto Ciotola, tra 1931 e 1934 capo reparto dell'ospedale coloniale Regina Elena di Asmara¹⁹⁹.

Ciò non significa che, dalla metà degli anni trenta, la scienza igienica italiana escluda totalmente i sudditi coloniali dal proprio campo d'analisi. Scrive nel 1935 Lincoln De Castro, nel prontuario *Per star bene nelle colonie*:

nelle altitudini medie degli elevati altipiani etiopici, la diminuita pressione atmosferica accelera il lavoro respiratorio e cardiaco con influenza necessaria sulla circolazione. Ne consegue che l'europeo [...] si troverà, specialmente se nuovo a quel soggiorno, in condizioni di inferiorità fisica rispetto agli indigeni²⁰⁰.

L'attenzione di cui i colonizzati sono oggetto non è dunque data dal loro riconoscimento come soggetti attivi, ma dalla percezione di una disuguaglianza tra i gruppi umani sul piano delle capacità di resistenza all'ambiente e alle malattie che lo caratterizzano: una disuguaglianza che minaccia di sovvertire le gerarchie del contesto coloniale fondate sulla convinzione che il bianco costituisca "l'attore unico" del processo di civilizzazione²⁰¹. Dietro alle prescrizioni igieniche e allo studio dell'acclimatazione umana si cela dunque una preoccupazione per la vulnerabilità del bianco, misurata non in valori assoluti ma in rapporto allo stato di salute e alle capacità "fisiologiche" del colonizzato, meglio adattato al proprio ambiente e alle affezioni che lo circondano: una "resistenza" nei confronti delle affezioni che le fonti mediche indicheranno, tra otto e novecento, con il termine di «immunità».

¹⁹⁷ C. M. Groth, *Manuale di ostetricia, adattato dallo svedese di Groth e Lindblom in lingua tigrina da Teresa De Pertis*, Missione Evangelica, Asmara 1928; A. Ciotola, *Nozioni di medicina pratica ad uso degli indigeni. Testo italiano e traduzione in lingua tigrina di Abba Johannes Gherezghier*, Ospedale coloniale Regina Elena. Scuola infermieri indigeni, Tipografia Francescana, Asmara 1932; A. Ciotola, *Nozioni di ostetricia, ginecologia e pediatria per le assistenti levatrici indigene; traduzione in lingua tigrina eseguita da Teresa Palmquist in De Pertis*, Ospedale coloniale principale Regina Elena, Tip. M. Fioretti, Asmara 1934.

¹⁹⁸ G. Dore, *Catechisti ed evangelisti come intermediari culturali nella colonia Eritrea*, in G. Dore, C. Giorgi, A. M. Morone, M. Zaccaria (a cura di), *Governare l'Oltremare. Istituzioni, funzionari e società nel colonialismo italiano*, Carocci, Roma 2013; U. Chelati Dirar, *Curing bodies to rescue souls*, cit. Tracce dell'attività sanitaria svolta dalla missione protestante in Eritrea si trovano anche in ASDMAE, *Archivio Eritrea*, b. 969, f. 4, sf. Ambulatorio Missione Evangelica, 1926.

¹⁹⁹ Ciotola è in realtà in Eritrea dal 1925. Nel 1935 verrà trasferito in Libia con l'incarico di direttore dell'ospedale di Tripoli e ispettore generale di sanità. Rimarrà in Libia anche sotto la British Military Administration. ACS, *MAI*, Direzione generale affari generali e personale, Fascicoli del personale II versamento, 1930-1950, f. Alberto Ciotola, Dichiarazione competenze arretrate al personale civile per il periodo della prigionia o per servizi prestati in A.I., senza data (ma successivo al 1951).

²⁰⁰ L. D. Castro, *Per star bene nelle colonie*, cit., p. 15.

²⁰¹ È ciò che Anne Marie Moulin definisce immunità differenziale: «L'immunité différentielle désigne l'écart entre la capacités de résistance aux maladies entre les individus en fonction de leur lieu d'origine. Elle indique ainsi au sense large les inégalités entre le individus et les groupes devant les maladies locales». A. M. Moulin, *Expatriés français sous le tropiques*, cit., p. 2.

7.7 Immunità “differenziale”: per una geografia storica della salute

Nel 1926, Giovanni Grixoni, docente della Scuola di sanità militare di Firenze, apre il suo volume sulla geografia medica dei possedimenti coloniali italiani con un’ampia trattazione generale delle malattie «cosmopolite» presenti nei territori di conquista, riservando alle «malattie regionali proprie dei paesi caldi» una attenzione più limitata.

Fra le malattie che contrastano il passo della civiltà, la quale colonizzando regioni ancora barbare ed incolte si propone di far partecipe dei suoi doni tutti gli umani, occupano il primo posto, perché più resistenti e più lente a scomparire o ad attenuare i loro effetti dannosi, non già quelle speciali delle singole località ma quelle cosmopolite²⁰².

Le affezioni già conosciute dai medici europei - avverte Grixoni - hanno infatti decorsi e caratteri “particolari” nei climi caldi e, in questi ultimi, la trasmissione delle malattie segue regole differenti da quelle tipiche delle regioni temperate. Le malattie si abbattano inoltre con differente grado di virulenza a sugli attori dello spazio coloniale:

Sotto il riguardo etnico [...] è notorio come i neri adulti siano normalmente meno suscettibili a contrarre la malaria che non i bianchi, come è pure accertato che gli uomini di colore sono i grandi depositari dei parassiti malarici. Al Marocco [sic] ad esempio nelle truppe francesi si ha, a seconda delle razze, una morbilità per febbre palustre del 35,22 per mille negli europei, dell’11,66 negli algero-tunisini-marocchini, del 2,97 dei neri dell’Africa centrale ed occidentale. I neri non presentano manifestazioni cliniche se non quando sono assoggettate ad eccessive fatiche, a grandi disagi e privazioni (Netter e Guilhem). [...] Da questi fatti emergono considerazioni di natura epidemiologica e profilattiche che il medico deve costantemente tener presente se vuole evitare nei paesi caldi sorprese e disinganni²⁰³.

Nei territori d’oltremare, la ripartizione dei morbi non dipende dunque da soli fattori geografici. Il quadro epidemiologico è frammentato e dipendente dalle “ripartizioni etniche” della società coloniale. Le popolazioni colonizzate mostrano un più elevato grado di refrattarietà alla malaria, mentre gli europei soccombono facilmente alle febbri palustri dei “tropici”. Ciò non esclude però che i sudditi coloniali giochino un ruolo centrale nei meccanismi di trasmissione della malattia:

Poiché la riserva del virus malarialogeno è costituita dall’indigeno, e gli agenti di trasmissione della malattia non fan difetto in nessuna regione dei tropici, ne risulta [...] che la propagazione dell’infezione palustre al bianco ricettivo, il quale vive in comunione con l’indigeno è quasi fatale, immancabile. Da ciò la saggia pratica adottata nelle colonie tedesche di non assumere mai in servizio come domestici gente di colore, se, ad un accurato e ripetuto esame microscopico del sangue, esse non risultassero, in maniera indubbia, prive di emosporidi nel sangue circolante. Trattandosi di truppe indigene, che debbono agire di conserva con quelle metropolitane, si impone quindi, anche per questa ragione, l’allontanamento dei diversi reparti e la maggiore possibile rarità di rapporti fra entrambi²⁰⁴.

²⁰² G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 8.

²⁰³ Ivi, p. 22.

²⁰⁴ Ivi, p. 23.

L'associazione fra indigeni e “portatori sani” delle affezioni è chiara ed esplicitata da Grixoni:

Innanzitutto, conviene ricordare che esistono anche per la malaria dei portatori sani. Il fenomeno, causalmente osservato in principio fu poi dimostrato essere abbastanza comune nei luoghi dove l'infezione è endemica e soprattutto nelle regioni tropicali. Le osservazioni fatte dall'esercito inglese durante la recente spedizione in Palestina ed in Egitto vinsero gli ultimi dubbi: portatori furono trovati fra le popolazioni nomadi e fra quelle stabili, nonché tra i soldati²⁰⁵.

Non si tratta poi di un fenomeno circoscritto alla sola infezione malarica:

Se è vero infatti che certe razze, come, ad es. l'araba, presentano una notevole resistenza naturale all'infezione enteroide di cui trattiamo non bisogna dimenticare che altre vi vanno molto soggette, e che in tutte poi i casi frusti ed anormali abbondano, propagando così l'infezione e costituendo nei numerosissimi portatori una moltitudine di ignoranti quanto pericolosissimi portatori di bacilli²⁰⁶.

Nel corpo del colonizzato, salute e malattia si sovrappongono: «una marcata resistenza naturale» ad alcune patologie (quelle tifiche e malariche ad esempio) si sposa con una maggiore facilità dei nativi a divenire vettori di malattie. Le affezioni si presentano in forma lieve nell'organismo “indigeno” che al contempo però, a causa dell'ignoranza delle norme igieniche, è l'“inconsapevole” sorgente degli stessi morbi da cui la comunità bianca è fortemente colpita²⁰⁷.

Nel quadro offerto da Grixoni sulle predisposizioni “di razza” alle malattie si riscontrano temi e rappresentazioni di origine temporale diversa. Nel corso dell'ottocento, i colonizzati erano frequentemente percepiti e rappresentati come modelli di adattamento al proprio ambiente di vita e descritti come più resistenti alle malattie dei tropici²⁰⁸. Le “immunità” della “razza negra” si riscontravano in diversi ambiti: nella minore diffusione della tubercolosi tra le popolazioni conquistate²⁰⁹, nella «frequenza e nella mortalità assai tenui» di fronte alla febbre gialla; in una «certa refrattarietà alla malaria» dei colonizzati, e così via.²¹⁰ La soluzione prospettata da alcuni autori - in maggior parte francesi - per il problema di “acclimatamento di razza” era, di conseguenza, quella dell'incrocio, del *metisage* con le popolazioni autoctone, più capaci di sostenere la virulenza delle malattie prevalenti nei tropici²¹¹:

²⁰⁵ *Ibidem*

²⁰⁶ *Ivi*, p. 29.

²⁰⁷ *Ibidem*

²⁰⁸ A. M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques*, cit.; W. Anderson, *Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900-1920*, in «Bulletin of the History of Medicine», 1 (1996), pp. 94-118.

²⁰⁹ Scrive Sanarelli: «si ammetteva nelle razze vergini dei paesi coloniali, immuni da precedenti tubercolari, una resistenza naturale superiore a quella delle razze civilizzate più o meno indebolite, predisposte o insidiate da tare ereditarie familiari». G. Sanarelli, *Manuale di medicina e di igiene generale e coloniale*, cit., p. 928.

²¹⁰ F. Rho, *Malattie predominanti nei paesi caldi*, cit., p. 718.

²¹¹ Alcuni medici francesi suggerivano anche un “trasferimento” di immunità dagli africani agli europei attraverso la trasfusione di sangue. Teorie non condivise dai tropicalisti inglesi, che invece nell'incrocio razziale vedevano lo spettro della degenerazione. W. Anderson, *Immunities of Empire*, cit., pp. 101-102.

Rho stesso guardava a quest'ipotesi come soluzione ai problemi di continuità della razza "meridionale" nei paesi coloniali; un metodo per evitare l'imbarbarimento della civiltà europea inteso in questo caso non in termini "biologici" ma "sociali":

Possono gli europei riprodursi [nei tropici] indefinitivamente? E ammesso anche questo potranno i discendenti degli europei conservare la loro civiltà o dovranno tornare indietro verso le barbarie, per il bisogno di una popolazione indigena da tenersi in servitù affinché si addossi quelle fatiche a cui solo essa può sottostare?²¹²

Per il medico torinese, che aveva già ammesso la possibilità dell'adattamento individuale, l'acclimatazione di razza non è che un corollario al primo postulato:

Più difficile è a risolvere la questione se possono gli europei riprodursi indefinitamente conservandosi puri. La stirpe mediterranea e meno schizzinosa in fatto di accoppiamenti con razze inferiori e dovunque ha trasportato i suoi penati è avvenuto un largo incrocio con elementi negri e indiani. Tuttavia, in molte famiglie il sangue si è mantenuto puro e in una parte assai più larga di creoli il miscuglio è appena percettibile ad un occhio molto esercitato. L'ibridismo del resto si rivela più per caratteri esterni che per altro; esso non implica un abbassamento delle più nobili facoltà intellettuali e una tinta più bruna e più calda della pelle non è incompatibile con le manifestazioni del genio, i due Dumas informino²¹³.

Senza sposare l'ibridismo, alcuni autori italiani suggerivano l'assimilazione ai costumi indigeni come via più sicura per un efficace acclimatazione:

Non è [...] meno chiaro e dimostrato che l'uomo, per acclimatarsi, per passare da una zona climaterica [sic] all'altra e potervi reggere e prosperare, è costretto sulle prime a mettersi in continua lotta colle nemiche influenze esterne accumulategli intorno dal clima che affronta. Il quale clima, avendo improntato sugli abitanti indigeni i caratteri più o meno evidenti della sua potenza per modo che questi essendovisi col tempo accomodati, finirono per equilibrarsi con esso, ben vede ognuno che il nuovo arrivato deve addirittura subire la difficile prova egli pure, se vuole raggiungere il suo scopo, quello cioè di assimilarsi agli indigeni. Vuolsi dunque una cognizione esatta dell'organizzazione e caratteri funzionali, e usi degli abitanti indigeni, e del suolo sul quale lo straniero si trapianta, onde potere gradatamente prepararsi a subire quell'insieme di mutazioni e modificazioni che devono portarlo all'acclimatazione²¹⁴.

Con le scoperte della medicina batteriologica della seconda metà del XIX, il quadro delle concezioni mediche andrà incontro a un radicale (quanto non completo) mutamento. I batteri saranno individuati come causa unica e specifica delle malattie, a discapito - lo si è già visto - dei fattori climatici, ambientali e costituzionali cari alla medicina ippocratica. Le distanze tra le diverse località si andranno omogeneizzando così come le differenze tra i diversi gruppi umani sul piano della resistenza alla malattia²¹⁵: è nel rapporto microbo-ospite (in cui l'ospite è l'uomo o l'animale "universale") che cade tutta l'attenzione della scienza medica da Koch e Pasteur in poi.

²¹² Ivi, p. 724.

²¹³ Ivi, pp. 728-729.

²¹⁴ F. Freschi, *Dizionario di igiene pubblica e polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, cit., pp. 61-76.

²¹⁵ È per questo motivo che Rho sostiene la positività dell'incrocio razziale, fondendo due retoriche: quella della medicina batteriologica e quella della tradizione medica ottocentesca che vede nell'indigeno qualità, in alcuni casi, più adeguate al suo clima di vita.

Questo passaggio risulta evidente nei primi studi di Angelo Celli, risalenti al 1899 e al 1901, dedicati all'immunità all'infezione malarica, un argomento «per quanto [...] molto importante dal punto di vista scientifico e sociale, per altrettanto [...] poco finora studiato»²¹⁶. Il malariologo ricostruisce il quadro delle opinioni mediche in materia di malaria e immunità partendo dai lavori del secolo precedente:

Lind e Pringle già osservavano che durante la guerra d'Olanda, l'armata inglese era colpita da febbri di malaria, che invece rispettavano gli indigeni. Analogamente l'Ungheria per due secoli fu la “tomba dei tedeschi”. [...] Boudin ha poi insistito più specialmente sulla preservazione dei negri alla malaria, soprattutto in quei paesi malsani ove sonosi acclimatati²¹⁷.

Non tutti gli autori accordano però un potere di resistenza “naturale” delle “razze nere”: Celli cita a proposito gli studi di Laveran - secondo cui «l'immunità dei Negri non dipende propriamente dalla razza ma dal loro adattamento alle condizioni miasmatiche locali», quelli di Hirsch e quelli di Colin, tutti concordi nel sottrarre questo “privilegio” di razza alle popolazioni africane. Appellandosi alle ricerche ancor più recenti dei malariologi Plehn e Koch, Celli conclude: *Cosicché dunque, per consenso quasi unanime degli autori, nessuna razza, neppure quella nera ha per sé una immunità congenita o ereditaria verso la malaria; però così la nera come la bianca possono più o meno adattarsi a resistere*²¹⁸.

Con lo sviluppo della microbiologia il concetto di *resistenza* era andato infatti incontro a una torsione semantica. Lo studio dei meccanismi di difesa dell'organismo, al fine di elaborare un programma di vaccinazione contro le malattie infettive, aveva messo in luce come l'immunità non costituisse una proprietà *generica* dell'organismo ma l'indicatore di una sua capacità *specificata*: non resistere alle malattie, ma resistere a una particolare infezione²¹⁹. Le teorie umorali dell'immunità e la scoperta degli anticorpi rafforzeranno poi l'idea che tale capacità sia legata all'anamnesi del paziente, alla storia cioè degli incontri tra organismo e affezioni²²⁰. L'immunità, di conseguenza, tra fine ottocento e inizio novecento, rappresenta per la medicina microbiologica sempre più una proprietà *acquisita* (durante la “carriera di paziente” dell'individuo) e sempre meno una facoltà *innata*, naturale, caratteristica di una razza.

Di fronte a queste novità, l'immunità di razza non può che apparire - come si nota in Celli - un principio contestabile, un concetto da mettere in discussione in virtù delle scoperte della scienza pasteuriana. La maggiore conoscenza delle condizioni sanitarie dei colonizzati - che si potrebbe anche definire come minore ignoranza dei dati reali - contribuirà ulteriormente a modificare questa rappresentazione.

²¹⁶ A. Celli, *Sull'immunità dall'infezione malarica*, in «Atti della società per lo studio della malaria», 1 (1899), pp. 50-73.

²¹⁷ Ivi, p. 50.

²¹⁸ E Celli continua: «Di questi vari adattamenti che le nostre diverse popolazioni spiegano verso la malaria abbiamo ogni giorno sott'occhio parecchi esempi nella Campagna Romana». Ma la resistenza dimostrata - si chiede il malariologo - è frutto delle precauzioni profilattiche empiriche adottate da tali popolazioni, ormai abituate a difendere dal male, oppure da un'immunità? E tale potere è innato o acquisito? Ivi, p. 52 Il corsivo è nel testo. Due anni più tardi, nel 1901, Celli pubblicherà un secondo contributo sul tema. A. Celli, *Sull'immunità dall'infezione malarica. Nuove ricerche*, in «Atti della società per lo studio della malaria», 1 (1901), pp. 68-75.

²¹⁹ Cfr. A. M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine*, cit.

²²⁰ A. M. Moulin, *Expatriés français sous les tropiques*, cit.

Quando infatti, nei primi decenni del XX sec., i servizi sanitari coloniali verranno indirizzati in modo più strutturale verso le popolazioni indigene, lungamente ai margini del sistema di cura dei governi d'oltremare, il "nativo" perderà quell'area di resistenza che gli avevano conferito i testi ottocenteschi. Si scoprirà piuttosto che gli africani sono "ammalatiissimi", che la diffusione di morbi è in alcuni casi più elevata tra i sudditi coloniali, ormai rappresentati come *serbatoi* di microbi, che tra i connazionali²²¹.

Nel 1931 Raffaele Onorato, chirurgo capo dell'Ospedale civile di Tripoli, prova ad esempio senza sorpresa che tra il 1912 e il 1925 il tasso di mortalità per malaria degli italiani in Tripolitania è «sempre stato minore» rispetto a quello degli indigeni, con l'eccezione degli anni 1923 e 1925²²². Uguale proporzione si ritrova nei decessi causati dalla tubercolosi, malattia che miete molte vittime tra gli indigeni, non abituati al morbo importato dalla "civiltà"²²³.

Tre anni prima Carlo Maurizio Belli aggiornava le finalità della disciplina igienica alle particolari esigenze dei paesi coloniali:

²²¹ Questa è l'ideologia che sorreggerà l'incontro tra medici italiani e le popolazioni etiopiche nel 1935-36, popolazioni ridotte ormai a catalogo vivente di morbi. Si veda ad esempio l'articolo di Giovanni Castronuovo del 1935, *Le malattie dominanti in Abissinia e la loro prevenzione*: «Sono al proposito da ricordare quali cause d'inapparenza i vari e talvolta cospicui gradi di immunità di cui beneficiano alcune razze indigene, per cui per es. le varie forme tifiche, ed anche malariche sono assai meglio da quelle sopportate e talora in maniera così subdola da farle ritenere refrattarie al male. Dicasi lo stesso, sebbene più limitatamente, per il colera, il dermatifo, la peste bubbonica, per le leishmaniosi, specie cutanee, e in maniera ancora più ristretta la malattia del sonno. Lo studio di queste resistenze, sia individuali che di razza, ha avuto enorme importanza nella patogenesi e profilassi di molte malattie infettive tropicali, per cui da una parte si [è] approfondit[o] l'esame delle popolazioni indigene» dall'altra ci si è diretti verso la «prevenzione dei mali, isolando a tempo i portatori inapparenti, od allontanando in linea di massima, dai villaggi indigeni, le residenze degli Europei e dei nuovi arrivati, nonché illuminando questi sui pericoli dei contatti troppo intimi e frequenti con la gente indigena sana all'apparenza e sulla maniera di difendersi, mercé i mezzi preventivi quali la nettezza meticolosa personale ed ambientale, le disinfezioni, le vaccinazioni, e i metodi profilattici chemioterapici». G. Castronuovo, *Le malattie dominanti in Abissinia e la loro prevenzione*, in «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 6 (1935).

²²² R. Onorato, *Lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla nosografia tripolitana*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 3 (1931), pp. 167-185, p. 169.

²²³ Il rapporto tra tubercolosi e immunità nello spazio coloniale è un tema in cui si addensano molteplici rappresentazioni. Se in alcuni autori è presente il riconoscimento della "colpa" degli europei nella diffusione del morbo nel continente africano - alla descrizione di questo nesso è ad esempio dedicato il capitolo *Tubercolosi e colonizzazione* del volume di Giuseppe Sanarelli - in altri l'immagine si capovolge: è con l'arrivo della civiltà che giunge la malattia ma anche l'immunità; la responsabilità è questa volta negli indigeni che non sono ancora immunizzati. La negazione della violenza dell'imperialismo bianco cresce in questo caso ai suoi massimi livelli: «A misura che le popolazioni autoctone entrano in rapporto coi bianchi l'infezione si estende dando manifestazioni molto gravi e percentuale di morbilità e di mortalità sempre più alte. Ciò si mette generalmente in rapporto con la *manca*za di una maggiore resistenza o refrattarietà acquisita dall'individuo o dalla razza per mezzo di infezioni pregresse. Come si vede nei popoli ove la malattia regna da lunga data. È anche per questa ragione che la tisi è molto più facile trovarla nelle città che nelle regioni interne a popolazione molto rada e per giunta nomade che quindi è scarsa e sfuggibile ai contatti con i nuovi giunti». G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 17. Per Sanarelli invece la storia della colonizzazione è una storia della diffusione della tubercolosi in regioni vergini: «Il colono è un esportatore di tubercolosi. [...] Le odierne osservazioni del Sanarelli hanno alquanto svalutata la siffatta leggenda [la resistenza naturale dei colonizzati alla tubercolosi], perché hanno dimostrato non soltanto che le razze umane, senza precedenti tubercolari, sono più sensibili alla tisi, di quelle collettività che si avvicinano negli ambienti sociali più o meno intensamente bacillizzati, ma che l'europeo civilizzato e bacillizzato quando si fa colonizzatore, diventa facilmente un pericoloso *esportatore* di tubercolosi!». G. Sanarelli, *Manuale di medicina e di igiene generale e coloniale*, cit., pp. 927-928. Il corsivo è nel testo.

L'altro compito, non meno importante [dell'igiene], consiste nella difesa contro le affezioni morbose evitabili. Sotto questo punto di vista l'Igiene Coloniale studia l'Epidemiologia, soprattutto in rapporto con le cause indirette delle infezioni rappresentate dalla convivenza sulla stessa terra con le popolazioni indigene. Le popolazioni di colore che abitano i paesi caldi sono in un grado di civiltà inferiore e il colono, non potendo sottrarsi all'influenza dello stato sociale di esse, per difendersi dai morbi infettivi e parassitari, deve ordinare misure di profilassi in relazione con i costumi degli indigeni, che possono importare pericolo di trasmissione dei morbi predetti²²⁴.

Ci si potrebbe dunque chiedere perché nello scritto di Grixoni del 1926 - come in altri testi - si registri ancora una compresenza di immagini (l'immunità di razza; l'indigeno riserva e vettore di microbi) e le popolazioni colonizzate non siano ormai ridotte a pura minaccia, e non "modello" di adattamento, per la comunità europea.

Il persistere dei due discorsi costituisce senza dubbio l'effetto di una specificità italiana: la disciplina medica rivolta ai tropici risulta, nella penisola, tanto "internazionalizzata" quanto in alcuni casi "dipendente" per le sue elaborazioni da studi già formulati. Non è infrequente intravedere negli studi italiani dei veri e propri *collage* di letteratura medica francese, inglese, tedesca (ma anche "autoctona") risalente ad epoche diverse. Il volume di Grixoni costituisce un esempio manifesto di questa tendenza, interessato come è più a una ricostruzione del quadro epidemiologico delle terre conquistate che alla trattazione degli aspetti innovativi della ricerca medica.

La compresenza delle due tematiche è però, soprattutto, il prodotto di un carattere *strutturale* delle società d'oltremare: l'evidenza di una *inequale* distribuzione (nonché decorso) delle malattie tra gli attori dello spazio coloniale; una differente capacità di risposta alle patologie che divide i gruppi umani senza ripartirli secondo le gerarchie imposte dall'ideologia di conquista.

Lo sforzo di disciplinamento delle indesiderate disuguaglianze risulta qui con chiarezza:

Lo studio del fondamento etnico della popolazione - scrive Candido Medulla presentando i caratteri nosografici della Cirenaica - è importante dal punto di vista nosografico perché la distribuzione, la frequenza e il decorso delle malattie è strettamente legato al fattore costituzionale della razza, oltretutto al fattore ambientale. [...] La sifilide è diffusissima negli arabo berberi, frequente negli europei rara negli israeliti, decorre in forma lieve negli indigeni, in forma tumultuaria negli europei [...] ecc. Nei primi si hanno a preferenza le gravi localizzazioni cutanee, nei secondi esse sono trascurabili e si riscontrano facilmente le lesioni nervose. La tubercolosi è più diffusa fra i negri e gli eritrei, meno fra gli indigeni, poco fra gli israeliti e gli europei; evolve più rapidamente nei primi e nei secondi, più lentamente negli ultimi. La ragione del differente comportamento delle due infezioni nei vari gruppi etnici è da ricercare nel fattore costituzionale di razza, come dianzi ho detto: gli indigeni resistono meglio alla sifilide perché attraverso le varie generazioni risultano immunizzati contro di essa. Gli

²²⁴ C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit., p. 2. Che gli indigeni siano "sporchi" e conducano una vita nell'ignoranza delle norme igieniche è un topos della letteratura medica e non solo, un'immagine ben più antica della rappresentazione dei nativi come portatori di morbi, assai frequente nella letteratura dei primi decenni del novecento. Inutile sottolineare come i due schemi stereotipi si fondano perfettamente assieme con l'avanzare delle teorie batteriologiche. Per alcune considerazioni sulla "sporcizia" degli indigeni si veda: G. D'agostino, Cura e educazione del corpo nella Colonia Eritrea, in «Dialoghi Mediterranei», 23 (2017).

europei invece sono maggiormente immunizzati contro la tubercolosi che contro la sifilide, ragione per cui offrono maggiore resistenza a quest'ultima infezione che alla prima²²⁵

La nosografia di Grixoni nel 1926 offre un quadro ancor più esplicativo, e meno “controllato”, delle diseguali geografie “immunitarie” che caratterizzano il mondo “tropicale”: la febbre di Malta in alcune regioni africane - scrive il medico - «non colpisce che di rado e con forma leggera l'indigeno, mentre si diffonde rapidamente nell'Europeo»²²⁶. La popolazione “nera” è invece «più di ogni altra colpita [dal vaiolo], senza che si constati nel corso degli anni una attenuazione della malattia, come lascerebbe supporre il ripetersi frequente e da tempi remoti di epidemie nella stessa razza»²²⁷; ma in Libia, ricorda l'ufficiale sanitario, «le affezioni a carattere vaioloso hanno di regola [...] un andamento piuttosto benigno, contrariamente a quanto dovremmo attenderci, tenuto conto della assoluta mancanza di profilassi vaccinica nella popolazione indigena»²²⁸. Uguale andamento si riscontra in Tripolitania e Cirenaica per «la febbre tifoide [che] è negli arabi piuttosto rara ed a decorso benigno, non si sa se per immunità congenita o per una resistenza acquisita in seguito ad attacchi precedenti leggeri», mentre è grave negli europei²²⁹.

Il colono - si legge ancora nello studio di Grixoni - «che quasi fatalmente si infetta» di sifilide, contraendo una malattia in alcuni casi più grave che in patria²³⁰, è invece più resistente alla tubercolosi - come si è visto -; una malattia in cui le predisposizioni razziali risultano evidenti: «gli israeliti sono i meno ricettivi; vengono poi gli arabi, i berberi, i negri; tra questi sono largamente infettati quelli che provengono dall'interno dell'Africa. Fra le popolazioni indigene sono colpite con maggiore intensità in Tripolitania le tribù [...] di Tarhuna (Gabbi)»²³¹. Gli arabi come gli eritrei - continua Grixoni - sono invece raramente affetti da malattie del sistema circolatorio²³²; anche l'ittero infettivo risparmia «le truppe libiche e di colore» ma «non quelle metropolitane»²³³.

In questa geometria variabile della predisposizione e resistenza dell'organismo del colono e del colonizzato, cause sociali e cause “naturali” facilmente si sovrappongono:

Fra le razze umane che popolano la colonia gli Abissini appaiono i più ricettivi; quasi refrattari i Cumana. Mignacca afferma [in controtendenza rispetto alla linea francese] che i meticci - figli di bianchi e di donne nere - sono più suscettibili a contrarre la malattia, nonché dei negri, perfino degli Europei. Del resto, come fu ricordato nella parte generale, e come confermano i nostri medici coloniali, la resistenza contro l'infezione affievolisce, fino a scomparire, sotto l'influenza debilitante del lavoro eccessivo, del caldo soffocante, dell'alimentazione scarsa ed incongrua, di malattie intercorrenti²³⁴.

²²⁵ C. Medulla, *La Cirenaica del punto di vista sanitario (Conferenza tenuta il 29 marzo 1931, all'Istituto fascista di cultura)*, in «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 7 (1931), pp. 391-418, p. 398.

²²⁶ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 16.

²²⁷ Ivi, pp. 32-33.

²²⁸ Ivi, p. 189.

²²⁹ Ivi, p. 44.

²³⁰ Ivi, pp. 43-44.

²³¹ Ivi, p. 177.

²³² Ivi, p. 173.

²³³ Ivi, p. 180.

²³⁴ Ivi, p. 95.

E ancora Grixoni scrive:

sull'altipiano gli sbalzi di temperatura sono frequenti durante la notte in alcune stagioni e non mancano nemmeno sulla riva del mare. A parte però la grande sensibilità che unicamente gli arabi e i negri rappresentano per affezioni delle vie aeree si intende come queste siano rese ancor più facili da abitazioni non riparate dalle intemperie o prive di aria, di luce²³⁵.

Il ruolo giocato dai fattori sociali è in alcuni casi riconosciuto: l'europeo rimane protetto da alcune infezioni - specialmente quelle tropicali - per lo stile di vita che conduce in colonia piuttosto che per fattori costituzionali:

Ogni uomo eredita - scrive Carlo Maurizio Belli - un certo grado d'immunità e durante la vita subisce una serie di vaccinazioni naturali verso le affezioni endemiche del paese di sua dimora. Cambiando di luogo, e messo in contatto per la prima volta con infezioni verso cui non gode della protezione immunitaria, è presto colpito da morbi endemici locali e, superando l'infezione, ottiene l'immunità, in conseguenza della quale va sempre meno soggetta ad ammalarsi. [...] Ma non bisogna confondere la immunità con l'occasione di infettarsi. Gli europei sono risparmiati da varie infezioni frequenti negli indigeni, non perché godano di immunità, bensì a cagione del diverso ambiente di dimora e di lavoro che li sottrae all'attacco degli animali vettori delle infezioni: glossine per la tripanosomiasi africana zecche per la febbre ricorrente tropicale, pidocchi per il tifo petecchiale, e così via²³⁶.

L'analisi dell'immunità "etniche" rivela fratture anche nel "corpo sociale" dei coloni: gli immigrati recenti e i giovani soldati italiani - ricorda Grixoni - sono più esposti a contrarre con facilità il tifo addominale rispetto ai bianchi residenti da tempo in colonia²³⁷. Anche la categoria degli "indigeni", di fronte alla malattia, si frammenta e scompone in una molteplicità di risposte diseguali:

Sul piano della razza si nota come i più colpiti [dalle oftalmie] sono i beduini tanto urbanizzati che nomadi; questi ultimi poi si può dire siano tracomatosi tutti senza eccezione; seguono gli arabi agricoltori; quindi gli esercenti arti e mestieri; gli israeliti e da ultimo gli europei, con predominio fra questi dei maltesi e dei siciliani. I negri sudanesi, provenienti dalla cerchia sud-sahariana e viventi a Tripoli in condizioni igieniche, economiche e sociali più basse di quelle degli altri indigeni, bianchi, arabi ed ebrei, sono attaccati dal tracoma molto meno di questi, donde la credenza molto diffusa nel paese che "i neri non si ammalano di tracoma". Dalle indagini del Sarnelli risulterebbe la scarsissima popolazione negra è tracomatosa con una percentuale che è sei volte inferiore a quella araba, e circa otto volte inferiore di quella ebraica²³⁸.

Vulnerabilità o resistenze che si accentuano quando i gruppi etnici si trovano a confronto con un nuovo ambiente, come si è già visto a proposito delle truppe ascare trasportate dall'altipiano eritreo ai bassopiani, e viceversa: le malattie dovute a cause reumatica - sottolinea ancora Grixoni - «sono come ovvio più frequenti sull'altipiano che alla costa, più comuni tra le truppe di colore che in quelle bianche e fra quelle in modo particolare delle somale le quali oltre a non essere spesso acclimatate, e non facilmente acclimatabili, hanno

²³⁵ Ivi, p. 171.

²³⁶ C. M. Belli, *Igiene coloniale*, cit., p. 51. Ancora cause sociali: «Si ammette generalmente che alcune razze colorate e specialmente la nera abbiano una speciale predisposizione per il tetano; ma la maggior frequenza in queste popolazioni si deve con grande probabilità attribuire alla vita che esse menano». Ivi. p. 43.

²³⁷ G. Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, cit., p. 177.

²³⁸ Ivi, p. 199.

abitudini che portano all'incredibile noncuranza [...] a sottoporsi alle norme riguardanti le abitazione e del vestiario, atte a proteggere il corpo dell'intervento intemperie per gli squilibri delle temperature»²³⁹.

Ciò che emerge dallo studio di Grixoni è una geografia storica della salute differenziale della società coloniale in cui il peso della razza equivale in realtà - ma l'autore ne è inconsapevole - al peso della permanenza nel territorio e dell'avvenuto adattamento alle malattie dominanti: una dinamica "temporale" che si aggiunge a un dato "naturale" imprescindibile per la comprensione sul piano medico delle società d'oltremare²⁴⁰. Impossibile è infatti per lo studioso rinunciare alla razza come principio di organizzazione e decifrazione della società coloniale sul piano medico. Nonostante gli sviluppi della microbiologia e poi dell'immunologia, le preoccupazioni nei confronti del migliore adattamento del colonizzato al suo ambiente continueranno, nei primi decenni del XX sec., a oscillare tra un timore "assoluto" - quello della superiorità fisiologica dell'indigeno - e una preoccupazione "controllabile" - i nativi come riserve di morbi - su cui la medicina scientifica di fine ottocento e novecento può ormai con efficacia intervenire.

Sul piano delle risposte alla malattia le comunità dei coloni e dei colonizzati risultano, si è visto, molto meno compatte di come fino ad ora si era messo in evidenza. L'acclimatazione, in questo senso, è una categoria che non aiuta a cogliere le sfumature della società coloniale: non esiste una fisiologia differenziata tra operai e funzionari italiani presenti nei territori dell'impero²⁴¹ ma una contrapposizione fra organismo "bianco" e del "nero". L'acclimatazione si appella alle retoriche dell'unità, compatta la (pur gerarchizzata) società d'oltremare; secondo un movimento contrario, l'"immunità differenziale" infrange il mito della superiorità bianca, permettendo di cogliere, anche sul piano delle rappresentazioni, le stratificazioni esistenti nella società coloniale e le geometrie variabili della salute.

²³⁹ Ivi, p. 186.

²⁴⁰ Le dinamiche sociali che presiedono al sorgere della malattia sono difficilmente prese in esame - si è visto - nello spazio "tropicale".

²⁴¹ Per una lettura attenta alle stratificazioni del corpo coloniale si veda E. Ertola, *In terra d'Africa. Gli italiani che colonizzarono l'impero*, Laterza, Roma-Bari 2017.

Appendice I

Insegnamenti e cattedre universitarie di medicina e igiene tropicale

R. Università di Roma

(Fonte: Archivio storico dell'Università di Roma "La Sapienza")

Anno	Docente	Incarico	Insegnamento	Clinica
1908-1909	Umberto Gabbi	Comandato	Studi malattie esotiche (non corso universitario)	
1909-1910	Umberto Gabbi	Comandato	Malattie esotiche (corso complementare)	
1910-1911	Umberto Gabbi	Comandato	Malattie esotiche (corso complementare)	Clinica Medica Romana: sezione di malattie tropicali
1911-1912	Umberto Gabbi		Malattie esotiche	Clinica Medica Romana: sezione di malattie tropicali
1912-1913	Umberto Gabbi		Malattie esotiche	Clinica Medica Romana: sezione di malattie tropicali
1914-1915	Umberto Gabbi (assistito da Giuseppe Franchini)		Malattie esotiche	Clinica Medica Romana: sezione di malattie tropicali
1915-1916	Umberto Gabbi		Malattie esotiche	Clinica Medica Romana: sezione di malattie tropicali
1916-1917	/			
1917-1918	/			
1918-1919	/			
1919-1920	/			
1920-1921	/			
1921-1922	/			
1922-1923	/			
1923-1924	Carlo Basile	Incarico gratuito	Diagnostica delle malattie tropicali e	

			esercitazioni pratiche	
1924-1925	Carlo Basile	Incarico gratuito	Diagnostica delle malattie tropicali	
1925-1926	Carlo Basile	Incarico gratuito	Diagnostica delle malattie tropicali	
1926-1927	Carlo Basile	Incarico gratuito	Diagnostica delle malattie tropicali	
1927-1928	Carlo Basile	Incarico gratuito	Diagnostica delle malattie tropicali	
1928-1929	Carlo Basile	Incarico gratuito	Patologia coloniale	
1929-1930	Carlo Basile	Incarico gratuito	Patologia coloniale	
1930-1931				
1931-1932	Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Istituzione della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali presso l'ospedale Umberto I di Roma
1932-1933	Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1933-1934	Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1934-1935	Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1935-1936	Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1936-1937	Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1937-1938	Gabriele Amalfitano Giuseppe Acanfora Aldo Castellani		Patologia delle malattie tropicali Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1938-1939	Gabriele Amalfitano		Patologia delle malattie tropicali	Clinica delle malattie

	Giuseppe Acanfora Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	tropicali e subtropicali
1939-1940				Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1940-1941	Giuseppe Acanfora Aldo Castellani		Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1941-1942	Giuseppe Penso		Igiene tropicale e subtropicale	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1942-1943	Giuseppe Penso		Igiene tropicale e subtropicale (l.d. patologia e igiene coloniale)	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1943-1944				Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1944-1945	Pasquale Scaduto		Malattie intestinali tropicali	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali

Insegnamenti e cattedre di medicina tropicale nelle Università del Regno

(Fonti: AISMC, AMNC, GIMET; per gli insegnamenti predisposti in età liberale cfr. A. Dröscher, *Le facoltà medico-chirurgiche italiane (1860-1915). Repertorio delle cattedre e degli stabilimenti annessi, dei docenti, dei liberi docenti e di tutto il personale scientifico*, CLUEB, Bologna 2002)

Anno	Università	Docente	Insegnamento
1903-1904	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	-Patologia esotica -Igiene navale e coloniale
1904-1903	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	-Patologia esotica -Igiene navale e coloniale
1905-1906	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	-Patologia esotica -Igiene navale e coloniale
	Firenze	Giovanni Polverini (LD)	-Malattie esotiche

1906-1907	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	-Patologia esotica -Igiene navale e coloniale
	Firenze	Giovanni Polverini (LD)	-Malattie esotiche
1907-1908	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	-Patologia esotica -Igiene navale e coloniale
	Firenze	Giovanni Polverini (LD)	-Malattie esotiche
1908-1909	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	Patologia esotica -Igiene navale e coloniale
	Firenze	Giovanni Polverini (LD)	-Malattie esotiche
1909-1910	Napoli Firenze	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	Patologia esotica -Igiene navale e coloniale -Malattie esotiche
1910-1911	Napoli	Filippo Rho (incaricato) Alessandro Pasquale (incaricato)	
	Firenze	Giovanni Polverini (LD)	-Malattie esotiche
1911-1912			
1912-1913			
1913-1914	Firenze - Scuola di sanità militare marittima	Alessandro Pasquale	-Malattie esotiche
1914-1915	Firenze - Scuola di sanità militare marittima	Alessandro Pasquale	-Malattie esotiche
	Napoli	Ivo Bandi	Igiene e patologia coloniale
1915-1916	/		
1916-1917	/		
1917-1918	/		
1918-1919	/		
1919-1920	/		
1920-1921	/		
1921-1922	/		
1922-1923	/		
1923-1924	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia delle malattie esotiche
1924-1925	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale

1925-1926	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia tropicale
	Firenze -Scuola di Sanità militare marittima	Tommaso Sarnelli	Sezione di patologia coloniale
1926-1927	Napoli	Giovanni Castronuovo	Igiene e patologia coloniale
	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
1927-1928	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
	Padova		
	Firenze	Giovanni Grixoni	Scuola di sanità militare
1928-1929	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia esotica
	Padova		
1929-1930	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
1930-1931	Bologna (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
1931-1932	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Paolo Croveri Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
1932-1933	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini Paolo Croveri	-Patologia coloniale -Patologia esotica e coloniale
1933-1934	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini Paolo Croveri Tommaso sarnelli	-Patologia coloniale -Patologia esotica e coloniale -Medicina Indegenà
1934-1935	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	
	Messina	Paolo Croveri	Patologia tropicale e subtropicale
	Napoli	Giovanni Castronovo	Patologia esotica
1935-1936	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
	Napoli	Giovanni Castronovo	Patologia esotica

	Torino(Clinica delle malattie tropicali) ¹	Paolo Croveri	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1936-1937	Napoli	Tommaso Samelli Giovanni Castronovo	Medicina Indigena Patologia esotica
	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	Patologia coloniale
	Torino (Clinica delle malattie tropicali)	Paolo Croveri	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
	Padova	Giovanni Angelini	
	Cagliari		Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1937-1938	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini	
	Torino (Clinica delle malattie tropicali)	Paolo Croveri	Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
1938-1939	Genova	Mario Peruzzi	
	Modena (Istituto di patologia coloniale)	Giuseppe Franchini Paolo Croveri	
1939-1940			
1940-1941			
1941-1942	Cagliari	Mario Girolami	Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali
1942-1943			

¹ *Una clinica per le malattie tropicali. L'iniziativa della cassa di risparmio per la costruzione di un nuovo Istituto*, in «La Stampa», 22/05/1936, p. 2.

Appendice II

Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali - Indice delle annate 1920-1940

1920

f. I

Onorato R. La paragonimiasi in Tripolitania

Bartolotta E. la congiuntivite da bacillo di Weeks

Funaioli G. Nati-mortalità infantile nel villaggio arabo beduino di Tripoli

Onorato R. Il fagedenismo in Tripolitania

f. II

Bartolotta E., Il tracoma è una malattia specifica?

Funaioli G. Il colpo di calore nei lattanti sani in Tripolitania

Onorato R. Il fagedenismo in Tripolitania

f. III

Bartolotta E. Sull'estirpazione del sacco lacrimale

Onorato R. Il fagedenismo in Tripolitania

f. IV

Funaioli G. Il colpo di calore nei lattanti in Tripolitania

Onorato R. Il fagedenismo in Tripolitania

f. V

Bartolotta E. Casistica: lipoma-sottocongiuntivale ad ambo gli occhi

Onorato R. Il fagedenismo in Tripolitania

f. VI

Bartolotta E. Le cause della cecità in Libia

Onorato R. Ainhum

f. VII-VIII-IX

Onorato R. Le spirochetosi broncopolmonari

De Francesco G. Un caso di sutura al cuore

Bartolotta E. Deformità tracomatose in Libia

1921

f. I-II

D. Scozzari (Ispettore sanitario delle ferrovie libiche), Le malattie dei ferrovieri in Libia

E. Bartolotta, Profilassi del tracoma o assistenza ai tracomatosi?

G. Provera, Metodo Provera per l'estrazione della cheren papaia

f. III-IV

R. Onorato, Un caso di morte per avvelenamento da tartaro emetico

E. Bartolotta, Un proiettile di fucile italiano, modello 91, nella cavità orbitaria

R. Onorato, Sulla tecnica delle iniezioni dei derivati del Salvarsan

f. VII, VIII, IX

E. Bartolotta, Antisepsi e assistenza post-operatoria negli ammalati di cataratta

R. Onorato, Il granuloma ulceroso delle pudende in Tripolitania

G. Provera, Perizia psichiatrica sul fratricida Hamed Ahmed Fecac

R. Onorato, Il granuloma ulceroso delle pudende in Tripolitania

f. X-XI-XII

R. Onorato, Il granuloma ulceroso delle pudende in Tripolitania

E. Bartolotta, Sul trattamento delle deformità tracomatose in Libia

P. E. Duprà, Il carbonchio ematico in Tripolitania

G. Funaioli, Per la protezione dell'infanzia musulmana

1922

f. I-II

Onorato R. Sulle paralisi post carbonchiose

Bartolotta E. Un caso raro di simblefaron correlato consecutivo a morbo di Weeks

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

f. III-IV

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Cortese G. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921

f. V

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Cortese G. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921

f. VI

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Cortese G. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921

f. VII

Onorato R. A proposito di tecnica delle iniezioni endovenose

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Cortese G. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921

f. VIII

Fusco P. Considerazioni sulle malattie cutanee in Libia. Sifilide, Lepra, Pian

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Cortese G. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921

f. IX

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Cortese G. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921

f. X

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

f. XI

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

f. XII

Onorato R. Le miasi in Tripolitania

Bartolotta E. Che cosa intendo io per tracoma

1923

f. I

Sorrenti C. La proteinoterapia nelle malattie ostetriche e ginecologiche

f. II

Sorrenti C. La proteinoterapia nelle malattie ostetriche e ginecologiche

Onorato R. Il bismuto nella cura della sifilide

f. III

Sorrenti C. La proteinoterapia nelle malattie ostetriche e ginecologiche

Bartolotta E. Sul trattamento operatorio dell'entropion da tracoma

Onorato R. Il bismuto nella cura della sifilide

f. IV

Sorrenti C. La proteinoterapia nelle malattie ostetriche e ginecologiche

Onorato R. Il bismuto nella cura della sifilide

f. V

Bartolotta E. La congiuntivite da pneumococco

Ribolla R. L'ofidismo nei paesi tropicali

Onorato R. Il Sodoku in Tripolitania

f. VI

Onorato R. Il Sodoku in Tripolitania

f. VII-VIII-IX

Onorato R. Il Sodoku in Tripolitania

f. X-XI-XII

Onorato R. Il Sodoku in Tripolitania

Ribolla R. Il contributo allo studio su alcuni fenomeni neuro psichici nelle popolazioni tropicali

1926

f. I-II-III

Onorato R. Le siero reazioni diagnostiche nella sifilide e nelle malattie tropicali

Funaioli G. La leishmaniosi canina in Tripolitania

f. IV-V-VI

Onorato R. Le siero reazioni diagnostiche nella sifilide e nelle malattie tropicali

f. VII-VIII

Onorato R. Le siero reazioni diagnostiche nella sifilide e nelle malattie tropicali

f. IX-V

Onorato R. Le siero reazioni diagnostiche nella sifilide e nelle malattie tropicali

Halfer G. Sulla chemioterapia moderna della tripanosi

f. XI-XII

Onorato R. Le siero reazioni diagnostiche nella sifilide e nelle malattie tropicali

Galeati A. Portatori di protozoi ed elminti

1927

f. I

Ai lettori

G. Franchini, G. Cendali (Istituto di patologia tropicale dell'Università di Bologna),

Riproduzione sperimentale della lepra nella scimmia e nel ratto bianco

G. Franchini, È il maiale ricettivo all'infezione malarica (osservazioni sperimentali)?

R. Onorato, E. Fantoli, Il clima di Tripoli dal punto di vista medico

- C. Patané (Istituto di patologia tropicale di Bologna), Seconda osservazione in Cirenaica di nodosità iuxta-articolari in soggetto luetico
- C. Veneroni (Capitano medico Direttore infermeria V. Bottego, Brava, Somalia) Note di elmintologia medica nella Somalia italiana
- P. Magli (Istituto di patologia tropicale di Bologna), Brevi notizie sull'Oltregiuba italiano (Zona di Afmadu)
- P. Lodato, (Infermeria di Gadames, Tripolitania), Cinque casi di foruncolosi curati con l'autoterapia

f. II

- C. Basile (Istituto di clinica medica delle R. Università di Roma), Studi di Biologia nelle infezioni ad ospite di trasmissione per medici e laureandi in medicina
- G. Franchini (Istituto di patologia tropicale della R. Università di Bologna), Su di una hemogregarina del piccione
- G. Alongi (medico veterinario), Sull'epizoozia di rabbia sviluppatasi nella colonia Eritrea nel biennio 1825-26
- G. Lodato (Infermeria di Gadames Tripolitania), Un caso di artrite gonococcica dell'articolazione della mano destra e uno di uretrite cronica localizzata curati con pus blenorragico diluito in soluzione di fenolo sintetico

f. III

- C. Basile, Studi di Biologia nelle infezioni ad ospite di trasmissione per medici e laureandi in medicina
- G. Franchini, I. Poggi, Su di alcune ricerche in riguardo alla "leucicuitogregarina Hepatozoon ratti"
- Monastra-Abate, Distribuzione del Trypanosoma Lewisi in ratti delle diverse località di Bologna e dintorni

f. IV

- G. Franchini, Su di un plasmodio pigmentato di una scimmia
- G. Franchini, A. Careddu (Ten. colonnello medico, Direttore della sanità militare di Bengasi), Su di una tripanosomiasi dei cammelli a Giaraub in Cirenaica (Seconda nota)
- Manzoli (Istituto di patologia tropicale di Bologna), Topografia dell'amebiasi in provincia di Bologna
- G. Martinelli, Relazione sanitaria dell'anno 1926, Regia residenza di Lugh (Somalia)
Recensioni

f. V

- C. Basile, Studi di biologia nelle infezioni ad ospite di trasmissione per medici e laureandi in medicina
- G. Franchini, Brevi note di malariologia nella provincia di Bologna
- F. Pullè (Istituto di patologia tropicale Università di Bologna), Tentativo di cura dell'amebiasi infantile col rutto del *Surbus Domestica*
- F. Pullè, Sulla distribuzione di *Stegomia Fasciata* in Cirenaica, sua frequenza e abitudini biologiche in Bengasi

f. VI

- C. Basile, Studi di biologia nelle infezioni ad ospite trasmissore (*Continuazione*)
- G. Franchini, Un caso di Coccidiosi umana di *Isospora homini*
- L. Bakunin (Chef de la mission médicale, Tshela 1926), Rapport sur les travaux accomplis par la mission médicale pour la lutte contre la maladie du sommeil
- A. Guerricchio (già assistente negli ospedali di Napoli e vicedirettore dell'ospedale civile di Matera), Un caso di miasi intestinale
- G. Bacchelli (Istituto di patologia tropicale Bologna), Il metodo Noguchi Tilden nella fissazione e conservazione dei più vari protozoi ed elminti

f. VII

- G. Franchini, III nota di entomologia sulle colonie italiane
- G. Gelonesi (Maggiore medico della Marina Ospedale A. Cecchi del Villaggio Duca degli Abruzzi), Un interessante caso di epatite tropicale
- G. Brunè (Spedali civili di Brescia Reparto Medico), Sulla tricomoniasi intestinale
- G. Lodato (Tenente medico Infermeria di Gadames), Si deve ammettere un mal di mehara per i nazionali che prestano servizio presso i reparti meharisti coloniali?
- G. Lodato (Tenente medico), L'uso del latte acido indigene quale causa di miasi intestinale a Gadames
- A. Gollini (Direttore dell'Ospedale dei Neri a Coquilhatville, Congo Belga), Il Pian e il Neo I.
C.I

f. VIII

- R. Onorato, L'echinococcosi in Tripolitania
- A. Gollini (Directeur), Quelques considérations sur le fonctionnement de l'hôpital des nègres à Coquilhatville et d'autres services médical de la ville
- Giovanni Provera (medico residente, ufficiale sanitario a Cheren, Eritrea), Terapia antica dell'ofidismo

f. IX

- R. Onorato, L'echinococcosi in Tripolitania

- A. Gollini (Direttore dell'ospedale dei Negri), Su di un caso di localizzazione abnorme di cisti da echinococco
- G. Provera (medico residente, ufficiale sanitario a Cheren, Eritrea), Terapia antica dell'ofidismo
- I. Pocci, Sul Sudoku eventuale reperto di spirochete nella bocca dei mus secumantus
- A. Gollini (Direttore dell'ospedale dei Negri), Appendice inclusa in una ernia irriducibile

1928

f. I

- O. Castignola, Intorno ad un caso di ascesso epatico apertosi nel polmone
Sartori, Distribuzione e frequenza della febbre di malta in provincia di Bologna

f. II

- C. Patanè, Il posto attuale della Cirenaica nella epidemiologia della leishmaniosi in Nord Africa
- F. Pullè, La cura dell'epilessia col Plasmodium vivax e colla Spirocheta duttoni
- Bonura, Distribuzione della malaria nella provincia di bologna. Quali specie di Anopheles riscontrate nelle zone malarigene
- U. Cesarano, L'azione del giallo di acridina nella gonorrea maschile

f. III

- G. Franchini, Su di una spirochetosi del pipistrello
- E. Favero, Contributo allo studio delle bilharzie e la loro diffusione nell'organismo umano
- Pirano, Sulla cistite amebica
- C. Veneroni, Presenza della microfilaria notturna in malati con quadri clinici atipici

f. IV

- G. Franchini, Ancora sulla riproduzione sperimentale della lebbra nella scimmia
- E. Del Favero, Sopra un caso di elefantiasi da filaria con localizzazione unica a carico del prepuzio
- E. J. Pampana, I serpenti velenosi della Columbia
- G. Tabarelli, Epidemia di avvelenamento da carne nello Zanzur

f. V

- G. Franchini, Lambertini, Su di un caso di elefantiasi
- Diffusione dei neoplasmi tra le popolazioni indigene della Colonia Eritrea
- E. Favero, Localizzazione abnorme della Filaria Medinensis in seno ad una ghiandola

inguinale

S. Lottico, Due casi di Mycetomi in Tripolitania
Famulari, Il tetracloruro di carbonio nella cura dell'anchilostomiasi

f. VI

G. Franchini, M. Giordano, Studi su una poliomielite subacuta di Bologna
R. Onorato, L'ereditarietà della tubercolosi
M. M. Petzetakis, L'uretrite à Pasteurella
M. Giordano, Sulla presenza di flagellati nel polmone umano
Ghetti, Immunità e fenomeni allergici nelle spirochetosi umane

f. VII

G. Franchini, Un nuovo caso di Buba brasiliana.
J. Papadopoulo, Premier cas de mycétome de la rate observé en Egypte
M. Giordano, Di un caso di dermatomicosi da *Penicillium crustaceum*
M. Petzetakis, De la réalité de la cholécystite amibienne
C. Veneroni, Le paralisi da Zecche in Somalia
L. Bakunin, La lotta contro la malattia del sonno (tripanosomiasi) nel congo Belga

f. VIII

G. Franchini, Balantidiosi dell'uomo
G. Franchini, Su alcune specie di zanzare non ancora descritte nelle nostre colonie
E. J. Pampana, La medicina tropicale nella Colombia occidentale
C. Veneroni, Contributo allo studio delle nodosità iuxta articolari
G. Baccheli, L. Taddia, Ricerche nel sangue e negli organi interni delle *Gambusie affinis*

f. IX

M. Giordano, Contributo allo studio sperimentale delle spirochetosi dell'apparato respiratorio
F. Cotta Ramusino, Contributo allo studio del beri beri
G. Infurna, Un piccolo focolaio di Latah in Eritrea

f. X

G. Franchini, Nuove osservazioni di entomologia nelle colonie italiane
R. Onorato, A proposito di spirochetosi dell'apparato respiratorio
F. Loreto, La Plasmochina nella terapia della malaria
Z. Franzoso, Anguillosi in Bologna e provincia
G. Servidori, Brevi notizie nosografiche nella Somalia italiana (Zona di Serenli)

f. XI

G. Franchini, Setticemia di Bacilli di Hansen in un caso di lebbra nodulare

M. Ferrero, Ricerche sulla lebbra

G. Bacchelli, Sulla possibile trasmissione del plamodium della malaria umana negli animali

f. XII

Il ritorno in Italia del prof. Giuseppe Franchini

C. A. Ragazzi, Le vie della peste in Cirenaica

F. Cotta Ramusino, La sifilide cutanea in Somalia

G. Brezzi, Ricerche e statistiche di elmintologia intestinale

1930

f. I

G. Franchini, Sulla riproduzione sperimentale della lebbra nella scimmia III nota

M. Giordano (medico maggiore R.M. e assistente militare all'Istituto di Patologia Coloniale),
G. Celli (Assistente di clinica pediatrica), Contributo allo studio della distomatosi epatica nell'uomo

S. Fadda, F. Cotta Ramusino (Direzione di sanità della Somalia Italiana -Mogadiscio)
Distribuzione generale della lebbra in Somalia. Note epidemiologiche e cliniche

G. Mirra (Capitano medico R. Marina - Direzione di sanità e igiene della Somalia Italiana, Ospedale A. Cecchi, Villaggio Duca degli Abruzzi), La febbre biliosa emoglobinica tra gli indigeni della Somalia

W. L. Yakimoff, E.f. Rastefaieff (Labor. de l'Ecole Vétérinaire à Leningrad), Hémogrégarines chez un python

f. II

C. Tedeschi (Direttore Ospedale coloniale di Derna), Un caso di Leishmaniosi interna familiare in territorio di Derna. Appunti di nosografia Cirenaica

L. C. Venturi (Assistente Is. Pat. Trop. Bologna), Contributo allo studio dell'infezione naturale e sperimentale dei flagellati del Camaleonte e del Gecko

F. Tanzer (Is. Pat. Trop. Bologna), Sull'influenza della spirochetosi da *Sp. hispanica*

C. G. Gasperini (Protofisico. Direttore dei servizi di Sanità ed Igiene del Governo delle isole italiane dell'Egeo), A proposito dei culicidi e della lotta contro di essi nell'isola di Rodi

I. Poggi (Is. Pat. Trop. Bologna), Sulla distribuzione di culicidae in alcune isole dell'egeo

G. Bacchelli (Capo Reparto e Direttore Gabinetto di ricerche ed analisi, Servizio sanitario della Somalia Italiana, Ospedale De Martino, Mogadiscio), Osservazioni su di un caso di siringomielia con decorso atipico

C. A. Ragazzi (Is. Pat. Trop. Bologna), Avvelenamento da semi di Alizia
L. Lebek, Contributo allo studio delle intossicazioni alimentari

f. III

P. Croveri, Contributo alla conoscenza della nosografia umana ed animale della Somalia italiana
C. Medulla, Episodio epidemico di amebiasi in Marmarica
C. Medulla, Sopra alcuni casi di febbri a tipo Dengue e a tipo Pappataci osservati in Bengasi nel 1929
G. Mirra, Plasmodio-Sovarsolo-Chinino nella terapia della malaria tropicale
A. Pirani, Su alcune infezioni delle gazzelle, antilopi, ovini, caprini in Eritrea

f. IV

M. Giordano, Sulla possibilità di infettare il triatoma Flavida con il trypanosoma Cruzi
A. Guerricchio, Il bottone d'oriente in provincia di Matera, Basilicata
C. Bellelli, Brevi note nosografiche dell'Arabia settentrionale-Hegiaz
f. D. Paoli, Contributo alla nosografia della Migiurtina
U. Cesarano, C. Florio, Acridinoterapia ambulatoria della Gonorrea
C. Medulla, Casi sporadici di dengue in Marmarica
E. Borra, Relazione sanitaria annuale (maggio 1918, aprile 1929) dell'ambulatorio italiano di Addis Abeba

f. V

C. Cerruti, Sulla vaccinazione delle capre contro l'infezione da Br. Melitensis
L. Taddia, Bronchite amebica. Primi casi nella Marmarica Orientale Cirenaica
R. Ganora, L'igiene della cucina yemenita
A. Dallapè, Regole igieniche e pratiche medico-chirurgiche presso gli aborigeni dell'Australia
C. Medulla, Sopra due casi di malaria primitiva osservati in Cirenaica
F. D. Paoli, Osservazioni sopra un focolaio epidemico di febbre ricorrente

f. VI

G. Franchini, Malaria e risaia
C. Saverio, Appendicite da Bilharzia
C. Cerruti, Su di un coccidio parassita di testudo greca
P. De Paoli, La cura specifica dell'ulcera tropicale fagedenica
G. Vinti, Epidemiologia della malaria in provincia di Bologna
E. Ganora, Vocabolario di termini arabi ed etiopici riguardanti la medicina e la flora medica

f. VII

- G. Franchini, Charles Louis Alphonse Laveran
G. Franchini, Su di un parassita pigmentato dello scoiattolo
G. Franchini, Appunti di malariologia sulle colonie italiane e sugli agenti trasmissori
M. Giordano, Un caso di bronco micosi polmonare con pleurite da *Oidium Roseum* Zenoni
1912
R. Ganora, Notizie sul polimorfismo della malaria in Eritrea e in Somalia e sulla sua patogenesi e terapia
D. Longo, La malaria in Tripolitania
G. Rossetti, Ricerche sui parassiti del tubo digestivo del maiale in prov. Di Bologna, Modena e Ravenna

f. VIII

- G. Franchini, Distribuzione degli Ixodidi nello Jemen - Arabia Meridionale
G. Franchini, L. Taddia, Febbre da puntura di zecche in Cirenaica causata dal *Ornithodoros*
U. Cesarano, M. Giordano, Miasi uretrale causata da una larva di una *Anthomyia*
L. C. Venturi, Contributo allo studio della cistite amebica
R. Ganora, Notizie sulla climatologia e nosografia dello Jemen - Arabia Felice, e su di una epidemia di febbre ricorrente
F. Isotti, Contributo alla diagnosi di adenite climatica mediante la intradermoreazione
L. Taddia, Ricerche sui gruppi sanguigni negli indigeni della Marmarica Orientale
G. Pallotto, Della patologia e nosografia del Gebel Jeffren e Fassato

f. IX

- Marone, Tessitore, Un caso di voluminosissima elefantiasi scrotale
C. Cerruti, Su una gramella parassita di testudo greca
E. J. Pampana, Avvelenamento da *Lachesis Brachistoma*. Sieroterapia guarigione
G. Ciaburri, Istopatologia del sistema nervoso centrale nella malaria perniciososa
C. Patanè, La fauna murina di Bengasi e rispettivi pulicidi parassiti

f. X

- C. Tedeschi, Sprue, pseudosprue o blastomicosi intestinale?
G. Castagnari, Enchinococcosi in Romagna
V. Dagnino, Contributo alla nosografia del Gimma Abba Gifar
F. Isotti, Considerazioni sui reperti degli esami si feci eseguiti dal 1 ottobre 1929 al 1 luglio 1930

f. XI

- G. Franchini, L'empirismo negli arabi della Tripolitania

- G. Mennona, Del morbillo nel Benadir
 G. Franchini, E. Pirami, Ricerche sierologiche sulle Leishmaniosi, sui flagellati degli insetti e sull'Heptomonas del gecko
 W. H. Hoffman, El tratamiento precoz della lepra
 N. Romeo, Dermatosis simulate del Durhing consecitova a trattamento arsenobenzlico

f. XII

- G. Bacchelli, Dermatosis simulante dermatite del Durhing consecutiva a trattamento arsenobenzolico
 AEX Henry, Sèro flocculation palustre
 B. Le Boutfellés, R. Liégeois, La séro flocculation du paludisme

1931

f. I

- E. Del Favero, Curiose caratteristiche della medicina popolare in Cina
 G. Bacchelli, Di una particolare forma di un granuloma micotico di un'indigena
 C. Medulla, La distribuzione dei gruppi sanguigni in Cirenaica
 G. Muzzarelli, Contributo allo studio del Sudoku
 G. Mennona, Osservazione intorno alcuni casi di dissenteria acuta bacillare in Brava, Benadir

f. II

- L. Talamonti, La febbre biliosa emoglobulinorica in Somalia
 C. Medulla, Notizie epidemiologiche e climatiche sulla dengue in Cirenaica
 G. Franchini, Anomalie morfologiche in individui della stessa Kabila
 U. Cesarano, Casi di Spirochetosi broncopolmonare studiati in Bologna
 C. Medulla, Gruppo di febbri tifoidi in Cirenaica

f. III

- G. Franchini, Sull'importanza dello studio della patologia coloniale
 R. Onorato, Lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla morfologia tripolitana
 C. Medulla, Sulla frequenza della febbre melitense in Cirenaica

f. IV

- E. Pirani, Citrato di sodio e di potassio nel rachitismo
 P. Brunelli, Su di un caso di cistite amebica da Entamoeba Histolytica
 P. De Paoli, Diffusione del tetano in Eritrea

C. Medulla, La posizione della Cirenaica nella distribuzione della febbre ricorrente nel Nord Africa

G. Ciaburri, La bilharziosi rivista sintetica

f. V

C. G. Cerruti, Sulla coccidiosi ovina in Sardegna

F. Spoto, P. Ruffino, Contributo allo studio della lebbra familiare

R. Ganora, Su la convalescenza della malaria tropicale

Amenta, Consensi e dissensi sulla patogenomoni del segno di Pagnello nella diagnosi della malaria

R. Ganora, Flora medicinale nello Jemen

f. VI

P. Croveri, La Leishmaniosi infantile in Piemonte

A. Marmo, "Giardiasi" primi casi accertati in Eritrea

C. Medulla, La Cirenaica dal punto di vista sanitario

f. VII

C. Cantieri, Cirrosi epatica da Amebiasi intestinale

V. Di Pirro, Il tetracloruro di carbonio nella terapia delle elmintiasi intestinali

f. VIII

C. Medulla, Nota sull'infanzia in Cirenaica

P. Ruffino, Distribuzione della febbre ondulante e del bacillo abortus in provincia di Modena

L. Taddia, Natalità e mortalità delle popolazioni nomadi della Marmarica

1932

f. I

G. Franchini, Ancora sulla spirochetosi delle Euforbie

P. Romby, La malaria nelle risaie

G. Ragazzi, Su alcuni casi di beri beri a dimostrazione della teorica tossica del Manson

C. Tessitore e P. Esser, Storvalsol

R. Ganora, La distribuzione della malaria in Eritrea

E. Pirami e G. Tassi, Sugli effetti della Chinoplasma nella malaria estiva autunnale in Eritrea

G. Aronica, Considerazioni su un caso di cistite amebica

G. Ragazzi, Un caso di pian in Tripolitania

f. II

P. Romby, Sulla bonifica agraria come mezzo di lotta antimalarica

C. Tedeschi, Casi di dermatite polimorfa epidemica da miceti in territorio di Derna

P. Brunelli, Nozioni sul comportamento della spirocheta Novy

G. Muller, Un focolaio di Anchilostomiasi fra i contadini in provincia di ancona

M. Tonelli, Presenza di Ornithodoros savigni in Tripolitania

f. III

C. Cerruti, f. Fantoni, Ricerca sulle Piroplasmosi bovine della provincia di cagliari e sui parassiti che le sostengono

G. Lodato, Chinoplasminoterapia per compresse e per via endovenosa nella malaria terzana benigna

G. Talotta, La malattia nella storia antica

f. IV

G. Talotta, La lebbra in Eritrea

A Pirani, Pesta bovina e piroplasmosi in Eritrea

L. Najera, Una nuova tecnica per la numerazione di uovo di elminti nelle feci

A Marmo, Contributo alla leishmaniosi esterna

V. Barruto, L'assistenza all'infanzia in Africa attraverso le scuole e gli asili

G. Lodato, Bilharziosi vescicale e reperto di Bullinus, Melania e Limanea in alcune località del Fezzan

E. Pirani, A proposito della Cistite amebica

f. V

C. Tedeschi, Alterazioni sperimentali da liquidi perienterico di ascaridi

P. Seraglia, Contributo allo studio delle condizioni sanitarie dei Baluba del Lomani

E. Berti, Appunti di nosogeografia sulla Msellaya

f. VI

G. Franchini, Su di una Bartonella della Talpa

R. Ganora, Sull'ofidismo del bassopiano occidentale dell'Eritrea

A. Guerricchio, Casi di spirochetosi polmonare in Basilicata

A. Mucci, La febbre ondulante nell'alto piano appennino modenese

S. Lottico, Di alcuni casi di enterorragia per soppressione di lusso mestruale

V. Di Pirro Di alcune complicazioni eccezionali dell'elmintiasi

C. Tessitore, Note di nosografia generale della zona di Bumba

f. VII

A. Panayotatou, Sur un cas de Grippe compliqué d'amibiase

A. Tancredi, Ricerche sopra il sangue di lebbrosi prima o dopo la cura di Simonini

W. L. Yakimoff, L'agent del l'Hémoglobinurie des bovidés dans le région préalpines

A. Lama, Epatite con incipiente ascesso e pregressa appendicite da amebiasi

V. Di Pirro, Zona e Varicella

f. VIII

G. Franchini, Ornithodoros delle colonie italiane nel Nord Africa

E. Buccianti, Di alcune proprietà ematologiche e funzionali della splenomegalia egiziana

R. Ganora, Osservazioni sulla meteoro-patologia del Bassopiano occidentale dell'Eritrea

I. Poggi, Su di un caso d'infezione intestinale parassitaria associata e multipla

C. Guidetti, Contributo allo studio dello scorbuto

L. Talamonti, Referto degli esami di feci eseguiti nell'Istituto di patologia coloniale di
Modena

f. IX

G. Franchini, Un nuovo caso di coccidiosi umana

A. Pirani, Malattie e parassiti della pelle dei grossi animali in Eritrea

W. Yakimoff, N.W. Strischewdky, La microfilariosi dei cavalli in Trascausica

E. De Meo, Disturbi nervosi nell'amebiasi cronica

V. Della Casa, Pseudo tubercolosi da Spirocheta bronchialis

V. Della Casa, Un focolaio di anchilostomo anemia per la prima volta accertato nella
provincia di Pesaro

f. X

D. Giordano, Difesa di Venezia contro la peste

G. Franchini, Febbre ricorrente nell'Africa del Nord italiana. Febbre e lesioni cutanee causate
dalla puntura di zecche

f. Bartolucci, La malaria in Somalia

C. Tessitore, Neosalvarsan e Rgodarsan nella cura della sifilide infantile per via
endomuscolare

f. XI

E. Fava, Aborrìto eouzootico in Provincia di Modena

P. Croveri, P.C. Borsotti, Su di un caso di micosi della guancia da Penicillium crustaceum,

f. Spoto, Un caso di tubercolosi ossea in soggetto luetica
A. Impastato, Su di un caso di adeno-lipoma sottocutaneo della regione cervico parotidea sinistra

f. XII

G. Franchini, Leishmaniosi nelle Colonie Italiane del Nord Africa
A. Pirani, A. Lunaroni, Pleuropolmonite essudativa. Vaccinazione
G. Piccoli, La febbre da Pappataci
G. C. Gasperini, I provvedimenti d'indole igienica nelle colonie, considerati come colonizzazione di Stato
G. Gottardi, Contributo alla conoscenza degli ascaridi nel leone

1934

f. I

G. Sarnelli, Notizie preliminari sui risultati della mia missione sanitaria nell'altro Yemen con particolare riguardo alla medicina indigena
E. Dalrì, Nosografia e dermatografismo fra i coloni indigeni del comprensorio di Genale
L. Cappi, Alcuni casi di ernie epigastriche operate tra gli indigeni
G. Roggio, Sulla eventuale influenza della Spirocheta duttoni, hispanica e Dpirella morsus muris sulle tripanosomiasi da Trypanosoma brucei, pecaudi, equinum ed evansi

f. II

f. Testi, Nota su di un ofidio velenoso della Somalia della famiglia delle Hydrophile
Caciello, Voluminoso lipoma della regione cervico dorsale
L. Taddia, Esami di feci eseguiti nell'Istituto di Patologia Coloniale di Modena dal giugno 1932 all'ottobre 1933
Mucci, Su di una contemporanea infezione brucellare della madre e del figlio lattante al seno
Colangeli, Contributi allo studio delle anemie nei metropolitani in Somalia
V. Della Casa, Reparto di protozoi negli esami eseguiti negli anni 1932-33 in Osimo (Marche)
C. Tedeschi, Tortorani, Nosografia della regione Buloburti e di El Bu
Colangeli, Contributi allo studio delle anemie nei metropolitani in Somalia

f. III

P. Croveri, Di un caso di actinomicosi cervico mandibolare ioduro resistente, guarito rapidamente con trattamento misto di vaccino e ioduro di potassio
Jerace, Sul dactylosoma rana rum
L. Taddia, Contributo allo studio della Trypanosoma del Vesperugo Kuglii in Modena

Impastato, Di alcune infezioni chirurgiche riferentisi alla patologia coloniale
Mucci, Il problema del gozzismo nella provincia di Modena
Liddo, Osservazioni parassitologiche nella regione pugliese

f. V

Di Domizio, Sulla questione dell'epurazione in vitro del virus della peste bovina degli emoprotozoari. Vecchie e nuove norme per la siero vaccinazione contro detta peste, nella Somalia Italiana e in Eritrea e relativa disamina critica
C. Medulla, Nuovi casi di febbre ricorrente osservati in Cirenaica
E. Zavattari, Sulla asserita presenza dell'Ornithodoros moubata in Libia e sull'asserita presenza in Libia ricorrente da Spirocheta duttoni
Gaspares, Risposta alla nota del prof. Zavattari
G. Franchini, A proposito di un articolo del prof. Zavattari
G. Penso, Il latak nella Somalia italiana
C. Medulla, Sopra un caso di febbre tifoide complicata ad endoarterite obliterante osservata in Cirenaica
V. Della Casa, Due casi di colite cronica

f. VI

Mazza, Los Gigantitos Quísticos en los animales experimentalmente infectados con trypanosoma cruzi
T. Sarnelli, Gli antichi rapporti tra la medicina araba e la medicina italiana. Le cause del tracoma e la lotta contro di esso nei paesi d'Oriente e del Mare Mediterraneo
Tarantino, Tripanosomiasi animali esistenti nel comprensorio della società agricola italo somala (SAIS). Profilassi e trattamento curativo
Ricci, Nosografia delle oasi di Cufra (Cirenaica)

f. VIII

P. Croveri, Su due casi di Giardiasi curati con il timolo
De Bona, Contributo allo studio dell'antimonio e dei suoi composti in alcune affezioni tropicali
Brunelli, Difterite in Asmara e immunità delle razze indigene
C. Guidetti, Di un particolare decorso dell'amebiasi intestinale in Somalia e sua cura
Bogliolo, Sull'anatomia patologica della leishmaniosi viscerale dell'uomo

f. IX

Bogliolo, Sulla anatomia patologica della leishmaniosi viscerale nell'uomo
T. Sarnelli, Sul primo caso di Leishmaniosi cutanea (Bottone d'Oriente) autoctono dell'Italia centrale
M. Giordano, Contributo alla terapia dell'amebiasi intestinale

f. X

P. Croveri, Medicina coloniale e nosografia coloniale italiana (*continua*)

T. Sarnelli, Primi casi di Latah osservati nell'alto Yemen

Viglietta, Ricerche sulla diffusione della schistosomiasi vescicale fra i bambini indigeni di Derna. Misure profilattiche adottabili

Brunelli, Riassunti analitico e critico sul funzionamento della sezione medico-micrografica del Laboratorio di Igiene e profilassi di Asmara dal dicembre 1932 al maggio 1933

Talmonti, L'amebiasi di Mingiurtina

f. XI

Guerrieri, Contributo allo studio sulla lebbra dei ratti

Oliverio, Emogregarine in ofidi della Sirtica e di Gialo

P. Croveri, Medicina coloniale e nosografia coloniale italiana (*continuazione*)

1935

f. I

f. Testi, Ancora sull'ofidismo nelle nostre colonie

C. Medulla, Le malattie del gruppo tifo esantematico che si osservano in Cirenaica

G. C. Gasperini, Giovanni Pagni Pisano e la sua competenza in medicina e patologia coloniale (1634-1676).

f. Vignocchi, Il tracoma nella provincia di Modena: profilassi, terapia

N. Corea Manno, Anemia perniciosi forme in amebiasi intestinale cronica

G. Tassi, Brevi cenni nosografici sullo Yemen meridionale (Missione sanitaria a Ta'iz)

f. II

G. Franchini, Su di una microfilaria della rana

G. Franchini, Il parassitismo intestinale nelle nostre colonie

F. Testi, Cose viste e cose raccolte in Cirenaica dall'anno 1913 all'anno 1916

Carini, Osteite fibrosa iperplastica del mascellare inferiore del coniglio

G. Penso, Su di un flagellato tipo *Leptomonas* rinvenuto in un *Phlebotomus papatasi* catturato a Roma

T. Sarnelli, Sui reperti parassitari negli esami coprologici praticati nell'istituto dal 1° novembre 1933 al 31 luglio 1934

M. De Sena, Il funzionamento del Lazzaretto di Mogadiscio nel biennio 1932-1934

f. III

M. Giordano, La febbre esantematica del Littorale Mediterraneo in Tripolitania
T. Sarnelli, Su di un leucocytozoon del Bubo bubo bubo
Fratricelli, La tubercolosi degli indigeni nello studio radiologico
Nastali, I tipi di Eberthella Typhi in Tripoli
Sollini, Accesso retro-mastoideo prodotto da Oidium albicans

f. VI

G. D. Domizio, Sulla piroplasmosi bovina di alcune località delle prealpi veronesi
G Mulas e F. Pistoni, Su di un caso di micetoma actinomicotico di un piedi
M. Giordano, Le manifestazioni tipiche della lebbra sono precedute da ulcerazione cutanee delle arti inferiori
B. Babudieri, Su alcune inclusioni leucocitarie della cavia
E. Marconi, Contributi al problema della patogenicità del Trichomonas vaginalis
M. Garibaldi, Contributo allo studio dei neoplasm del tubo digerente in amebiasici intestinali
G. Lodato, Campagna antimalarica nel Fezzan

f. V

I. Poggi, Parassiti intestinali nei bambini rilievi statistici e note cliniche
M. Giordano, Un caso di depigmentazione cutanea in un individuo di razza nera
P. Brunelli, Su alcune varietà di coccidi
Fratricelli, Resoconto delle attività del gabinetto di Radiologia dell'Ospedale Coloniale di Tripoli e la sua comparazione con l'attività ospedaliera
F. Lorenzin, Reperti coprologici in pazienti affetti da tubercolosi polmonare

f. VI

G. Franchini, Ornithodoros savignyi della Cirenaica trasmette la febbre ricorrente africana da Spirocheta di Dutton
F. Testi, Un colubride proteroglifo da aggiungersi alla fauna erpetologica della Somalia Italiana
T. Sarnelli, La bilharziosi vescicale nello Yemen e nelle nostre Colonie
E. Del Favero, Su di un'ameba che distrugge certe colture e fagocita i globuli rossi
A Giovannola, Osservazioni sulla natura delle coste nella borsa caudale degli antchilostomi
C. Medulla, L'ostetricia presso gli indigeni della Cirenaica
G. Romano, Voluminoso aneurisma nell'arco aortico osservato in un indigeno della Cirenaica
A. Monastra, Ricerche sulla lebbra in provincia di Aosta

f. VII

La Direzione, Il nostro centro di studi per la medicina indigena nei paesi tropicali
G. Franchini, Le colonie italiane dell'A.O. dal punto di vista sanitario ed igienico
F. Testi, Sulla presenza della Mehelina Poensin in Eritrea

M. Giordano, Lo stato attuale della Schistosomiasi in Libia, con speciale riguardo alla Schistosomiasi vescicale nel Fezzan

I. Poggi, Sull'infezione da *Ancylostoma duodenalis* nel comune di Vigevano

G. Viglietta, Osservazioni epidemiologiche sulla brucellosi nella provincia di Derna

Sollini, Che c'è di vero nella pretesa resistenza delle razze di colore al dolore, ai traumi, alle loro sequele

f. VIII

G. Penso, Sull'individualità morfologica delle Entamoeba

G. Purcaro, C. Elisei, Reperto parassitario nelle feci di individui provenienti dalla Sardegna e dalla Sicilia con speciale riguardo all'amebiasi

G. Vlach, La brucellosi nella provincia di Trieste

S. Niro, Gli Ixodidi nelle nostre colonie dell'Africa Orientale

C. Medulla, Nuovo contributo allo studio della febbre ricorrente in Cirenaica

Sollini, Pian e Sifilide unicismo e dualismo

f. IX

I. Poggi, Osservazioni e statistica degli esami coprologici praticati nell'istituto dal 1 agosto 1934 a 31 gennaio 1935

C. Medulla, Lafuaduna nella cura della Bilharziosi vescicale

M. Garibaldi, Distribuzione geografica degli Ixodes nelle nostre colonie dell'Africa settentrionale

C. Guidetti, Sintomatologia nervosi dell'amebiasi intestinale negli europei nei tropici

S. Russi, Esperienze sulla *Spirella Morus muris*

I. Poggi Lo stato attuale dell'endemia malarica nel comune di Vigevano

f. X

G. Penso, Limiti e orizzonti della parassitologia

J.E. Rossi, La calciocianamide nella lotta contro la Strongilosi

I-. Poggi, La colorazione vitale delle uova di *Anopheles Maculipennis*

V. Buffagni, Contributo alla istologia patologica delle infestazioni

Lama, Casi di ittero benigno infettivo in Romagna

C. Medulla, Sulla dibattuta questione della presenza della ricorrente da *Spironema Duttoni* in Cirenaica

E. Satta, Identificazione di un focolaio di Bilharziosi intestinale in Eritrea

f. XI

T. Sarnelli, Manifestazioni oculari dell'ofidismo e congiuntiviti da sputo di serpente nelle nostre colonie

- E. Franco, Considerazioni su di un caso di Leishmaniosi viscerale autoctona delle Puglie in un medico di 65 anni
- F. Marchesi, F. Cranz, R. Scapaticci, Ricerche sulle variazioni stagionali della Leishmaniosi dei cani in Roma
- C. Medulla, Conseguenze immediate e lontane di una puntura di zecca
- G. Fusco, U. Chionetti, Il trattamento dell'ulcera tropicale della bile
- U. Stefano, Nosografia del Baso Uebi Scebeli (Notizie raccolte in una spedizione del 1933)

f. XII

- G. Scotti, Sopra un caso di Branco Spirochetosi del Castellani
- M. Girolami, La profilassi della Schistosomiasi nell'Africa Orientale
- f. Nico, Emiparkinsonismo da colpo di sole
- G. Zanettin, Osservazioni sulle lesioni oculari determinate dal veleno della Naja nigricollis
- A. Sollini, Ancora sul dualismo framboesia sifilide

1936

f. I

- N. Facci Tosatti, Alcune azioni delle onde corte sui protozoi
- T. Polidori, I micetomi in Somalia
- P. Brunelli, Cenni nosografici sulla regione di Gedda
- S. Fadda, Primi dati sull'organizzazione sanitaria delle regioni occupate nel nord dell'Abissinia

f. II

- G. Penso, Meningotifo eruttivo, sporadico, benigno a carattere professionale
- Alessandrini, Note di epidemiologia brucellare nelle isole del Mediterraneo
- S. Fadda, La malaria nelle colonie italiane dell'Africa Orientale.
- Poggi, Contributo all'anatomia patologica dell'Ainhum
- Notiziario

f. III

- M. Girolami, L'amebiasi urinaria
- F. De Camelis, Contributo alla conoscenza della tripanosomiasi virulenta del maiale

f. IV

- E. Satta, Identificazione del primo focolaio di "Bilharziosi intestinale" da sch. Mansoni nella Colonia Eritrea

G. Bacchelli, Sul primo caso di bilharziosi intestina leda Schi. Mansoni osservato nella Somalia italiana

V. Cilli, Sopra una enzoosia di setticemia emorragica dei conigli nella Colonia Eritrea

C. Gaetano, Sui metodi di lotta contro la peste bovina in Eritrea

M. Girolami, l'amebiasi urinaria

Rubrica Tropicalia, In tema di ospedali coloniali
Notiziario

f. V

M. Teramo, Considerazioni e rilievi sullo stato attuale dell'ambiente sociale e degli indigeni in Cirenaica in rapporto alla lotta antitubercolare

Febbre ricorrente nell'Acchelè Guzai (Eritrea)

G. Conti, Anaplasmosi dei bovini della colonia Eritrea

G. Conti, V. Cilli, A. Facco, A. Vitale, Impiego della Gonarcina nella pratica della siero vaccinazione

G. Mariani, Un Caso di schistosomiasi intestinale a Mogadiscio

Bertolini, Sulla bilharziosi del bestiame in Italia

f. VI

P. Ambrosioni, Una forma enzootica nei caprioli da trichocephalus affinis

M. De Giorgi, Due nuove proprietà disinfettanti della calciocianamide

C. Carini Eimeria didelphys N. Sp. nell'intestino del didelphys aurita

M. De Giorgi, G. Cavazzi, Forme morbose riscontrate in operai rimpatriati dall'A. O.

U. Colla, Ulcere tropicali viste da un'infermiera climatica

G. Serra, Sulla terapia della Framboesia negli ambienti sociali indigeni (Congo Belga)

G. Mariani, B. Besta, Colorazione con bleu di metilene ammoniacale degli strisci già trattati con giemsa

f. VII

G. Penso, Introduzione alla vita coloniale (Prolusione tenuta il giorno 28 maggio XIV nel Salone della Casa del fascio di Bologna al Primo corso do nozioni mediche coloniali organizzato dalla sezione bolognese dell'istituto coloniale fascista, presso la R. Università di Bologna)

M. De Giorgi, La reazione di fulton o "metodo al cloruro di mercurio nei ratti infestati dal tripanosoma"

G. Serra, Contributo allo studio dell'infezione difterica fra gli indigeni di razza nera (congo belga)

G. Vlach, La filariosi nei cani di Trieste e provincia

f. VIII

G. Franchini, Su di una emogregarina della vipera aspis

G. Conti, Piroplasmosi da babesiella nei bovini della colonia Eritrea

G. Mariani e B. Besta, Difficoltà che si incontrano nella diagnosi dei parassiti malarici e nei preparati colorati

L. Cardona, Ricerche sulla trasmissione della brucellosi del cane per via endorachidea

M. Teramo, Principali cenni sul funzionamento del dispensario antitubercolare di Bengasi

R. Cacciapuoti, Contributo allo studio della febbre ricorrente da pidocchi

R. Cacciapuoti, Albinismo parziale e vitiligo

1937

Memorie originali

G. Mennona, G. Modugno, Prime osservazioni nosografiche sulla zona Ogaden Harrariè

Cartolari Rarabini Castellani G., Ricerche sperimentali sulla azione tossica dei sieri di Vipera Aspis in relazione con la funzionalità delle ghiandole velenifere

A. Colomba, La costituzione individuale e gli indici cefalico ed obituari un rapporto ai vizi di refrazione

G. Franchini, Su di un flagellato intestinale di Vipera Aspis

G. Tarambini Castellani, L'azione del veleno secco di Lachesis Alternatus sui tripanosomi

F. Pistoni, L'emagramma della Malaria nella colonia Eritrea

G. Penso, Reperto di Ascari dia perspicillum vivo in ovo di gallina

Domizio, Nagana nella valle del Didessa in Abissinia

I. Poggi, Il bottone di Oriente (Tigrai Occidentale)

F. Pistoni, Contributo allo studio dell'immunità per la Malaria dello indigeno d'Eritrea abitante in località notoriamente malariche

G. Scaduto, La reazione del Takata Jezier nello studio delle affezioni epatiche tra gli indigeni della Tripolitania

G. Castelli, D.E Braschi, Parassitologia delle più comuni enterocoliti osservate durante la campagna Italo Etiopica tra le truppe nazionali del fronte Nord

C. Medulla, L'odierna nosografia della lebbra in Cirenaica

G. Vlach, Un caso autoctono di lebbra a Trieste

G. Di Domizio, Nagana nella valle del Didessa in Abissinia

V. Cimino, Il segno della lingua negli anchilostomiasici indigeni

Chiari, Ricerche su alcuni costituenti normali del latte dei bovini dell'Altipiano Eritreo

M. Sforza, A. Andolfato, Ricerche su alcuni costituenti normali del latte di capra e pecora nella colonia Eritrea

G. Vlach, La Malaria in provincia di Trieste

F. Franchini, Le febbri ricorrenti nelle nostre colonie africane

G. Fortunato, Sulla patologia auricolare nelle zone tropicali

V. Scappidi, S. Anselmi, Sull'identificazione con l'Alastrim di una malattia eruttiva riscontrata tra gli indigeni dell'Eritrea

- G. Bacchelli, R. Modica, Il tasso glicemico in libici della Tripolitania
M. Tripodi, Mollatie dominanti nella Tripolitania Osservazioni e problemi di studio
M. Zanettin, I ciechi delle isole Dahle
G. Di Domizio, Sul Nagana degli equini nella valle del Didessa in Abissina
R. Cacciapuoti, La prova biologica di V. Pirquet nel bambino eritreo
G. C. Gasperini, Considerazioni nella lebbra sulla gelificazione e flocculazione del siero nel sangue
G. C. Gasperini, La specificità della reazione di Rubino Marchouz nei lebbrosi
G. C. Gasperini, Il segno del Gasperini e la differenziazione delle inclusioni citoplasmatiche delle pustole della varicella in confronto di quelle del vaiolo
V. Scaffidi, Ricerche sperimentali preliminari sulla febbre ricorrente sull'altopiano Etiopico
G. Tabarini Castellani, C. Cartolari, Contributo allo studio dell'azione del veleno nella Vipera Aspis sul sistema nervoso
F. Pistoni, Note epidemiologiche e batteriologiche sulla meningite cerebro spinale in Eritrea
C. Medulla, Sugli avvelenamenti da punture di scorpione in Cirenaica
P. Lenti, G. Serra, L'indice di tubercolinizzazione di alcune popolazioni nere del V parallelo
G. Bacchelli, L'anchilostomiasi in Tripolitania
F. Pistoni, Valori diagnostici delle reazioni Wasserman, Meinicke e Citochol SV in paesi malarici
G. Zanettin, Il tracoma nella popolazione indigena dell'Eritrea
N. Consoli, La lotta contro le malattie veneree e sifilitiche in AOI
G. Ragazzi, Barbieri, C. Albani, Per la determinazione della diagnosi di alastrim

Articoli generali

- E. Cicchitto, La bilharziosi in Libia

Note cliniche

- G. Vlach., Un caso di broncospirochetosi del Castellani a Trieste
L. Taddia, Febbre esantematica da spirochete in Somalia
C. Medulla, Sul tipo di febbre ricorrente della Cirenaica
A. Cicchitto, I primi casi di blanditosi in Somalia
M. Girolami, Un caso di ballandotisi osservata in Somalia
P. Scaduto P., Un caso di bronco spirochetosi del Castellani a Tarhuna (Tripolitania)
P. Scaduto, Considerazioni su alcuni casi di bilharziosi vescicale
G. C. Gasperini, Un caso di leishmaniosi delle mucose messo in evidenza dai fenomeni allergici provocati
G. Monti, Bottone d'Oriente in un militare nazionale

Medicina indigena

- A. Scarpa, La lactation serotina in Africa
C. Barbieri Albani, Il Somalo del nord est visto da un medico

Note terapeutiche

G. Serra, Il rame quale nuovo rimedio nelle bilharziosi intestinale è vescicale
G. Casini, La terapia della Malaria acuta nella pratica corrente
D. Parvis, Osservazioni sulla terapia arsenobenzolica nella febbre ricorrente africana
Finocchiaro G. Amantina, Cura dell'ulcera tropicale

Relazioni

A. Alcibiade, Assistenza Sanitaria ai bambini europei nei territori coloniali
M. Girolami, I progressi della patologia tropicale in Italia durante l'Era fascista (continua)

Riviste generali

P. Lenti, Il problema della tubercolosi negli indigeni africani. La tubercolosi dei reni

Note di Attualità

P. Piccinini, Come si sta attuando una biblioteca di medicina coloniale italiana

Relazione di Viaggi

G. Lega, C. Raffaele, A. Canalis, Rapporto preliminare della missione dell'istituto di malariologia Ettore Marchiafava in AOI

Congressi

Il V congresso della Società di igiene e patologia coloniale

1938

Memorie originali

M. Cristiani, Sull'assorbimento ed azione patogena del veleno di vipera aspis per via mucosa con particolare riguardo alla mucosa nasale
R. Russi, Il passaggio dell'agente del Sodoku nel latte
I. Poggi, G. Monti, Nosografia del Commissariato regionale del Tigrai Orientale
G. L'abbate, Sul segna del Gasperini nel vaiolo
G. Ragazzi, La malaria a Scusciuban
G. Fattovich, Ricerche sperimentali sull'azione profilattica dello Jodomercurato di Manganese verso l'infezione malarica umana inoculata da zanzara
F. De Camelis, Lotta antimalarica ad Assab nel triennio 1936
G. Gasperini, G. L'Abbate, L'azione antimalarica ad Assab nel triennio 1935-37
R. Pellicciotta, Crisi eritrocitaria da clima
G. Tarabini Castellani, II Nota sullo studio dei rapporti tra la tossicità del sangue in tipo di Vipera Aspis e quella della secrezione ghiandolare del veleno
G. Prodocimi, Azione del veleno di Lachesis alternatus sul Trypanosoma gambiense ed euiperdum
E. Ciambellotti, Note su alcuni casi di malattia di Nicolas, Favre e Durand
L. Cannavò, Sull'apertura n pleura delle epatiti amebiche colliquate

- P. Lenti, La tripanospmiasi dei pipistrelli
- C. Roetti, La tripanosomiasi animale nel Galla e Sidama
- P. L. Frullini, Tripanosomiasi e piroplasmosi nei cammelli della Dancalia
- P. Gallo, Le tripanosomiasi animali nel Nicaragua
- G. Bacchelli, R. Modica, Il tasso calcemico in libici della Tripolitania
- G. Bacchelli, R. Modica, Il tasso azotemico e cloruremico nei libici della Tripolitania
- A. Ravara, Sull'azione meccanica di costruzione dell'adrenalina e sull'azione del chinino somministrato prima della iniezione dell'adrenalina
- F. Pistoni, Fauna murina in Eritrea e nello Scioa. Ricerche parassitologiche
- P. Scaduto, La velocità di sedimentazione dei globuli rossi nella tubercolosi degli indigeni libici
- A. Sollini, Enterite acuta con elmintiasi in Tripolitania
- M. Cristiani, Infezioni da tripanosomi e spirochete per via auricolare
- M. Critiani, Sulla permeabilità della mucosa nasale per alcuni protozoi
- E. Del Favero Influenza del fattore termico sul vibrione colerigeno e sue proprietà di fronte alla emolisi
- G. Rossi, Cenni nosografici della Migiurtinia settentrionale (territorio della R. Residenza di Alula)
- M. Sforza, Ricerche ed esperimenti sull'indice refrattometrico del sangue nella peste bovina
- C. Roetti, La peste bovina nel Galla Sidama
- C. Enderle, Sindromi neuropsiche nella amebiasi cronica
- C. Barbieri, G. Ragazzi, La meningite nella nosografia somala
- G. Verfacchi, Azione in vitro del veleno secco di *Echis carinatus* su alcune specie di tripanosomi
- C. Enderle, Sindromi neuropsichiche nella amebiasi cronica
- A. L. Nayera, La lisis de los tripanosomas después de la muerte su huésped
- A. Brambilla, Contributo allo studio della Lisolecitina sua azione sui tripanosomi.
- A. M. Cicchitto, La velocità di sedimentazione globulare del parassitismo intestinale da protozoi e elminti
- G. Tarabini Castellani, Protozoi e parassiti vari riscontrati nella *Vipera Aspis*
- R. Grandori, L'azione disinfestante della calciocianamide contro la mosca domestica sperimentalmente dimostrata
- E. Del Favero, Sulla proprietà ematofaga di una ameba parassitaria di certe culture
- E. Sovena, Ricordi ed esperienze sul funzionamento di una unità sanitaria divisionale (sezione di sanità) durante la campagna Italo Abissina

1940

f. I

- G. Fattovich, P. Lenti, Contributo all'istopatologia dei centri Nervosi nella Tripanosomiasi africana

S. Chieffi, La diagnosi della Lebbra

f. II

I. Jacono, G. Mira, G. Bucco, Primi reperti di Oncocercosi in A. O. I.

G. Fattovich, P. Lenti, Contributo all'istopatologia dei centri nervosi nella Tripanosomiasi africana

Chiari, L'azione dell'Acaprin su alcuni piroplasmi dell'Eritrea e suo impiego nella pratica del siero infezione anti pertosa

Notiziario

f. III

M. Acquavita Coppola, F. De Lorenzo, Ricerche sulla Leptospirosi

R. Cuppini, Sul reperto di Trichonomas nelle vie urinarie

A. Barchiesi, Su tre segni clinici del Castellani nell'amebiasi cronica

A. Brissolese, Note sul comportamento della pressione del sangue sull'altopiano etiopico presso gli europei e la sua influenza sugli sviluppi della colonizzazione

f. IV

G. Acanfora, Le lesioni renali da emoglobina sperimentale

G. Roetti, Verminosi gastro, intestinale dei bovini

G. D'Alessandro, Verminosi gastro intestinale dei bovini

f. V

I. Jacono, Organizzazione Sanitaria in AOI

M. Acquavita Coppola, F. De Lorenzo, Ricerche sulla leptospirosi

C. Medulla, Il problema della Schistosomiasi in Libia

C. Colosimo, Gli aspetti radiologici della tenia

C. D'Ignazio, Appunti di terapia clinica nelle febbri ricorrenti africane

G. Ferro Luzzi, Osservazione su tre casi di diabete mellito in indigeni dell'Eritrea

A Ravara, Su di un vario comportamento della Weil Felix in casi di tifo petecchiale in Tripolitania

G. Tortorella, La cura dell'amebiasi intestinale e l'acetilarsano

Recensioni

f. VI

L. De Giorgi, Il problema del meticcianto

A. Barchiesi, Osservazioni sulla rickettsiosi

R. Caccialupi, Su di un caso di febbre esantematica da puntura di zecche

C. Schiavi, Considerazioni circa i vari casi di alastrim in territorio di Brach (Fezzan)

A. Occhiuzzi, Un caso di sarcoma fuso-cellulare in un indigeno della Scioa

f. VII

A. Alessandrini, Nuovi orientamenti sulla identificazione e classificazione dei bacilli dissenterici

G. Scotti, Azione dell'emetina in vitro su alcuni germi piogeni

A. Barchiesi, Osservazioni sulla rickettsiosi (Roma)

Rebaudi, Musso, Sull'allungamento del femore mediante trazione tran scheletrica

Brissolese, Considerazioni su alcune sindromi non comuni della pernicioso malarica

f. VIII

M. Acquavita Coppola, Ricerche sulle leptospirosi

M. Sforza, Pluralità di specie del così detto "Actinomyces Farcinicas"

G. Tarabini Castellani, Sull'inoculazione di Castellanella Gambiesis nella cavia

R. Cacciapuoti, Avvelenamento letale da puntura di Mygalida

f. IX

P. Zito, Sierodiagnosi di Wright e malaria

E. Saggese, L'elmintiasi in alcuni centri rurali di Torre del Greco

G. D. Castelli, Contributo alla malariologia Etiopica

f. X

C. Colonsimo, G. Amalfitano, L'azione della marconiterapia nelle castellanosi sperimentali

G. Perpignano, Rapporto fra le diverse reazioni serologiche nella lepra e loro utilità pratica nel campo clinico

R. Cacciapuoti, Rinofaringite mutilante da pian

f. XI

I. Iacono, M. Acquavita Coppola, Ricerche sulla classifica di alcuni batteri intestinali

De Lorenzo Esposito, Il terreno di Wilson e Blair per l'isolamento dei batteri dissenterici

B. Imbasciati, Ricerche parassitologiche sull'importanza degli uccelli nell'epidemiologia delle infezioni umane

f. XII

M. Urso, Contributo allo studio della bilharziosi vescicale

R. Cacciapuoti, contributo alla conoscenza delle febbri ricorrenti

C. D'Ignazio, Rara mortale complicanza in convalescenza di dermatifo

I. Jacono, Organizzazione Sanitaria in AO

Bibliografia

Fondi archivistici

Archivio Storico Diplomatico del Ministero degli Affari Esteri, Roma

Archivio Eritrea 1880 - 1945
Ministero dell'Africa Italiana vol. I, vol. II, vol. III, vol. IV, vol. V
Ministero Africa Italiana Gabinetto Archivio Segreto 1925 - 1942
Consiglio Superiore Coloniale 1923 - 1939
Affari Politici 1931-1945
Archivi di personalità, Guido Corni 1928 - 1931

Archivio Centrale dello Stato, Roma

Ministero dell'Africa Italiana
Ministero dell'Interno, Direzione Generale di Sanità pubblica 1861-1934.
Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Segreteria Didattica e Museo 1937-1975.
Archivi di Enti pubblici e Società, Istituto di Malariologia Ettore Marchiafava

Archivio dell'Ufficio Storico dello Stato Maggiore della Marina Militare, Roma

Archivio di Base
N2 Navi ospedale 1935-1943

Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito - Archivio documentale, Roma

D-2 Carteggio operativo e relazioni varie del Comando Forze Armate della Somalia
D-3 Carteggio Somalia (1885-1939)
D-4 Eritrea - Diari storici del M.G. e del Comando Superiore in Africa
D-5 Carteggio sussidiario Corpi d'armata in AOI 1935-36
D-6 Diari Storici guerra italo-etioptica
L-3 Studi particolari
L-7 Eritrea
L-8 Libia

Biblioteca Estense Universitaria, Modena

Archivi e raccolte speciali, fondo Giuseppe Franchini

Archivio storico dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Roma

Archivio di Storia della Medicina, Università degli studi di Roma "La Sapienza", Roma
Fondo malariologico, Archivio Sanarelli

Società Geografica Italiana, Roma

Fondo Giotto Dainelli

Archivio storico dell'INPS, Roma

Servizio patrimoniale. Ufficio colonizzazione
Direzione di colonizzazione, Tripoli

Archivio storico del Senato della Repubblica, Roma
Fascicoli personali dei senatori del Regno

Società di Studi Valdesi - Archivio storico, Torino
Fondo - Carte Famiglia Tron

The National Archive, Londra
War Office
Colonial Office

London School of Hygiene and Tropical Medicine Archives (LSHTM), Londra
GB 0809 Sir Aldo Castellani (1877-1971)

Fonti a stampa

Fonti periodiche

«L’Africa italiana», 1913-1937
«L’Agricoltura coloniale», 1907-1944
«Annales de l’Institut Pasteur», 1887-
«Annali dell’istituto di igiene sperimentale», 1889-1894, «Annali d’igiene sperimentale»,
1895-1915, «Annali d’igiene», 1916-1951
«Annales d’hygiène et de médecine coloniales», 1898-1914, «Annales de médecine et de
pharmacie coloniales», 1920-1940
«Annali di medicina navale», 1895-1908, «Annali di medicina navale e coloniale», 1908-1950
«Annali di patologia tropicale e di parassitologia», 1940-1942
«Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1920-1935, «Archivio italiano di scienze
mediche coloniali e di parassitologia», 1935-1949
«Atti della Società di Acclimazione», 1860-1891
«Atti della Società per gli Studi della Malaria», 1899-1914
«L’azione coloniale», 1931-1945
«Bollettino del Regio Orto Botanico di Palermo», 1897-1906, «Bollettino del Regio Orto
Botanico e Giardino Coloniale di Palermo», 1907-1913, «Bollettino di studi ed informazioni
del Giardino Coloniale di Palermo», 1914-1945
«Bollettino della Società Italiana di Medicina e Igiene Tropicale. Sezione Eritrea», 1942-1952
«Corriere della sera»
«Cronache illustrate dell’azione italiana in Africa Orientale», 1936

«Difesa sociale», 1922-1943
 «Le forze sanitarie», 1932-1943
 «Gazette des hôpitaux civils et militaires (Lancette française)», 1828-1973.
 «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali ed igiene tropicale», 1928-1936, «Giornale italiano di clinica tropicale», 1937-1939, «Rivista medica tropicale e studi di medicina indigena», 1940
 «Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina», 1885-1895, «Giornale Medico del R. Esercito», 1895-1907, «Giornale di medicina militare», 1908-
 «L'Italia coloniale», 1900-1904
 «La lettura. Rivista mensile del Corriere della sera»
 «Malaria e malattie dei paesi caldi», 1910-1918
 «Malaria e malattie affini: organo ufficiale della Lega nazionale contro la malaria», 1910
 «Medicina etiopica», 1937
 «Medicina tropicale e subtropicale», 1941-1943
 «L'Oltremare», 1927-1934
 «Il Policlinico. Sezione pratica e interessi professionali», 1894, «Supplemento al Policlinico», 1894-1900, «Il Policlinico. Sezione pratica», 1900-
 «La Riforma medica», 1885-
 «Rivista coloniale», 1906-1927
 «Rivista di malariologia», 1926-1967
 «Rivista di biologia coloniale», 1938-1958
 «La Stampa»

Manualistica, memorialistica, monografie, prontuari

Annali di medicina navale e coloniale, Ministero della Marina (a cura di), *I servizi sanitari e la chirurgia di guerra durante la Campagna di Libia e d'Egeo sulle navi-ospedale e negli ospedali dipartimentali*, Officina poligrafica Italiana, Roma 1913.
 Annaratone C., *Le malattie e l'igiene nei paesi tropicali. Conferenza*, Tipografia G. Carnesecchi e Figli, Firenze 1907.
 Annaratone C., *In Abissinia*, Tipografia Unione Ed., Roma 1911.
 Annaratone C., *Le condizioni igieniche dell'Eritrea*, in *L'Eritrea economica: prima serie di conferenze tenute in Firenze sotto gli auspici della Società di studi geografici e coloniali*, Istituto geografico De Agostini, Novara - Roma 1913.
 Annaratone C., *Uno sguardo all'Abissinia attuale*, Chicca, Tivoli 1924.
 Annaratone C., *Bianchi e Negri in terra etiopica*, S. Tomaselli, Catania 1935.
 Arcoleo G., *Cenni di medicina esotica e tropicale: igiene e profilassi dei paesi caldi*, Corbaccio, Milano 1936.
 Arcoleo G., *Quando ero medico in Africa*, L. Cappelli, Bologna 1936.
 Arfelli F. (a cura di), *Sanità della razza in colonia. Dal Corso di nozioni mediche coloniali tenuto da Felice Arfelli, Vincenzo Bollini etc.*, Istituto Fascista Africa Italiana, Tipografia Azzoguidi, Bologna 1942.

- Atti del primo Congresso di studi coloniali, Firenze 8-12 aprile 1931, Vol. VII. Lavori della VI sezione: Patologia e igiene coloniale*, Tipografia Giuntina, Firenze 1931.
- Atti del secondo Congresso di studi coloniali. Napoli, 1-5 ottobre 1934*, Tipografia Giuntina, Firenze 1935
- Atti del terzo congresso di studi coloniali, Firenze-Roma, 12-17 aprile 1937, vol. IX, VIII sezione. patologia e igiene coloniale*, Centro di studi coloniali, Istituto coloniale fascista, Sansoni, Firenze 1937.
- Bandi I., *Epidemia colerica 1911. Relazione (Municipio di Livorno)*, Tip. Fagiolini e C., Livorno 1912.
- Bandi I., *Spunti di patologia nordafricana. Ricordi di un'escursione scientifica in Tunisia. Conferenza con proiezioni di preparati isto-patologici e parassitologici, tenuta alla Società Toscana d'Igiene nell'adunanza del 24 gennaio 1913*, Tipografia Claudiana, Firenze 1913.
- Bandi I., *Lo stato attuale dell'insegnamento della medicina e dell'igiene coloniale in Europa: relazione*, L. Guerrera, Napoli 1913.
- Bandi I., *Sul pericolo di attecchimento della filariosi umana nelle zone Nord-africane indenni. Valore diagnostico della Ricerca delle microfilarie nel sangue periferico*, Tipografia Fattori e Puggelli, Già Claudiana, Firenze 1914.
- Barba Morrihy C., *Epidemia di cholera, anno 1910 (Ambulatorio G. Baccelli in Tripoli di Barberia)*, Tipografia Ditta C. Nava, Siena 1911.
- Barba Morrihy C., *L'ospedale civile Vittorio Emanuele III di Tripoli: appunti storici*, Tipografia Ditta C. Nava, Siena 1913.
- Bani U., *Nozioni di medicina coloniale*, Istituto coloniale fascista. Corso di cultura coloniale, Roma 1937.
- Belli C. M., *Igiene coloniale*, in Casagrandi O. (a cura di), *Trattato italiano di igiene*, UTET, Torino 1928.
- Belli C. M., *Descrizione della regia nave "Varese" sotto il punto di vista dell'igiene*, Tipografia Ditta L. Cecchini, Roma 1901.
- Belli C. M., *Igiene navale: manuale per medici di bordo, ufficiali naviganti e costruttori navali*, Soc. Editrice Libreria, Milano 1905.
- Bernucci G., *Della Tripolitania e dello stato sanitario del corpo di occupazione durante l'anno 1914, con cenni sull'opera degli ambulatori per indigeni, retti da medici militari*, Tipografia Enrico Voghera, Roma 1915.
- Bini G., *Appunti di climatologia medica dell'altipiano eritreo*, Istituto Italiano D'Arti Grafiche, Bergamo 1914.
- Borra E., *Da Addis Abeba a Nairobi col duca d'Aosta: ricordi di un fedelissimo*, Arti Grafiche Conte, Pozzuoli 1942.
- Borra E., *Considerazioni sulla leishmaniosi cutanea in Etiopia: Nota I. Su un focolaio dl I. C. nel Uollega.*, Saes, Soc. An. Ed. Scientifiche, Roma 1940.
- Breda A., *Manuale pratico di malattie veneree e sifilitiche*, A. Draghi, Padova 1887.
- Breda A., *Manual práctico de enfermedades venéreas y sifilíticas*, G. Pedraza, Madrid 1889.

- Bevilacqua A., Brielli D., Calò V., *Note di patologia etiopica: relazioni sulle condizioni sanitarie delle regioni degli Uollo Galla e di Gondar*, Tipografia Nazionale Bertero, Roma 1913.
- Brielli D., *Ricordi storici degli Uollo, con note di C. Conti Rossini*, in C. Conti Rossini, *Studi etiopici*, Istituto per l'Oriente, Roma 1945.
- Bucco G., Natoli A., *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1965.
- Bucciardi G., *Clima, acclimatazione, alimentazione ed igiene sotto i tropici. Appunti raccolti dalle lezioni del primo corso di nozioni mediche coloniali tenute presso la R. Università di Bologna nel maggio-giugno 1936*, Istituto coloniale fascista, Bologna 1936.
- Camis M., *Metabolismo basale ed alimentazione in Somalia: Primo contributo alla fisiologia tropicale in Africa Orientale*, Reale Accademia d'Italia, Tipografia Del Senato, Roma 1936.
- Cannavò L., *Rendiconto dell'attività scientifica e didattica svolta dagli istituti di clinica medica e terapia medica e di clinica delle malattie tropicali e subtropicali della Università di Messina nel triennio accademico 1943-46*, Tipografia D. D'amico, Messina 1947.
- Canova F., *Le malattie dei climi: la febbre gialla*, Stab. tipo-lit. Fratelli Pozzo, Torino 1891.
- Canova F., *Aspetti della tubercolosi tra i nomadi dell'arabia petrea. Tesi di specializzazione. Anno accademico 1945-1946*, Università di Padova. Istituto di Clinica medica. Scuola di perfezionamento nelle malattie dell'apparato respiratorio, Tipografia Antoniana, Padova 1946.
- Carella L., *Igiene del lavoro nei climi caldi dell'Africa orientale: manuale pratico per l'operaio italiano*, Laterza & Polo, Bari 1936.
- Casarini A., *La fatica nella vita militare. Memoria*, Bertero, Roma 1908.
- Casarini A., *La medicina militare nell'antica Roma*, Stabilimento Poligrafico per l'amministrazione della guerra, Roma 1923.
- Casarini A., *La medicina militare nella leggenda e nella storia: saggio storico sui servizi sanitari negli eserciti, onorato del primo premio nel concorso 1927 per lavori su temi militari*, Giornale di Medicina Militare, Roma 1929.
- Castellani A., Chalmers A. J., *Manual of Tropical Medicine*, Tindall and Cox, London 1910.
- Castellani A., *Climate and acclimatization*, Bale, Sons & Danielsson, London 1929.
- Castellani A., Rho F., *Acclimatazione*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, vol. 1, Roma 1929.
- Castellani A., *Clima e acclimazione*, Hoepli, Milano 1933.
- Castellani A., Jacono I., *Manuale di clinica tropicale*, Rosenberg & Sellier, Torino 1937.
- Castellani A., *Tra microbi e re*, Rusconi e Paolazzi Editore, Milano 1961.
- Castellani A., *Le malattie dell'Africa. Manuale pratico*. Collezione scientifica e documentaria dell'Africa italiana a cura dell'Ufficio studi del Ministero dell'Africa Italiana, Apollon, Roma 1946.

- Castelnuovo G., *Osservazioni medico fisiche sul clima e sugli abitanti di Tunisi e d'altre parti d'Africa*, Società per la pubblicazione degli annali universali delle scienze e dell'industria, Milano 1865.
- Castigliola O., *Da Tripoli a Murzuk. Note di un medico*, F. Cacopardo, Tripoli 1930.
- Castronuovo G., *Lezioni di medicina esotica e coloniale*, Vol. I, Ediz. rinnovamento Medico, Napoli 1930.
- Castronuovo G., *Malattie tropicali: patologia, diagnostica, terapia, profilassi*, Tipografia T.A.G.A.V. Idelson, Napoli 1936.
- Cavara F., *L'orto botanico di Cagliari come giardino di acclimatazione e come istituto scientifico. Conferenza tenuta nella Società tra i cultori delle scienze mediche e naturali in Cagliari il 26 gennaio 1900*, Tipografia G. Sacerdote, Torino 1900.
- Celli A., *Come vive il campagnolo nell'agro romano: note ed appunti illustrati con fotografie*, Società editrice nazionale, Roma 1900.
- Celli A., *Malaria according to the new researches*, Longmans, London 1900.
- Celli A., *Die Malaria: nach den neuesten Forschungen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1900.
- Chiodi V., Lessona S., *Manuale per Ufficiali sanitari*, Battistelli, Firenze 1923.
- Chiurco G. A., *La sanità delle razze nell'impero italiano*, Istituto fascista dell'Africa Italiana, Roma 1940.
- Ciotola A., *L'assistenza ospedaliera in Tripoli: Ospedale coloniale principale Vittorio Emanuele III*, F. Maggi, Tripoli 1935.
- Ciotola A., *Nozioni pratiche di medicina ed igiene coloniale*, F. Maggi, Tripoli 1936.
- Ciotola A., *Stato sanitario della colonia Eritrea*, Fioretti, Asmara 1933.
- Ciotola A., *Nozioni di medicina pratica ad uso degli indigeni. Testo italiano e traduzione in lingua tigrina di Abba Johannes Gherezghier*, Ospedale coloniale Regina Elena. Scuola infermieri indigeni, Tipografia Franceseana, Asmara 1932.
- Ciotola A., *Nozioni di ostetricia, ginecologia e pediatria per le assistenti levatrici indigene; traduzione in lingua tigrina eseguita da Teresa Palmquist in De Pertis*, Ospedale coloniale principale Regina Elena di Asmara, Tipografia M. Fioretti, Asmara 1934.
- Coletti F., *La Tripolitania settentrionale e la sua vita sociale*, Zanichelli, Bologna 1924.
- Comando del Corpo di Stato Maggiore, *Somalia. Memoria sui possedimenti e protettorati italiani*, Tipografia del Comando del Corpo di Stato Maggiore, Roma 1908.
- Comando del Corpo di Stato maggiore, *Manualetto per l'ufficiale in Tripolitania. Carte e schizzi topografici*, Laboratorio foto-litografico d'Artiglieria, Roma 1911.
- Convegno di scienze morali e storiche 4-11 ottobre 1938: Tema: L'Africa*, Reale Accademia d'Italia, Roma 1939.
- Corni G., *Somalia italiana*, Editoriale Arte e Storia, Milano 1937.
- Cossu A., *Episodi di civiltà italiana in Cirenaica. Brevissime considerazioni sulla Cirenaica e sulla duplice epidemia pestoso-esantematica del 1917*, Morcelliana, Brescia 1948.
- Corre A., *Traité clinique des maladies des pays chauds*, O. Doin, Paris 1887.
- Croveri P. T., *Sull'azione svolta dalla direzione dei Servizi zootechnici e dell'Istituto sierovaccinogeno della somalia italiana dal 1915 a giugno 1918: Primo Rapporto (Ministero delle colonie)*, Bertero, Roma 1919.

- Croveri P. T., *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, Coop. Libri Del Gruppo Univ. Fascista, Tip. Edit. Nazionale, Torino 1935.
- Davidson A., *Hygiene and disease of warm climates*, Young J. Pentland, Edinburgh-London 1893.
- Davidson A., *Geographical pathology*, voll. 2, D. Appleton & Company, Edinburgh 1892.
- Dall'Ora F., *Intendenza AOI*, Istituto Nazionale Fascista di Cultura, Roma 1937.
- De Castro L., *Etiopia: terra, uomini e cose*, Treves, Milano 1936.
- De Castro L., *Nella terra dei Negus: pagine raccolte in Abissinia*, Treves, Milano 1914.
- De Castro L., *Analogie e divergenze etnografiche: spigolature a contributo della etnologia e psicologia dei popoli dell'Abissinia*, Stab. tipografico Giuseppe Golia, Napoli 1908.
- De Castro L., *Note etiopiche*, Società geografica italiana, Roma 1909.
- De Castro L., *Il primo caso di ginecologia forense in Abissinia*, Stab. Tip. G. B. Marsano, Genova, 1910.
- De Castro L., *Per star bene nelle colonie. Nozioni e consigli agli italiani dell'Impero*, Libreria Editrice Minerva di F. Cacopardo, Tripoli 1935.
- Denti di Pirajno A., *Un medico in Africa*, Neri Pozza, Venezia 1952.
- Denti di Pirajno A., *A grave for a dolphin*, Deutsch, London 1956.
- Denti di Pirajno A., *Incantesimi neri*, Mondadori, Milano 1959.
- Desmeure I., *Guida del giardino zoologico Fiorentino*, Tipografia Gaston, Firenze 1868.
- D'Ignazio C., *Fenomeni di adattamento e manifestazioni morbose dell'altipiano eritreo*, Tipografia del Seminario, Padova 1936.
- D'Ignazio C., *I cinquecento d'Etiopia*, Stracca, Pescara 1954.
- D'Ignazio C., *Memorie di un medico in Etiopia: osservazioni sulla nosografia dell'Etiopia*, Tip. ArsEtLabor, Teramo 1950.
- D'Ignazio C., *Dal 219 btg Gavinana all'ospedale 78. Parte prima: dal diario di un medico di battaglione*, Tipografia Teramana, Teramo 1936.
- D'Ignazio C., Wian G., *Italia ed Etiopia nella Pace e nel lavoro. Perché' amo anche l'Etiopia. Parole di fede di Camillo D'Ignazio*, Ed. Arte Della Stampa di L. Stracca, Pescara 1954.
- Dutroulau A. F., *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales) climatologie, maladies endémiques*, J. B. Baillière et fils, Paris 1868.
- Eredia F., *Climatologia di Tripoli e Bengasi*, Monografie e rapporti coloniali, Ministero delle colonie, Roma 1912.
- Eredia F., *Tripolitania e Cirenaica. Climatologia di Tripoli e Bengasi. Studio eseguito nel R. Ufficio Centrale di Meteorologia e Geodinamica per cura di Filippo Eredia*, Bertero, Roma 1912.
- Eredia F., *Sul clima della Somalia italiana meridionale*, Monografia n. 14 del Ministero delle colonie, Roma 1913.
- Eredia F., De Castro L., *Sulla climatologia dell'Etiopia 1914*, Reale Società Geografica, Roma 1914.
- Fadda S., *Il pellegrinaggio della Mecca nel 1928 e la Somalia Italiana*, Istituto Tipografico dello Stato, Roma 1930.

- Fadda S., *Contributo sperimentale al problema della vaccinazione jenneriana nei paesi caldi: ricerche eseguite nella Somalia italiana*, Ministero delle colonie, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1932.
- Fantoli A., *Elementi preliminari del clima dell’Etiopia*, Sansoni, Firenze 1940.
- Ferranti C., *Dal mar delle Antille all’Africa orientale. Impressioni e ricordi di un medico di bordo*, Rassegna Nazionale, Firenze 1918.
- Ferrero di Cavallerleone L., *La difesa contro il tifo nell’esercito e in Libia*, Nuova antologia di lettere, scienze ed arti, Roma 1913.
- Ferrero di Cavallerleone L., *Norme per gli ufficiali Medici Durante la Campagna*, Tipografia E. Voghera, Roma 1915.
- Ferrero di Cavallerleone L., *La vaccinazione antitifica nell’esercito e in Libia*, Tipografia E. Voghera, Roma 1914.
- Ferrini G., *Saggio sul clima e sulle precipue malattie della città di Tunisi e del regno*, Società per la pubblicazione degli Annali Universali delle scienze e dell’industria, Milano 1860.
- Finlay y de Barrès C. J., *Fiebre amarilla*, Secretaría de Sanidad y Beneficencia, Habana 1895.
- Fontana N., *Osservazioni intorno alle malattie che attaccano gli Europei nei climi caldi e nelle lunghe navigazioni*, Livorno 1781.
- Franchini G., *L’opera sanitaria*, in G. Volpi (a cura di), *La rinascita della Tripolitania, Memorie e studi sui quattro anni di governo del conte Giuseppe Volpi Di Misurata*, A. Mondadori, Milano 1926.
- Franchini G., Giordano R. *Patologia tropicale, Clinica delle malattie tropicali. Protozoologia. Entomologia. Nozioni di tecnica generale*, La Garoflito, Bologna 1929.
- Franchini G., *Rapporto sul funzionamento della scuola di patologia coloniale. Anno scolastico 1926-1927 (R. Università di Bologna)*, Tipografia P. Neri, Bologna 1928.
- Franchini G., *Rapporto sul funzionamento della scuola di patologia coloniale. Anno scolastico 1927-28 (R. Università di Bologna)*, Tipografia P. Neri, Bologna 1930.
- Franchini G., *Rapporto sul funzionamento dell’Istituto di patologia coloniale, R. Università di Modena, anno scolastico 1932-1933*, Stab. Poligr. Artioli, Modena 1934.
- Freschi F., *Dizionario di igiene pubblica e polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, G. Favale e C, Torino 1857.
- Gabbi U., *Una epidemia di febbre dengue a Messina*, F. Vallardi Milano 1909.
- Gabbi U., Visentini A., *Malattie tropicali a Tripoli comuni a quelle della costa calabro-sicula*, Tipografia F. Centenari, Roma 1910.
- Gabbi U., Lacava F., *Il primo caso di bottone d’oriente in Italia: nota*, Tipografia della R. Accademia dei Lincei, Roma 1910.
- Gabbi U., *Malattie tropicali dell’Italia meridionale e delle isole*, voll. I-II, G. Principato, Messina 1911.
- Gabbi U., *Trattato elementare di patologia esotica, ad uso dei medici e degli studenti*, Tipografia nazionale Bertero, Roma 1915.
- Gangi S., *Il colpo di calore*, Officina tipografica V. Giannotta, Catania 1915.

- Geoffroy Saint Hilaire I., *Acclimatation et domestication des animaux utiles*, Librairie agricole de la Maison rustique, Paris 1849.
- Giordano M., Franchini G., *Patologia e parassitologia dei paesi caldi*, Modena 1934.
- Giordano M., *Medicina ed igiene coloniale: ad uso degli infermieri, militari di sanità, missionari, ecc.*, U. Hoepli, Milano 1930.
- Girolami M., *Malattie dei paesi tropicali e modi di prevenirle. Nozioni pratiche di igiene e di medicina ad uso degli italiani dimoranti nelle colonie*, Tipografia G. Barbera di Alfani e Venturi, Firenze 1938.
- Girolami M., Scotti G., *Contributo dell'Italia alla conoscenza della nosografia dell'Africa*, volume della serie *L'Italia in Africa*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1963.
- Gli Italiani in Tunisia*, Impr. typo-lithographique de l'association ouvrière, Tunis 1906
- Golgi C., *Untersuchungen über den feineren Bau des centralen und peripheren Nervensystem*, Jena 1894.
- Greco D., *Manuale pratico di medicina coloniale*, R. Pironti, Napoli 1935.
- Grossi V., *Appunti sulla geografia medica del Perù*, Tipografia Nazionale di G. Bertero, Roma 1896.
- Grossi V., *Note e appunti sulla geografia medica di Madagascar*, Forzani F. C., Roma 1894.
- Grossi V., *Geografia medica e colonie: I (l'America del Sud dal punto di vista dell'emigrazione europea)*, Tipografia Innocenzo Artero, Roma 1895.
- Grixoni G., *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, Provveditorato Generale Dello Stato, Roma 1926.
- Groth C. M., *Manuale di ostetricia, adattato dallo svedese di Groth e Lindblom in lingua tigrigna da Teresa De Pertis*, Missione Evangelica, Asmara 1928.
- Guidetti C., *Clima e malattie da clima nei paesi caldi*, Liguria Medica, Genova 1942.
- Guidetti C., *Malattie ed igiene nei paesi caldi guida pratica ad uso dei sanitari, ufficiali, funzionari, infermieri destinati ai servizi coloniali*, Liguria Medica, Genova 1942.
- Guidetti C., *In Somalia con amore. Quasi un diario di un giovane medico degli anni Trenta*, WAGE, Roma 1984.
- Kelsch L. F. A., *Traité des maladies des pays chauds*, J.-B. Baillière et fils, Paris 1889.
- Jousset A., *Traité de l'acclimatation et de l'acclimatation*, Lahure, Paris 1884.
- Hirsch A., *Handbuch der historisch-geographischen pathologie*, 3 voll., Enke, Stuttgart 18860-18866.
- Ilvento A., *I casi di peste curati nell'ospedale per malattie contagiose in Tripoli*, Tipografia moderna, Roma 1914.
- Ilvento A., P. Tria, F. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, Bertero, Roma 1914.
- Istituto Coloniale Fascista, *Nozioni coloniali per le organizzazioni femminili del Partito Nazionale Fascista*, Castaldi, Roma 1937-1938.
- Istituto nazionale fascista della previdenza sociale, *Previdenza e assistenza sanitaria dell'INFPS nell'Africa italiana*, INFPS, Roma 1938.
- Izar G., *Nosografia delle nostre colonie*, Sormani, Milano 1935.
- Laveran A., *Traité du paludisme*, Masson, Paris 1892.
- Laveran A., *Le progrès de la pathologie exotique*, Firmin-Didot, Paris 1910.

- Lavori del III Congresso di Medicina ed Igiene Coloniale tenuto a Tripoli dal 4 al 9 Ottobre 1930*, Società italiana di medicina ed igiene coloniale, Parma 1931.
- Le Dantec A., *Précis de pathologie exotique: maladies des pays chauds et des pays froids*, Doin, Paris 1900.
- Lind J., *An essay on diseases incidental to Europeans, in hot climates: with the method of preventing their fatal consequences*, T. Becket and P. A. De Hondt, London 1768.
- Lombroso C., *Studi per una geografia medica d'Italia*, Milano-Chiusi 1865.
- Lombroso C., *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*, Fratelli Bocca Editori, Torino 1889.
- Lustig A., *La preparazione e la difesa sanitaria dell'esercito*, Ravà&C., Milano 1915.
- Lustig A., *Malattie infettive dell'uomo e degli animali. Trattato pratico di parassitologia ad uso dei medici e veterinari*, 3 voll., Vallardi, Milano 1913-1922.
- Lustig A., *Guida pratica alla diagnosi e cura delle infezioni ed infestazioni endemiche ed esotiche*, Società editrice libraria, Milano 1936.
- La difesa della salute. Libro per conservare la salute destinato ai musulmani dell'Africa settentrionale*, Stab. Nuove arti grafiche, Tripoli 1925.
- L'igiene nei paesi caldi e le malattie dominanti nelle nostre colonie. Brevi cenni ad uso dei non medici*, Istituto coloniale fascista, Roma 1935.
- Grossule V., *Medico nel Congo, 1901-1904*, Giunti, Firenze 1992
- Manson P., *Tropical diseases. A Manual of the Diseases of Warm Climates*, Cassell and company, London 1898.
- Manson P., *Some problems in tropical epidemiology*, Bedford Press, London 1901.
- Manson P., *Lectures on tropical diseases*, Keener, Chicago 1905.
- Manson P., *Manuale delle malattie dei climi caldi (prima traduzione italiana sulla quarta edizione inglese, del dott. Dante De Blasi)*, Società Editrice Libreria, Milano 1909.
- Manuale di igiene italiano-tigrài ad uso delle scuole indigene per cura della missione cattolica*, Tipografia Francescana, Asmara 1918.
- Mantegazza P., *Elementi di igiene*, Brigola, Milano 1863.
- Manzoni G., *Studi ed esperimenti sull'acclimatazione di piante forestali in Cirenaica. Comunicazione presentata al II Congresso di Studi coloniali*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1936.
- Marinucci C., Columbano T., *L'Italia in Africa. Serie giuridico-amministrativa, vol. 1: 1869-1955. Il governo dei territori Oltremare*, Ministero degli affari esteri, Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa, Roma 1963.
- Mayer M., *Malattie esotiche. Manuale pratico* (trad. it. Basile C., Funck E.), UTET, Torino 1926 (tit. or. *Exotische Krankheiten. Ein kurzes Lehrbuch für die Praxis*, Springer, Berlin-Heidelberg 1924).
- Mazzolani D., Castigliola O., *L'organizzazione sanitaria della Tripolitania: climatologia, patologia, colonizzazione*, F. Cacopardo, Tripoli 1931.
- Mennona G., *Appunti di igiene coloniale*, Casa editrice poligrafica universitaria Carlo Cya, Firenze 1939.
- Mei A., *La lebbra in Cirenaica e nelle regioni limitrofe, ambulatorio medico chirurgico italiano in Bengasi*, Vallardi, Milano 1911.

- Mei A., *Gli abitanti della Cirenaica: studio etnico antropologico*, Bertero, Roma 1914.
- Mense C., *Tropische Gesundheitslehre und Heilkunde*, Wilhelm Süsserott, Berlin 1902.
- Mense C., *Handbuch der Tropenkrankheiten*, Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1906.
- Mense C., *Trattato delle malattie dei paesi tropicali*, traduzione di E. Bertarelli e F. Rho, 4. voll., Unione Tipografico-Editrice, Torino 1906-1909.
- Messedaglia L., *Per lo studio della patologia e dell'igiene della Libia: le osservazioni di Paolo Della Cella*, Bertero, Roma 1913.
- Ministero dell'Interno e della Guerra, Direzione Generale di Sanità Pubblica, *Commissione Governativa per lo studio delle malattie tropicali nella Libia. Malattie infettive e malattie cutanee, I Contributo*, Piazza Siena Fabrici, Messina 1912.
- Ministero dell'interno, Direzione generale della sanità pubblica, *L'organizzazione dei servizi sanitari nelle colonie inglesi*, Tipografia I. Artero, Roma 1913.
- Mortara G., *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Laterza, Bari 1925.
- Muzio C., *Le malattie dei paesi caldi, loro profilassi ed igiene* (con l'appendice, *La vita nel Brasile. Regolamenti di sanità pubblica contro le infezioni esotiche*), Ulrico Hoepli Edit., Milano 1904.
- Muzio C., *Geografia medica*, Hoepli, Milano 1922.
- Muzio C., *La Libia, il nuovo lembo d'Italia. Ambiente fisico, suolo, clima, flora, fauna, genti, malattie*. Tipografia C. Ferrari, Venezia 1912.
- Navarre, P. J., *Manuel d'hygiène coloniale. Guide de l'Européen dans les pays chauds*, Octave Doin, Paris 1895.
- Nisticò G., *Per chi va in Africa: norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'impero italiano*, Tipografia Castion di Carlo Ferrari, Portogruaro 1939.
- Nosenzo C., *L'igiene nell'Africa tropicale* (Istituto fascista di cultura), Tipografia A. Viretto, Torino 1935.
- Nouveau Larousse Illustré*, Librairie Larousse, Paris 1897-1904.
- Ottolenghi D., *Trattato d'igiene. Igiene militare, igiene coloniale, legislazione ed ordinamenti sanitari*, Vallardi, Milano 1933- 34.
- Parise N., *Clima e sindromi dei paesi caldi*, Tipografia ditta Giovanni Barca, Napoli 1935.
- Pasquale A., *Nota preventiva sulle febbri di Massaua: Studi e ricerche*, Tipografia Voghera Carlo, Roma 1889.
- Pasquale A., *Ricerche batteriologiche sul colera a Massaua e considerazioni igieniche*, Tipografia Enrico Voghera, Roma 1891.
- Patanè C., *Sul primo caso autoctono di leishmaniosi interna in Cirenaica*, Tipografia G. Schenone, Genova 1917.
- Penso G., *Igiene della vita coloniale*, INA, Roma 1939.
- Penso G., *Appunti di igiene e medicina coloniale: redatto dalle lezioni tenute al primo corso di nozioni mediche coloniali svoltosi presso la R. Università di Bologna*, Istituto coloniale fascista. Sezione di Bologna, Bologna 1936.
- Persano E., *Igiene dei paesi caldi*, Istituto Geografico De Agostini, Novara 1913.
- Peruzzi P., *Malattie tropicali*, Stabilimento industriale tipografico, La Spezia 1938.
- Peruzzi M., *Medicina tropicale. Elementi di orientamento per soccorsi urgenti, prime cure e provvedimenti profilattici*, Tipografia Panetto e Petrelli, Spoleto 1942.

- Peruzzi M., *Navi ospedale e navi ospedaliere*, Istituto romano arti graf. Tuminelli e C., Roma 1942.
- Peruzzi M., *Un medico di mare: esplorazioni ed esperienze*, Garzanti, Milano 1948.
- Petiti P. P., *Consigli pratici di igiene e malattie coloniali*, F. Casanova, Torino 1936.
- Petroselli F., *Ospedale da campo. Memorie di un medico cattolico, dalla guerra di Libia a Caporetto* a cura di Scipione Rossi G., Rubbettino, Soveria Mannelli 2017.
- Puglisi G., *Chi è? dell'Eritrea 1952. Dizionario Biografico*, Agenzia Regina, Asmara 1952.
- Ramorino C., *La bianca nave. Appunti sul funzionamento delle navi ospedale*, Tipografia Il Cenacolo, Firenze 1936.
- Ragazzi C. A., *Notizie d'igiene e medicina per chi dimora e per chi va in A.O.I.*, Il secolo illustrato, Milano 1936.
- Raimone E., *Etnofisiologia eritrea*, G. Civelli, Napoli 1906.
- Raseri E., *Atlante di demografia e geografia medica d'Italia*, Istituto geografico G. De Agostini & C., Roma 1906.
- Regia Università di Modena, *Rapporto sul funzionamento dell'Istituto di patologia coloniale*, Artioli Stabilimento poligrafico modenese, Modena 1933.
- Regia Università di Modena, *Rapporto sul funzionamento dell'Istituto di patologia coloniale*, Artioli Stabilimento poligrafico modenese, Modena 1934.
- Relazione a S. E. Emilio de Bono, Ministro delle Colonie, degli studi compiuti nel bassopiano occidentale dell'Eritrea dai professori Umberto Gabbi, Luigi Piras, Edoardo Zavattari, Mario Peruzzi, Giovanni Di Domizio, Alberto Ciotola, e delle indagini complementari fatte in Italia dai professori Alberto Camis e Alfredo Chistoni, 7 gennaio-18 marzo 1930*, Prem. Tip. Riunite Donati, Parma 1930.
- Repetti U., *Nozioni di igiene tropicale*, Tipografia La Buona Stampa, Cremona 1941.
- Ribolla R., *Il medico a bordo e nei paesi tropicali. Manuale teorico pratico di igiene navale e patologia esotica. Secondo i programmi emanati dal Ministero dell'Interno per gli esami di abilitazione di medico a bordo*, U. Hoepli, Milano 1913.
- Ribolla R., *Medicina tropicale e igiene marinara: Manuale teorico pratico secondo i nuovi programmi per gli esami di abilitazione a medico di Marina Mercantile. Con Lettere di Augusto Murri e di Aldo Castellani*, Casa Edit. L. Pozzi, Roma 1926.
- Rossetti C. (a cura di), *Atti del Congresso Coloniale Italiano in Asmara (settembre-ottobre 1905)*, vol. I, Tipografia dell'Unione Cooperativa editrice, Roma 1906.
- Rho F., Pasquale A., Petella G., *Massaua. Clima e malattie. Studii*, Bertero, Roma 1894.
- Rho F., *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*, Rosemberg & Sellier, Torino 1896.
- Rodinò N., *La profilassi delle malattie infettive dominanti nelle nostre colonie africane. Vademecum del coloniale*, Libreria Dello Stato, Roma 1925.
- Rossi Bey E., *Geografia medica dell'Egitto*, F. Vigo, Livorno 1870.
- Ruata V., *Oftalmologia dei paesi caldi*, Hoepli, Milano 1938.
- Rummo R., *I servizi sanitari della R. Marina per l'Africa orientale. Le navi-ospedale*, S.I.E.M., Napoli 1936.
- Ruge R. F. *Malattie e igiene dei paesi tropicali* (trad. it. sulla terza edizione tedesca), Ediz. Minerva Medica, Torino 1933.

- Salinari S., *La razione alimentare del soldato in pace ed in guerra*, Provveditorato generale dello Stato, Roma 1926.
- Salvadori A., *La Cirenaica ed i suoi servizi civili*, Bertero, Roma 1914.
- Salvioli G., *Breve compendio di malattie esotiche*. Prefazione del prof. Lustig, R. Zannoni editore, Padova 1926.
- Sanarelli G., *Manuale di igiene generale e coloniale*, Editore Barbera, Firenze 1914.
- Sanarelli G., *L'opera sanitaria in Tripolitania*, in Volpi Di Misurata G., *La rinascita della Tripolitania. Memorie e studi sui quattro anni di governo*, Mondadori, Milano 1926, pp. 381-398.
- Sarnelli T., *La medicina coloniale in Italia*, Stabilimento poligrafico per l'amministrazione dello Stato, Roma 1926.
- Sarnelli T., *La scuola di patologia coloniale di Bologna*, Officina tipografica Elzevira, Napoli 1925.
- Sarnelli T., *Medicina coloniale, medicina politica*, in Partito Nazionale Fascista, *Dizionario di politica, vol. II*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma 1939-1940.
- Sarnelli T., *La medicina Araba*, Reale Accademia d'Italia, Roma 1943.
- Sangiorgi G., *Elementi di igiene coloniale. Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero*, Istituto fascista per l'Africa italiana - Sezione provinciale di Bari, Laterza, Bari 1939.
- Serra G., *Etiologia, terapia e profilassi delle malattie tropicali*, Arte e storia, Milano 1942.
- Serra E., *Progetto per l'impianto di un Giardino d'Acclimazione Coloniale in Libia*, Stabilimento Tip. Andrea Brangi, Palermo 1912.
- Scheube H. B., *Die Krankheiten der warmen Länder*, Verlag von Gustav Fischer, Jena 1896.
- Società italiana di patologia esotica, *Quarta Riunione tenuta a Messina il 27-28 Giugno 1914*, Tipografia Moderna, Roma 1914.
- Solarino G., *Igiene coloniale. Appunti delle Lezioni svolte al Corso di cultura coloniale*, Tipografia Ospizio Cappellini, Messina 1938.
- Sonsino P., *Sul colera in Cairo d'Egitto nell'anno 1883*, Tipografia Vannucchi, Pisa 1884.
- Sonsino P., *Del clima e delle malattie di Massaua. Lettera al dott. G. Faralli*, Tipografia Cooperativa, Firenze 1886.
- Sonsino P., *Entozoi di camaleonte e di anfibi, raccolti nel Sud della Tunisia*, Tipografia T. Nistri e C., Pisa 1894.
- Studi di medicina tropicale compiuti da ufficiali medici e veterinari del R. Corpo di truppe coloniali dell'Eritrea*, Istituto italiano di arti grafiche, Bergamo 1914.
- Tedeschi C., *Il clima di Derna. Note di ecologia coloniale*, in *Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène. Le Caire, Egypte, décembre 1928*, Imprimerie nationale, Le Caire 1932.
- Tedeschi C., *Le sindromi dei Tangabili*, Ed. Rinnovamento medico, Napoli 1933.
- Tedeschi C., *Fattori della conquista oltremare. Il medico coloniale. Prolusione al corso libero di patologia ed igiene coloniale*, R. Università di Pavia, Tipografia Cremona nuova, Cremona 1934.

- Tedeschi C., *Profili coloniali di patologia del costume*, in *Note raccolte dal dr. Sortido Calogero, medico coloniale di Lugh, riferite al I Congresso delle forze sanitarie civili della Somalia. Mogadiscio, 17-18-19 luglio, s.e., 1932.*
- Testi F., *Le grandi epidemie esotiche: colera, peste e febbre gialla*, U. Hoepli, Milano 1909.
- Testi F., *Storia retrospettiva dell'igiene nell'esercito italiano*, Giornale di Medicina Militare, Roma 1912.
- Tremsal J., *Un siècle de médecine coloniale française en Algérie 1830-1929*, Imprimerie J. Aloccio, Tunis 1929.
- Tripodi M., *Malattie dominanti nella Tripolitania. Osservazioni e problemi di studio*, Roma 1937.
- Trombetta E., *Il servizio sanitario nell'esercito*, Francesco Vallardi, Milano 1908.
- Veglia F., *Malattie dei paesi caldi nel Sud Africa*, Tipografia E. Schioppo, Torino 1914.
- Veneroni C., *Nosografia medica della Somalia italiana*, Lit. Bruni-Marelli, Pavia 1928.
- Vergine C., *Pagine del mio diario. Africa Orientale 1935-1936*, Del Campo, Roma-Messina-Bari 2011.
- Zannelli C., *Elementi di igiene coloniale e nozioni di pronto soccorso*, Istituto fascista dell'Africa italiana - Sezione provinciale di Littoria, Littoria 1941.
- Zavattari E., *Note di parassitologia Cirenaica*, Tip. già Cooperativa Parmense, Parma 1930.

Letteratura critica

Medicina coloniale, scienza e imperialismo

- Anderson W., *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race and Hygiene in the Philippines*, Duke University Press, Durham (North Carolina) 2006.
- Anderson, W., *The cultivation of whiteness. Science, health, and racial destiny in Australia*, Perseus Books, New York 2003.
- Andrews B., Cunningham A., *Western Medicine as Contested Knowledge*, Manchester University Press, Manchester 1997.
- Arnold D., *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-century India*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1993.
- Arnold D., *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, New York 1988.
- Arnold D., *The Problem of Nature. Environment, Culture and the Expansion of Europe*, Blackwell, Oxford 1996.
- Arnold D., *Warm climates and western medicine. The emergence of tropical medicine, 1500-1900*, Rodopi, Amsterdam 1995.
- Bado, J.P., *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Karthala, Paris 1996.
- Beinart W., Hughes L., *Environment and empire*, Oxford University Press, Oxford 2007.
- Bennett B., Hodge J., *Science and Empire. Knowledge and Networks of Science across the British Empire, 1800-1970*, Palgrave Macmillan, London 2011.
- Bhattacharya S., Harrison M., Warboys M., *Smallpox, Public Health and Vaccination Policy in British India*, Orient Longman, Hyderabad 2005.
- Bonneuil C., *Des savants pour l'empire. La structuration des recherches scientifiques coloniales au temps de "la mise en valeur des colonies françaises" 1917-1945*, Editions de l'ORSTOM, Paris 1991.
- Bourguet M.N., Lepetit B., Nordman D., Sinarellis M. (sous la direction), *L'invention scientifique de la Méditerranée*, Editions de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris 1998.
- Chakrabarti P., *Materials and medicine, trade, conquest and therapeutics in the Eighteenth century*, Manchester University Press, Manchester 2010.
- Chakrabarti P., *Bacteriology in British India. Laboratory medicine and the tropics*, University of Rochester Press, Rochester (NY) 2012.
- Chakrabarti P., *Medicine and empire, 1600-1960*, Palgrave Macmillan, London 2014.
- Charters E., *Disease, War and the Imperial State. The Welfare of the British Armed Forces During the Seven Year's War*, University of Chicago Press, Chicago 2014.
- Chiffolleau S., *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Presses Universitaires de Rennes/Ifpo, Rennes 2012.
- Chiffolleau S., *Médecines et médecins en Égypte: construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Éd. l'Harmattan, Paris-Montréal-Lyon 1997.

- Chiffolleau S., *Le pèlerinage à La Mecque à l'époque coloniale: matrice d'une opinion publique musulmane*, Presses de l'Ifpo, Beyrouth 2005.
- Cook G. C., *The rise and fall of a medical specialty London's clinical tropical medicine*, Tropizam, St. Albans 2014.
- Cook H. J., *Matters of exchange. Commerce, medicine, and science in the Dutch Golden Age*, Yale University Press, New Haven-London 2007.
- Crozier A., *Practising Colonial Medicine: The Colonial Medical Service in British East Africa*, I. B. Tauris, London 2007.
- Curtin F. D., *Death by migration. Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Delaporte F., *Chagas Disease: History of a Continent's Scourge*, Fordham University Press New York 2012.
- Delaporte F., *Histoire de la fièvre jaune. Naissance de la médecine tropicale*, Payot, Paris 1989.
- Edmund R., *Leprosy and Empire: A Medical and Cultural History*, Cambridge University Press, Cambridge 2007.
- Ernst W., Mukharji P.B., *Crossing colonial historiographies. Histories of colonial and indigenous medicines in transnational perspective*, Cambridge Scholars, Newcastle 2010.
- Fanon F., *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona 2011.
- Farley J., *Bilharzia: A History of Imperial Tropical Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1991.
- Farley J., *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford University Press, New York-Oxford 2014.
- Harrison M., Worboys M., *A Disease of Civilisation: Tuberculosis in Africa and Asia, 1900-1940*, in Marks L., Worboys M. (eds.), *Migrants, minorities and health: historical and contemporary studies, Studies in the Social History of Medicine*, Routledge, London-New York 1997.
- Harrison M., *Medicine in an age of commerce and empire. Britain and its tropical colonies, 1660-1830*, Oxford University Press, Oxford 2010.
- Harrison M., Pati M., *The Social History of Health and Medicine in Colonial India*, Routledge, Oxford 2009.
- Harrison M., *Public Health in British India: Anglo-Indian Preventive Medicine 1859-1914*, Cambridge University Press, Cambridge 1994.
- Harrison M., *Disease and the modern world: 1500 to the present*, Polity Press, Cambridge 2004.
- Haynes D. M., *Imperial medicine. Patrick Manson and the conquest of tropical disease*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 2001.
- Headrick R. D., *The Tools of Empire: Technology and European Imperialism in the Nineteenth Century*, Oxford University Press, New York-Oxford 1981.
- Hewa S., *Colonialism, Tropical Disease and Imperial Medicine: Rockefeller Philanthropy in Sri Lanka*, University Press of America, London 1995.

- Hoppe K. A., *Lords of the Fly: Sleeping Sickness Control in British East Africa, 1900-1960*, Praeger, Westport 2003.
- Jami C., Moulin A.M., Petitjean P. (eds.), *Science and Empires. Historical studies about scientific development and european expansion*, Springer-Boston Studies in the History of Science, Boston 1992.
- Latour B., *Les microbes. Guerre et paix*, A. M. Métailié, Paris 1984.
- Lewis M., MacLeod R., *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Routledge, London-New York 1988.
- Lewis M.J., MacPherson K. R., *Public health in Asia and the Pacific. Historical and comparative perspectives*, Routledge, London-New York 2008.
- Lowy I., *Virus, moustiques et modernité. La fièvre jaune au Brésil, entre science et politique*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris 2001.
- Lyons M., *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire*, Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- Manderson L., *Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Manson-Bahr P. H., *History of the School of tropical medicine in London: 1899-1949*, H.K. Lewis, London 1996.
- McCann C. J., *The Historical Ecology of Malaria in Ethiopia. Series in Ecology and History*, Ohio University Press, Athens 2014.
- McNeill J.R., *Mosquito Empires. Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620-1914*, Georgetown University, Washington DC 2010.
- Monnais-Rousselot L., *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise 1860- 1939*, CNRS Editions, Paris 1999.
- Monnais-Rousselot L., *Médicaments coloniaux. L'expérience vietnamienne, 1905-40*, Les Indes Savantes, Paris 2014.
- Moulin A.M., *Histoire de la médecine arabe. Dialogue du passé et du présent*, Centre socio-culturel de la rue de Tanger, Tanger 1996.
- Moulin A.M., *The Pasteur Institutes between the two world wars. The transformation of the international sanitary order*, in Weindling P., *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- Moulin, A.M., Ülman Y.I., *Perilous modernity. History of medicine in the Ottoman Empire and the Middle East from the 19th century onwards*, Isis Press, Istanbul 2010.
- Neill D., *Networks in tropical medicine. Internationalism, colonialism, and the rise of a medical specialty 1890-1930*, Stanford University Press, Stanford 2012.
- Osborne M., *Nature, the Exotic, and the Science of French Colonialism*, Indiana University Press, Bloomington (Indiana) 1994.
- Osborne M., *The Emergence of Tropical Medicine in France*, University of Chicago Press, Chicago 2014.
- Packard R.M., *The Making of a Tropical Disease. A Short History of Malaria*, JHU Press, Baltimore 2009.
- Pestre D. (sous la dir.), *Histoire des sciences et des savoirs*, 3 voll., Editions du Seuil, Paris 2015.

- Power H., *Tropical medicine in the twentieth century. A history of Liverpool school of tropical medicine, 1898-1990*, Columbia University Press, New York 1999.
- Raj K., *Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2007.
- Reingold N., Rosenberg M., *Scientific colonialism. A cross cultural comparison. Papers from a conference at Melbourne, Australia, 25-30 may 1981*, Smithsonian Institution Press, Washington-London 1987.
- Sappol M., Rice S. P. (ed.), *A Cultural History of the Human Body in the Age of Empire (1800 - 1920)*, 10 voll., Berger Publishers, Oxford 2010.
- Sibeud E., *Une science impériale pour l'Afrique? La construction des savoirs africanistes en France, 1878-1930*, EHESS, Paris 2002.
- Singaravélou P., *Professer l'Empire. Les «Sciences coloniales» en France sous la IIIe République*, Publications de la Sorbonne (Histoire contemporaine), Paris 2011.
- Solomon-Bayet C., *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Payot, Paris 1986.
- Sutphen M. P., Andrews B., *Medicine and colonial identity*, Routledge, London-New York 2003.
- Tilley H., *Africa as a living laboratory. Empire, development, and the problem of scientific knowledge, 1870-1950*, The University of Chicago Press, Chicago-London 2011.
- Vaughan M., *Curing their ills. Colonial power and african illness*, Stanford University Press, Palo Alto 1992.
- Waast R. (dir.), *Les Sciences Hors d'Occident au XXème Siècle*, ORSTOM, Paris 1995: Vol 2. Petitjean P. (dir.), *Les sciences coloniales. Figures et institutions*; Vol 3, Chatelin Y., Bonneuil C. (dir.), *Nature et environnement*; Vol. 4, Moulin A. M. (dir.), *Médecines et santé. Medical practices and health*, 1996.
- Worboys M., *The emergence of tropical medicine: a study in the establishment of a scientific specialty*, in Lemaine G., MacLeod R. and Mulkay M. (eds.), *Perspectives on the emergence of Scientific Disciplines*, The Hague, Paris-Chicago 1976, pp. 75-98.
- Zeheter M., *Epidemics, Empire, and Environments. Cholera in Madras and Quebec City, 1818-1910*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh 2015.

Politiche sanitarie - Oltremare italiano

- Fichera F., *Le politiche sanitarie nelle colonie: riflessioni antropologiche sull'influenza dell'autorità medica nel colonialismo italiano* in M. Bolognari (a cura di), *Lo scrigno africano. La memoria fotografica della guerra d'Etiopia custodita dalle famiglie italiane*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2012.
- Nicolini B., Taddia I. (a cura di), *Il Corno d'Africa. Tra medicina, politica e storia*, Novalogos, Aprilia 2011.
- Pellitteri P., *Igea in Colonia. Biomedicina, istituzioni sanitarie e professioni mediche a Tripoli (1880-1940)*, EUI PhD Theses, European University Institute, Firenze 2009.
- Scarfone M., *Alberto Denti di Pirajno: medico, funzionario, scrittore*, in Dore G., Giorgi C., Morone A. M., Zaccaria M. (a cura di), *Governare l'Oltremare*, Carocci, Roma 2013.

Scarfone M., "La nevrastenia sotto i tropici". *I disturbi mentali dei bianchi in colonia*, in Deplano V., Pes A. (a cura di), *Quel che resta dell'impero. La cultura coloniale degli italiani*, Mimesis, Sesto San Giovanni 2014.

Scarfone M., *La psichiatria coloniale italiana: teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni (1906-1952)*, Tesi di dottorato, Università Ca' Foscari, Venezia 2014.

Epistemologia, sociologia della scienza

AA. VV., *Conference. Epistemology and History. From Bachelard and Canguilhem*, Max Planck Institut für Wissenschaftsgeschichte, Berlin 2012.

Bachelard G., *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, J. Vrin, Paris 1938 (trad. it. *La formazione del nuovo spirito scientifico. Contributo a una psicoanalisi della conoscenza oggettiva*, Raffaello Cortina, Milano 1995).

Bachelard G., *L'engagement rationaliste*, Presses Universitaires de France, Paris 1972 (trad. it. *L'impegno razionalista*, Jaca Book, Milano 2003).

Bloor D., *Knowledge and Social Imagery*, University of Chicago Press, Chicago 1976.

Bloor D., *Wittgenstein. A Social Theory of Knowledge*, Columbia University Press, New York 1983.

Bonicalzi F., *La ragione cieca. Teorie della storia della scienza e comunità scientifica*, Jaca Book, Milano 1982.

Bourdieu P., *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*, Editions Raison d'agir, Paris 2001 (trad. it. *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France 2000-2001*, Feltrinelli, Milano 2013).

Bourdieu P., *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de «Trois études d'ethnologie kabyle»*, Librairie Droz, Genève 1972 (trad. it. *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina, Milano 2003).

Canguilhem G., *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Vrin, Paris, 1977 (trad. it. *Ideologia e razionalità nella storia delle scienze della vita*, La nuova Italia, Scandicci 1992).

Canguilhem G., Lecourt, D., *L'épistémologie historique de Gaston Bachelard*, Vrin, Paris 1969 (trad. it. *L'epistemologia di Gaston Bachelard*, Jaca Book, Milano 1997).

Foucault M., *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Gallimard, Paris 1966 (trad. it. *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, BUR Saggi, Milano 2010).

Foucault M., *Il sapere e la storia. Sull'archeologia delle scienze e altri scritti*, Ombre corte, Verona 2007.

Foucault M., *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris 1969 (trad. it. *L'archeologia del sapere. Una metodologia per la storia della cultura*, BUR Saggi, Milano 2013).

Koyré A., *Du monde de l'à peu près à l'univers de la précision*, Paris 1948 (trad. it. *Dal mondo del pressappoco all'universo della precisione*, Einaudi, Torino 1967).

- Kuhn T., *The structure of scientific revolutions*, University of Chicago press, Chicago 1962 (trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009).
- Kuhn T., *The essential tension. Selected studies in scientific tradition and change*, University of Chicago Press, Chicago 1977 (tra. it. *La tensione essenziale e altri saggi*, Einaudi, Torino 2006).
- Latour B., Woolgar S., *Laboratory life: the social construction of scientific facts*, Sage, Beverly Hills 1979.
- Latour B., *Science in Action. How to follow Scientists and Engineers through Society*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1987 (trad. it. *La Scienza in azione. Introduzione alla Sociologia della Scienza*, Edizioni di Comunità, Torino 1998).
- Latour B., Ewald F., *Disinventare la modernità. Conversazioni con François Ewald*, Elèuthera, Milano 2016.
- Merton R. K., *Science, technology, and society in seventeenth century England*, H. Fertig, New York 1970 (tr. it. *Scienza tecnologia e società nell'Inghilterra del XVII secolo*, Franco Angeli, Milano 1975).
- Merton R. K., *The sociology of science*, University of Chicago Press, Chicago 1973 (tr. it. *La sociologia della scienza*, Franco, Angeli Milano 1981).
- Jacob C., *Lieux de savoir*, 2 voll., Albin Michel, Paris 2007-2011.
- Jacob C., *Qu'est-ce qu'un lieu de savoir?*, OpenEdition Press, Marseille 2014.
- Pestre D., *Introduction aux science studies*, La Decouverte, Paris 2006.

Salute e malattia: storia e paradigmi epistemologici

- Adam P., Herzlich C., *Sociologia della malattia e della medicina*, Franco Angeli, Milano 1999.
- Archivio centrale dello Stato, *Fonti per la storia della malaria in Italia*, Ministero per i beni e le attività culturali, Direzione generale per gli archivi, Roma 2003.
- Berlinguer G., *La salute nelle fabbriche*, De Donato, Bari 1977.
- Berlinguer G., *Storia politica della salute*, Franco Angeli, Milano 1991.
- Berlinguer G., *Storia della salute: da privilegio a diritto*, Giunti, Firenze-Milano 2011.
- Betri M. L., Gigli Marchetti A., *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982.
- Calvi G., *Storie di un anno di peste. Comportamenti sociali e immaginario nella Firenze barocca*, Bompiani, Milano 1984.
- Canguilhem G., *La connaissance de la vie*, Librairie Hachette, Paris 1952 (trad. it. *La conoscenza della vita*, Il Mulino, Bologna 1976).
- Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris 1966 (trad. it. *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998).
- Canguilhem G., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007.
- Carnevale F., Moriano G., *Storia della salute dei lavoratori*, Cortina, Verona 1986.
- Cea E., *Il governo della salute nell'Italia liberale: Stato, igiene e politiche*, Franco Angeli, Milano 2019.

- Cherubini A., *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Il pensiero scientifico, Roma 1980.
- Cipolla C., Vanni P. (a cura di), *Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914*. Vol. I. *Saggi*, Franco Angeli, Milano 2013.
- Cosmacini G., *Prima lezione di medicina*, Laterza, Roma-Bari 2009.
- Coste J., Fantini B., Lambrichs L., *Le concept de pathocénose de M.D. Grmek*, Ecole Pratique des Hautes Etudes-Droz, Paris 2016.
- Betri M. L., Gigli Marchetti A. (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982.
- Dagognet F., *Le catalogue de la vie: étude méthodologique sur la taxinomie*, Presses universitaires de France, Paris 1970 (trad. it. *Il catalogo della vita. Saggio sulle classificazioni*, Theoria, Roma 1986).
- Dagognet F., *La raison et les remèdes*, Presses Universitaires de France, Paris 1984.
- Della Peruta F. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali VII. Malattia e Medicina*, Einaudi, Torino 1984.
- Deti T., *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, Franco Angeli, Milano 1994.
- De Martino E., *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino 1948.
- Donelli G., Di Carlo V., *La sanità pubblica italiana negli anni a cavallo della Prima Guerra Mondiale*, Armando, Roma 2016.
- Dröscher A., *Le facoltà medico-chirurgiche italiane (1860-1915). Repertorio delle cattedre e degli stabilimenti annessi, dei docenti, dei liberi docenti e di tutto il personale scientifico*, CLUEB, Bologna 2002.
- Fantini B., Lambrichs, L., *Histoire de la pensée médicale contemporaine*, Seuil, Paris 2014.
- Fantini B., *Le rivoluzioni nelle scienze della vita*, L. S. Olschki, Firenze 1995.
- Federspil G., Giarretta P., Moriggi S. (a cura di), *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Forti Messina A., *Il sapere e la clinica. La formazione professionale del medico nell'Italia unita*, Franco Angeli, Milano 1998.
- Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961.
- Foucault M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris 1963.
- Foucault M., *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, Gallimard, Paris, 1999.
- Foucault M., *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. II. 1971-1977. *Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano 1997.
- Gallini C., *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano 1983
- Grassi B., *Studi di uno zoologo sulla malaria*, a cura di B. Fantini, Giunti, Firenze 1998.
- Goldstein K., *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*, Martinus Nijhoff, The Hague 1934 (trad. it. *L'organismo: un approccio olistico alla biologia derivato dai dati patologici nell'uomo*, Fioriti, Roma 2010).

- Grmek M. D. (a cura di), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, 3 voll., Seuil, Paris 1995-1999 (trad. it. *Storia del pensiero medico occidentale. Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma 1998).
- Grmek M. D., *La vita, la malattia e la storia*, Di Rienzo, Roma 1998.
- Jacob F., *La logique du vivant. Une histoire de l'hérédité*, Gallimard, Paris 1970 (trad. it. *La logica del vivente*, Einaudi, Torino 1971).
- Lecourt D. (sous la direction), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Presses Universitaires de France, Paris 2004.
- Harant H., *Les épidémies*, PUF, Paris 1953.
- Herzlich C., Pierret J., *Malades d'hier malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris 1984 (trad. it., *Malati di ieri, malati di oggi. Dalla morte collettiva al dovere della guarigione*, Lucarini, Roma 1986).
- Illich I., *Medical Nemesis. The expropriation of health*, Random House Inc., New York 1976 (trad. it. *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977).
- Le Goff J., Sournia J. C. (a cura di), *Les maladies ont une histoire*, Seuil, Paris 1985 (trad. it. *Per una storia delle malattie*, Dedalo, Bari 1986).
- Macherey P., *De Canguilhem à Foucault la force des normes*, La fabrique, Paris 2009 (trad. it. *Da Canguilhem a Foucault: la forza delle norme*, ETS, Pisa 2011).
- McNeil W.H., *Plagues and peoples*, Blackwell, Oxford 1977.
- Mayr E., *The growth of biological thought: diversity, evolution, and inheritance*, Belknap Press, Cambridge (Mass.) 1982 (trad. it. *Storia del pensiero biologico. Diversità, evoluzione, eredità*, Bollati Boringhieri, Torino 2011).
- Moulin A. M., *Le dernier langage de la médecine: histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, PUF, Paris 1991.
- Moulin A. M., *L'aventure de la vaccination*, Fayard, Paris 1996.
- Moulin A. M., *How to write the history of modern surgery in the Arab and Muslim world? Methodological problems and epistemological issues*, in «Majalleh-ye Târikh-e Elm, Tehran», 5 (2006), pp. 7-27.
- Osborne O., *French Military Epidemiology and the Limits of the Laboratory*, in Cunningham A., Williams P. (eds.), *The Laboratory. Revolution in Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge-New York 1992, pp. 189-208.
- Parodi A., *Storie della medicina*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.
- Preti D., *La questione ospedaliera nell'Italia fascista, 1922-1940: un aspetto della "modernizzazione corporativa"*, Einaudi, Torino 1982.
- Preti D., *La lotta antitubercolare nell'Italia fascista*, Einaudi, Torino 1984.
- Rosenberg C., *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- Ruffié J., Sournia J. C., *Les épidémies dans l'histoire de l'homme: essai d'anthropologie médicale*, Paris 1984 (trad. it. *Le epidemie nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1985).
- Singer C., Ashworth Underwood E., *A short history of medicine*, Clarendon Press, Oxford 1962.
- Sournia, J.C., *Histoire de la médecine*, La découverte, Paris 1992.

- Speziale S., *Il contagio del contagio. Circolazione di saperi e sfide bioetiche tra Africa ed Europa dalla peste nera all'AIDS*, Città del sole, Reggio Calabria 2016.
- Starobinski J., *Histoire de la médecine*, Rencontre, Lausanne 1963 (trad. it. *Storia della medicina*, Mursia, Milano 1964).
- Tognotti E., *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, Franco Angeli, Milano 2015.
- Tognotti E., *L'altra faccia di Venere. La sifilide dalla prima età moderna all'avvento dell'Aids*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Tognotti E., *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma 2000.
- Tognotti E., *Per una storia della malaria in Italia. Il caso della Sardegna*, Franco Angeli, Milano 2008.
- Vigarelo G., *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo a oggi*, Marsilio, Venezia 1987.
- Vigarelo G., *Il sano e il malato. Storia della cura del corpo dal Medioevo a oggi*, Marsilio, Venezia 1996.
- Watts S., *Epidemics and history. Disease, power and imperialism*, Yale University Press, New Haven - London 1997.

Professione medica. Prospettive sociologiche

- Goffman G., *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor books, Garden City (N.Y.) 1961 (trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010).
- Durkheim E., *De la division du travail social*, F. Alcan, Paris 1893. (trad. it. *La divisione del lavoro sociale*, in *Economia e società*, Il Mulino, Bologna 1972).
- Illich I., *Disabling Professions*, in Id. et al., *Disabling professions*, Boyars, New York-London 1977.
- Malatesta M., *Corpi e professioni tra passato e futuro*, Milano 2002.
- Parsons T., *The social system*, Routledge & Kegan P., London 1951.

Geografia, ambiente e clima

- Braudel F., *La Méditerranée et le monde méditerranéen à l'époque de Philippe II*, Armand Colin, Paris 1949 (trad. it. *Civiltà e imperi del Mediterraneo nell'età di Filippo II*, Einaudi, Torino 1986).
- Farinelli F., *Geografia. Un'introduzione ai modelli del mondo*, Einaudi, Torino 2003.
- Febvre L., *La terre et l'évolution humaine. Introduction géographique à l'histoire*, La renaissance du livre, Paris 1922 (trad. it. *La terra e l'evoluzione umana. Introduzione geografica alla storia*, Einaudi, Torino 1970).
- Gambi L., *Una geografia per la storia*, Einaudi, Torino 1973.

- Gourou P., *Les pays tropicaux. Principes d'une géographie humaine et économique*, PUF, Paris 1947.
- Gourou P., *Leçons de géographie tropicale. Leçons données au Collège de France de 1947 à 1970*, Mouton, La Haye 1971.
- Gourou P., *Terres de bonne espérance. Le monde tropical*, Plon, Paris 1982.
- Humboldt A., *Ansichten der Natur*, Cotta, Stuttgart 1808 (trad. it. *Quadri della natura*, La nuova Italia, Scandicci 1998).
- Humboldt A., *Kosmos. Entwurf einer physischen Weltbeschreibung*, 4. voll., Cotta, Stuttgart 1845 (trad. it. *Il cosmo: saggio di una descrizione fisica del mondo*, Del Vaglio, Napoli 1851).
- Sorre M., *Les fondements biologiques de la géographie humaine*, Colin, Paris 1943.
- Taine H., *Philosophie de l'art*, G. Baillière, Paris 1872 (trad. it. *Filosofia dell'arte*, Bompiani, Milano 2001).
- Vidal de La Blache P., *Principes de géographie humaine*, A. Colin, Paris 1955.
- Uexküll J., *Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen*, J. Springer, Berlin 1934 (trad. it. *Ambienti animali e ambienti umani: una passeggiata in mondi sconosciuti e invisibili*, Quodlibet, Macerata 2010).

Razzismo, imperialismo, discriminazione

- Abbattista G., *Umanità in mostra. Esposizioni etniche e invenzioni esotiche in Italia (1880-1940)*, EUT, Trieste 2013.
- Arendt H., *The Origin of Totalitarianism*, Harcourt, Brace and Co., New York 1951 (trad. it. *Le origini del totalitarismo*, Einaudi, Torino 2009).
- Balibar E., Wallerstein I., *Race, nation, classe. Les identités ambiguës*, La découverte, Paris 1988 (trad. it. *Razza, Nazione e Classe. Le identità ambigue*, Edizioni Associate, Roma 1988).
- Barrera G., *The Construction of Racial Hierarchies in Colonial Eritrea: The Liberal and Early Fascist Period, 1897-1934*, in Palumbo P. (ed.), *A Place in the Sun. Africa in Italian Colonial Culture from Post-Unification to the Present*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 2003.
- Barrera G., *Patrilinearity, race, and identity: The upbringing of Italo-Eritreans during Italian colonialism* in Ben-Ghiat R., Fuller M., *Italian Colonialism*, Palgrave London 2005.
- Barrera G., *Dangerous liaisons. Colonial Concubinage in Eritrea, 1890-1941*, Northwestern University Press, Evanston (Illinois) 1996.
- Blanchard P., Boëtsch G., Snoep N., Thuram L., Martin S., *Exhibitions. L'invention du sauvage*, Musée du quai Branly, Paris 2011.
- Blanchard P., Lemaire G., *Culture coloniale. La France conquise par son empire, 1871-1931*, Editions Autrement, Paris 2003.
- Burgio A., Casali L. (a cura di), *Studi sul razzismo italiano*, Clueb, Bologna 1996.
- Burgio A. (a cura di), *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia (1870-1945)*, Il Mulino, Bologna 1999.

- Burgio A., *L'invenzione delle razze*, Manifestolibri, Roma 2001.
- Burgio A., *La guerra delle razze*, Manifestolibri, Roma 2001.
- Centro Furio Jesi (a cura di), *La menzogna della razza. Documenti e immagini del razzismo e dell'antisemitismo fascista*, Grafis, Bologna 1994.
- Cassata F., *“La Difesa della razza”*. *Politica, ideologia e immagine del razzismo fascista*, Einaudi, Torino 2008.
- Cooper F., Stoler A. L., *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1997.
- De Napoli O., *La prova della razza. Cultura giuridica e razzismo in Italia negli anni Trenta*, Le Monnier, Firenze 2009.
- Dore G., *Antropologia e colonialismo nell'epoca fascista. Il razzismo biologico di Lidio Cipriani*, Tipografia 3T, Cagliari 1981.
- Elias N., Scotson J. L., *The Established and the Outsiders*, F. Cass, London 1965 (trad. it. *Strategie dell'esclusione*, Il Mulino, Bologna 2004).
- Fanon F., *Peau noire masques blancs*, Seuil, Paris 1952 (trad. it., *Il negro e l'altro*, Il Saggiatore, Milano 1972).
- Fanon F., *L'an Cinq de la revolution algerienne*, François Maspero, Paris 1959.
- Fanon F., *Les damnés de la terre*, Maspero, Paris 1961 (trad. it., *I dannati della terra*, Einaudi, Torino 2007).
- Febvre L., *Civiltà, evoluzione di un termine e di un gruppo di idee*, in Id., *Problemi di metodo storico*, Einaudi, Torino 1966.
- Foucault M., *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1975-1976*, Seuil, Paris 1997 (trad. it., *Bisogna difendere la società, Corso al Collège de France 1975-1976*, Feltrinelli, Milano 2009).
- Fredrickson G. M., *Breve storia del razzismo: teorie e pratiche della discriminazione dal medioevo a oggi*, Donzelli, Roma 2016.
- Fredrickson G. M., *The black image in the white mind. The debate on afro-american character and destiny, 1817-1914*, Harper & Row, New York 1971.
- Gabrielli G., *Il curriculum «razziale». La costruzione dell'alterità di «razza» e coloniale nella scuola italiana (1860-1950)*, Eum Edizioni Università di Macerata, Macerata 2015.
- Gallini C., *Giochi pericolosi: frammenti di un immaginario alquanto razzista*, Manifestolibri, Roma 2002.
- Gliozzi G., *Le teorie della razza nell'età moderna*, Loescher Editore, Torino 1986.
- Goffman E., *Stigma. Notes on The Management of Spoiled Identity*, Simon & Schuster, New York 1963 (trad. it. *Stigma: l'identità negata*, Ombre corte, Verona 2003).
- Guha R., Spivak G. C., Chakravorty G., *Subaltern Studies, Modernità e (post)colonialismo*, Ombre corte, Verona 2002.
- Lemaine S., Blanchard P., Bances N., Boetsch G., Deroo E. (a cura di), *Zoo umani. Dalla Venere ottentotta ai reality show*, Ombre corte, Verona 2003.
- Lévi-Strauss C., *Race et histoire. Race et culture*, UNESCO, Paris 2001 (trad. it. *Razza e storia. Razza e cultura*, Einaudi, Torino 2001)
- Lévi-Strauss C., *Tristes tropiques*, Plon, Paris 1955 (trad. it. *Tristi Tropici*, Il Saggiatore, Milano 1978).

- Lombardi-Diop C., Giuliani G., *Bianco e nero. Storia dell'identità razziale degli italiani*, Le Monnier, Firenze 2013.
- Kendall T., Zanetti G., *Legge, razza e diritti. La critical race theory negli Stati Uniti*, Diabasis, Reggio Emilia 2005.
- Giozzi G., *Le teorie della razza nell'età moderna*, Loescher Editore, Torino 1995.
- Memmi A., *Portrait du colonisé précédé du portrait du colonisateur*, Buchet Chastel Corrêa, Paris 1957 (trad. it. *Ritratto del colonizzatore e del colonizzato*, Liguori, Milano 1979).
- Memmi A., *Le Racisme: description, définition, traitement*, Gallimard, Paris 1982 (trad. it. *Il Razzismo. Paura dell'altro e diritti della differenza*, Costa & Nolan, Genova-Milano 1989).
- Montagu A., *La razza. Analisi di un mito*, Einaudi, Torino 1966.
- Mosse G., *Toward the final solution. A history of european racism*, Dent, London 1978 (trad. it., *Il razzismo in Europa. Dalle origini all'olocausto*, Laterza, Roma 2010).
- Nani M., *Ai confini della nazione. Stampa e razzismo nell'Italia di fine Ottocento*, Carocci, Roma 2006.
- Sebastiani S., *I limiti del progresso, Razza e genere nell'Illuminismo scozzese*, Il Mulino, Bologna 2008.
- Sorgoni B., *Parole e corpi. Antropologia, discorso giuridico e politiche sessuali interrazziali nella colonia Eritrea (1890-1941)*, Liguori, Napoli 1998.
- Poliakov L., *Il mito ariano. Saggio sulle origini del nazismo e dei nazionalismi*, Editori riuniti, Roma 1999.
- Sarfatti M., *Gli ebrei nell'Italia Fascista*, Einaudi, Torino 2000.
- Ferrari Rubini M., *Le radici del male. L'antisemitismo in Germania: da Bismarck a Hitler*, Il Mulino, Bologna 2001.
- Voegelin E., *Rassen Idee in der Geistesgeschichte*, Junker und Dünnhaupt, Berlin 1933 (trad. it., *Razza. Storia di un'idea*, Medusa Edizioni, Milano 2006).

Storia culturale, antropologia storica

- Burke P., *La storia culturale*, Il Mulino, Bologna 2009.
- Levi G., *L'eredità immateriale. Carriera di un esorcista nel Piemonte del Seicento*, Einaudi, Torino 1985.
- Geertz C., *The interpretation of cultures: selected essays*, Basic Books, New York 1973. (trad. it., *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna 1987).
- Ginzburg C., *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del '500*, Einaudi, Torino 2009.
- Hunt L., *La storia culturale dell'età globale*, Edizioni ETS, Pisa 2010.
- Lanaro P. (a cura di), *Microstoria: a venticinque anni da L'eredità immateriale*, Angeli, Milano 2011.
- Viazzo P. P., *Introduzione all'antropologia storica*, Laterza, Roma-Bari 2009.

Storia delle politiche sociali

- Ewald F., *L'Etat providence*, B. Grasset, Paris 2006.
- Ferrera M., *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 1984.
- Ferrera M., *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna 1993.
- Girotti F., *Welfare state*, Carocci, Roma 1998.
- Mazower M., *Dark continent. Europe's twentieth century*, Penguin Books, London 1999 (trad. it., *Le ombre dell'Europa. Democrazie e totalitarismi del XX secolo*, Garzanti, Milano 2005).
- Paggi L., *Il popolo dei morti*, Il Mulino, Bologna 2009.
- Procacci G., *Assistenzialismo e politiche di controllo sociale nell'Italia liberale e fascista*, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, Modena 2001.
- Procacci G., *Warfare-welfare: intervento dello Stato e diritti dei cittadini (1914-18)*, Carocci, Roma 2013.
- Rapini A., *Lo stato sociale*, Archetipolibri, Bologna 2010.

Medicina e guerra

- Bertschy S., *De la médecine de guerre à la médecine en guerre: administration des blessés et malades de guerre et métamorphoses du champ médical en 14-18*, Thèse de doctorat, sous la direction de F. Rousseau et de F. Buton, Université Montpellier 3, 2018.
- Carden-Coyne A., *The Politics of Wounds. Military Patients and Medical Power in the First World War*, Oxford University Press, Oxford 2014.
- Chanet F., Fredj C., Rasmusse A (sous la dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix 1830-1930*, in «Le Mouvement Social», 257 (2016).
- Colbacchini A., «...pur nell'orgoglio e nella fierezza del dovere compiuto...» *Storia e rappresentazione del corpo mutilato nella Grande Guerra*, Tesi di Laurea Magistrale, Università degli Studi di Padova, a.a. 2009-2010, tutor Carlotta Sorba.
- Cooter R., Harrison M., *War, Medicine and Modernity*, Sutton, Stroud 1998.
- Cooter R., Harrison M., Sturdy S., *Medicine and Modern Warfare*, Rodopi, Amsterdam 1999.
- Cooter R., *Medicine's Militarization? Communication à la II journée Guerre et médecine-Paris 7 février 2004*.
- Cosmacini G., *Guerra e medicina. Dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2011.
- Delaporte S., «Gueules cassées», *les blessés de la face de la Grande Guerre*, Noësis, Paris 1996.
- Delaporte S., «Military Medicine», in Horne J., *A Companion to World War I*, John Wiley & Sons Inc, London 2008.
- Delaporte S., *Médecine et blessures de guerre*, in Audoin-Rouzeau S., Becker J.J., *Encyclopédie de la Grande guerre, 1914-1918*, vol. I (trad. it. a cura di Gibelli A., *La Prima guerra mondiale*, Einaudi, Torino 2014).

- Fredj C., *Médecins en campagne, médecine des lointains: le service de santé des armées en campagne dans les expéditions lointaines du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique)*, Thèse de doctorat, École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris a.a. 2005-2006.
- Gibelli A., *L'officina della guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2017.
- Labanca N., *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, UNICOPLI, Milano 2016.
- MacLeod R., *Scientists*, in J. Winter (ed.), *The Cambridge history of the First World War*, Vol. II. *The State*, Cambridge University Press, New York 2014.
- Prochasson C., Rasmussen A., *Vrai et faux dans la Grande Guerre*, La Découverte, Paris 2004.
- Viet V., *La santé en guerre: 1914 - 1918. Une politique pionnière*, SciencesPo Press, Paris 2015.

Storia dei corpi militari

- Benadusi L., *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia 1896-1918*, Feltrinelli, Milano 2015.
- De Ninno F., *Fascisti sul mare. La Marina e gli ammiragli di Mussolini*, Laterza, Bari-Roma 2017.
- Labanca N., *Il generale Cesare Ricotti e la politica militare italiana dal 1884 al 1887*, USSME, Roma 1986.
- Labanca N. (a cura di), *Guerra e disabilità: mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano 2016.
- Labanca N. (a cura di), *Storie di guerre ed eserciti. Gli studi di storia militare negli ultimi venticinque anni*, Edizioni Unicopli, Milano 2011.
- Labanca N., *Uniformi sul mare, Note sul reclutamento della Marina militare nell'Italia liberale*, in Frascani P. (a cura di), *A vela e a vapore. Economia, culture e istituzioni del mare nell'Italia dell'ottocento*, Donzelli, Roma 2001.
- Morghera D., *Il camice, la divisa, la camicia nera*, Tesi di Laurea in Storia contemporanea, Università di Roma "La Sapienza", a.a 2014-2015.
- Rochat G., *Le guerre italiane 1935-1943. Dall'impero d'Etiopia alla disfatta*, Einaudi, Torino 2009.
- Scala E., *Storia delle fanterie italiane. II: Le fanterie italiane nelle conquiste coloniali*, Tipografia regionale, Roma 1952.
- Zaccaria M., *Guerre coloniali*, Edizioni Corriere della Sera, Milano 2016.

Colonialismo italiano

- Bascherini G., Ruocco G. (a cura di), *Lontano vicino. Metropoli e colonie nella costruzione dello Stato nazionale italiano*, Jovene, Napoli 2016.

- Bekele S., Chelati Dirar U., Volterra A., Zaccaria M. (a cura di), *The First World War from Tripoli to Addis Abeba (1911-1924)*, Centre français des études éthiopiennes, Addis Abeba 2018.
- Bolognari M., *Lo scrigno africano. La memoria fotografica della guerra d'Etiopia custodita dalle famiglie italiane*, Rubettino, Soveria Mannelli 2012.
- Bottoni R. (a cura di), *L'Impero fascista. Italia ed Etiopia, 1935-1941*, Il Mulino, Bologna 2008.
- Calchi Novati G., *Fra Mediterraneo e Mar Rosso. Momenti di politica italiana in Africa attraverso il colonialismo*, Istituto Italo-Africano, Roma 1992.
- Calchi Novati G., *Il Corno d'Africa nella storia e nella politica: Etiopia, Somalia e Eritrea fra nazionalismi, sottosviluppo e guerra*, Società editrice internazionale, Torino 1994.
- Calchi Novati G., *Africa d'Italia. Una storia coloniale e postcoloniale*, Carocci, Roma 2011.
- Chelati Dirar U., Palma S., Triulzi A., Volterra A. (a cura di), *Colonia e postcolonia come spazi diasporici. Attraversamenti di memorie, identità e confini nel Corno d'Africa*, Carocci, Roma 2011.
- Cresti F., *Non desiderare la terra d'altri. La colonizzazione italiana in Libia*, Carocci, Roma 2011.
- Da Ros I., *Lettere di soldati veneti nella guerra di Libia 1911-12*, Grafiche De Bastiani, Godega di S. Urbano 2001.
- Del Boca A., *Gli italiani in Africa orientale*, 4 voll., Laterza, Roma-Bari 1976-1984.
- Del Boca A., *Gli italiani in Libia*, 2 voll., Laterza, Roma-Bari 1986-1988.
- Del Boca A., *I gas di Mussolini. Il fascismo e la guerra d'Etiopia*, Editori Riuniti, Roma 2007.
- Del Boca A., *La nostra Africa. Nel racconto di cinquanta italiani che l'hanno percorsa, esplorata e amata*, N. Pozza, Vicenza 2003.
- Deplano V., Pes A. (a cura di), *Quel che resta dell'impero. La cultura coloniale degli italiani*, Mimesis, Milano-Udine 2014.
- Dominioni M., *Lo sfascio dell'Impero. Gli italiani in Etiopia, 1936-1941*, Laterza, Roma 2008.
- Dore G., Giorgi C., Morone A.A., Zaccaria M. (a cura di), *Governare l'Oltremare. Istituzioni, funzionari e società nel colonialismo italiano*, Carocci, Roma 2013.
- Dore G., *Amministrare l'esotico. L'etnografia pratica dei funzionari e dei missionari nell'Eritrea coloniale*, CLEUP, Padova 2017.
- D'Ippolito L., *Fonti e problemi della politica coloniale italiana. Atti del convegno, Taormina-Messina, 23-29 ottobre 1989*, 2 voll., Ministero per i beni culturali e ambientali, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 1996.
- Ertola E., *In terra d'Africa. Gli italiani che colonizzarono l'impero*, Laterza, Roma-Bari 2017.
- Gresleri G., Massaretti P. G., Zagnoni S. (a cura di), *Architettura italiana d'Oltremare 1870-1940*, Marsilio, Venezia 1993.
- Isnenghi M., *Gli italiani in guerra: conflitti, identità, memorie dal Risorgimento ai nostri giorni*, 7 voll., UTET, Torino 2008-2009.

- Labanca N., (a cura di), *L'africa in vetrina. Storia di musei e di esposizioni coloniali in Italia*, PAGVS Edizioni, Paese (TV) 1992.
- Labanca N., *La politica e l'amministrazione coloniale dal 1922 al 1934*, in E. Collotti (a cura di), *Fascismo e politica di potenza. Politica estera 1922-1939*, La Nuova Italia, Firenze 2000.
- Labanca N., *Posti al sole. Diari e memorie di vita e di lavoro dalle colonie d'Africa*, Museo storico italiano della guerra, Rovereto 2001.
- Labanca N., *Un nodo. Immagini e documenti sulla repressione coloniale italiana in Libia*, Lacaita, Manduria 2002.
- Labanca N., *Oltremare. Storia dell'espansione coloniale italiana*, Il Mulino, Bologna 2002.
- Labanca N., *Una guerra per l'impero. Memorie della campagna d'Etiopia*, Il Mulino, Bologna 2005.
- Labanca N., *Gli italiani e la dimensione dell'impero coloniale*, in Cavalli Sforza L., Piazza A. (a cura di), *La cultura italiana*, vol. I, Utet, Torino 2009.
- Labanca N., *La guerra italiana per la Libia 1911-1931*, Il Mulino, Bologna 2012.
- Labanca N. *La guerra d'Etiopia. 1935-1941*, Il Mulino, Bologna 2015.
- L'Istituto agronomico per l'Oltremare. La sua storia*, Masso delle fate, Signa 2007.
- Mamone G., *Soldati italiani in Libia. Trauma, scrittura, memoria (1911-1912)*, Milano, Unicopli, 2016.
- Miran J., *Red sea citizens: cosmopolitan society and cultural change in Massawa*, Indiana University Press, Indianapolis 2009.
- Pankhurst R., *An Introduction to The Medical History of Ethiopia*, Red Sea Press, Trenton (N.J.) 1990.
- Potestà P., *Il mito dell'impero. Economia, politica e lavoro nelle colonie italiane dell'Africa orientale 1898-1941*, Giappichelli, Torino 2004.
- Rosoni I., *La colonia eritrea. La prima amministrazione coloniale italiana, 1880-1912*, EUM, Macerata 2006.
- Rosoni I., Chelati Dirar U., *Votare con i piedi. La mobilità degli individui nell'Africa coloniale italiana*, Centro edizioni Università di Macerata, Macerata 2012.
- Rochat G., *Il colonialismo italiano. Documenti*, Loescher, Torino 1973.
- Rochat G., *Militari e politici nella preparazione della campagna d'Etiopia. Studio e documenti 1932-1936*, Franco Angeli, Milano 1971.
- Scardigli M., *Il braccio indigeno. Ascari, irregolari e bande nella conquista dell'Eritrea 1885-1911*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Spadaro B., *Una colonia italiana. Incontri, memorie e rappresentazioni tra Italia e Libia*, Le Monnier, Firenze 2013.
- Stefani G., *Colonia per maschi. Italiani in Africa Orientale: una storia di genere*, Ombre corte, Verona 2007.
- Taddia I., *L'Eritrea-colonia 1890-1952: paesaggi, strutture, uomini del colonialismo*, Franco Angeli, Milano 1986.
- Volterra A., *Sudditi coloniali. Ascari eritrei 1935-1941*, Franco Angeli, Milano 2005.
- Zaccaria M., *Anch'io per la tua bandiera. Il V battaglione ascari sul fronte libico*, Giorgio Pozzi Editore, Ravenna 2012.

Zaccaria M., *Lo spazio dei credenti e i confini della colonia. Il pellegrinaggio a Mecca e il colonialismo italiano*, in Chelati Dirar U., Palma S., Triulzi A., Volterra A. (a cura di), *Colonia e postcolonia come spazi diasporici. Attraversamenti di memorie, identità e confini nel Corno d'Africa*, Carocci, Roma 2011.

Colonialismo e discipline (geografia, antropologia, diritto)

Martone L., *Diritto d'oltremare: legge e ordine per le colonie del Regno d'Italia*, Giuffrè Editore, Milano, 2007.

Martone L., *Giustizia coloniale. Modelli e prassi penale per i sudditi d'Africa dall'età giolittiana al fascismo*, Jovene, Napoli 2002.

Mazzacane A., *Oltremare. Diritto e istituzioni dal colonialismo all'età postcoloniale*, Cuen, Napoli 2006.

Monina G., *Il consenso coloniale. Le società geografiche e l'Istituto coloniale italiano (1896-1914)*, Carocci, Roma 2002.

Puccini S., *L'uomo e gli uomini: scritti di antropologi italiani dell'ottocento*, CISU, Roma 1991.

Puccini S., *Andare lontano. Viaggi ed etnografia nel secondo ottocento*, Carocci, Roma 1999.

Singaravelou P., *L'empire des géographes, Géographie, exploration et colonisation*, Belin, Paris 2008.

Sorgoni B., *Etnografia e colonialismo. L'Eritrea e l'Etiopia di Alberto Pollera (1873-1939)*, Bollati Boringhieri, Torino 2001.

Propaganda, mass media

Cannistraro P. V., *La fabbrica del consenso. Fascismo e mass media*, Laterza, Roma 1975.

Deplano V., *L'Africa in casa. Propaganda e cultura coloniale nell'Italia fascista*, Le Monnier, Firenze 2015.

Isnenghi M., *Il radioso maggio africano del «Corriere della Sera»*, in Id., *Intellettuali militanti e intellettuali funzionari. Appunti sulla cultura fascista*, Einaudi, Torino 1979.

Forti Messina A., *La guerra spiegata alle donne. L'impresa di Libia nella stampa femminile (1911-1912)*, Biblink, Roma 2011.

Gentili S., Nardi I. (a cura di), *La grande illusione: opinione pubblica e mass media al tempo della Guerra di Libia*, Morlacchi, Perugia 2009.

Gibelli A., *Il popolo bambino, infanzia e nazione dalla grande guerra a Salò*, Einaudi, Torino 2005.

Goglia L. (a cura di), *Storia fotografica dell'impero fascista, 1935-1941*, Laterza, Roma-Bari, 1986.

Goglia L., *Colonialismo e fotografia. Il caso italiano*, Sicania, Messina 1989.

- Labanca N., Zadra C. (a cura di), *Capire la propaganda di guerra*, in *Costruire un nemico. Studi di storia della propaganda di guerra*, Unicopli, Milano 2011.
- Labanca N., *Guerre coloniali e guerre europee. Il problema del nemico* in Gribaudi G. (a cura di), *Le guerre del novecento*, L'ancora del Mediterraneo, Napoli 2007.
- Mazzei L., *L'occhio insensibile. Cinema e fotografia durante la prima Campagna di Libia (1911-1913)* in E. Menduini, L. Marmo, *Fotografia e culture visuali del XXI secolo*, Vol. II, Roma Tre-Press, Roma 2018.
- McLuhan M., *Understanding media. The extensions of man*, The new american library, New York 1964.
- Mignemi A., *Immagine coordinata per un impero. Etiopia 1935-36*, Gruppo editoriale Forma, Torino 1983.

Regime e ideologia fascista

- Aquarone A., *L'organizzazione dello Stato totalitario*, Einaudi, Torino 1965.
- Benadusi L., *Il nemico dell'uomo nuovo: l'omosessualità nell'esperimento totalitario fascista*, Feltrinelli, Milano 2005.
- Collotti E., *Fascismo, fascismi*, Sansoni, Firenze 1990.
- Collotti E. (a cura di), *Fascismo e politica di potenza: politica estera, 1922-1939*, La Nuova Italia, Firenze 2000.
- Gentile E., *Le origini dell'ideologia fascista (1918-1925)*, Il Mulino, Bologna 1996.
- Gentile E., *Il culto del littorio: la sacralizzazione della politica fascista*, Laterza, Roma 2005.
- Mosse G. L., *Masses and Man. Nationalist and Fascist Perceptions of Reality*, Howard Fertig Inc., New York 1980 (trad. it. *L'uomo e le masse nelle ideologie nazionaliste*, Laterza, Roma-Bari 2002).
- Preti D., *La modernizzazione corporativa. 1922-1940*, Franco Angeli, Milano 1984.
- Preti D., *Economia e istituzioni dello Stato fascista*, Editori Riuniti, Roma 1980.
- Turi G., *Il fascismo e il consenso degli intellettuali*, Il Mulino, Bologna 1980.

Scienza, politica, eugenetica

- Betta E., *Animare la vita: disciplina della nascita tra medicina e morale nell'ottocento*, Il Mulino, Bologna 2006.
- Cassata F., *Il fascismo razionale. Corrado Gini fra scienza e politica*, Carocci, Roma 2006.
- Cassata F., *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- Christelle R., *Fields of expertise. A comparative history of expert procedures in Paris and London, 1600 to present*, Cambridge Scholars, Newcastle 2007.
- Di Giovanni M., *Scienza e potenza. Miti della guerra moderna, istituzioni scientifiche e politica di massa nell'Italia fascista, 1935-1945*, Zamorani, Torino 2005.
- Ipsen C., *Demografia totalitaria. Il problema della popolazione nell'Italia fascista*, Il Mulino, Bologna 1997.

- Israel G. e Nastasi P., *Scienza e razza nell'Italia fascista*, Il Mulino Bologna 1998.
- Maiocchi R., *Scienza italiana e razzismo fascista*, La Nuova Italia, Firenze 1999.
- Maiocchi R., *Scienza e fascismo*, Carocci, Roma 2004.
- Mantovani C., *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2004.
- Montaldo S. (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, Il Mulino, Bologna 2010.
- Padovan D., *Saperi strategici: le scienze sociali e la formazione dello spazio pubblico italiano fra le due guerre mondiali*, Franco Angeli, Milano 1999.
- Pogliano C., Cassata F. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali XXVI. Scienze e cultura dell'Italia unita*, Einaudi, Torino 2011.
- Pogliano C., *L'ossessione della razza. Antropologia e genetica nel XX secolo*, Edizioni della Normale, Pisa 2005.