

CAPITOLO I

L'ORGANIZZAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA NEL PERIODO LIBERALE

1. La difficile compatibilità tra l'ideologia liberale e l'amministrazione sanitaria.

Il 17 Marzo 1861 fu promulgata la legge n. 4671 che proclamava la nascita del Regno d'Italia, dando inizio a un lungo processo di unificazione politica e amministrativa. Passare da un'Italia divisa in sette Stati a un paese unito, significava necessariamente adottare una nuova organizzazione statale che, tuttavia, non doveva allontanarsi dalle tradizioni liberali: i pubblici poteri dovevano rispettare i diritti e le libertà del cittadino¹.

Giorgio Berti ne *La responsabilità pubblica* dipinge l'organizzazione amministrativa liberale come una "macchina generatrice di autorità", che permetteva il funzionamento dello Stato attraverso atti che avevano natura imperativa². D'altro canto, l'autorità rischiava di piegare le libertà dei singoli, di violarle. La difficoltà di creare l'organizzazione di un nuovo Stato stava proprio nel far coesistere questi due elementi. In ambito sanitario, poi, il governo e le autorità locali dovevano redigere atti amministrativi che rispettassero la libertà privata ed il libero esercizio dei diritti individuali³.

Un altro elemento che rese difficoltosa la delineazione di un'amministrazione burocratica compatibile con l'ordinamento liberale fu il conflitto tra l'elemento tecnico e quello amministrativo. L'igiene e la sanità erano la branca di intervento dell'amministrazione statale che fece registrare, più che altrove, questa divergenza⁴. All'indomani dell'Unità d'Italia, infatti, si sviluppò un acceso dibattito circa l'architettura e i poteri da conferire alle istituzioni sanitarie. La principale problematica non era se tutelare e controllare la salute pubblica istituendo un'amministrazione sanitaria centralizzata, ma come conciliare questo modello con l'impianto liberale che si voleva reggesse il nuovo Stato. La presenza o meno di funzionari tecnici nella pubblica amministrazione e la scelta

¹ S. PERONGINI (a cura di), *Al di là del nesso autorità/libertà: tra legge e amministrazione*, Torino, Giappichelli, 2017, p. 7.

² G. BERTI, *La responsabilità pubblica: costituzione ed amministrazione*, Padova, CEDAM, 1997, p. 202.

³ F. DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria dall'unità a Crispi*, in «Studi storici», n.4, 1980, pp. 745-746.

⁴ S. CASSESE, *L'amministrazione centrale*, in *Storia della società italiana dall'unità a oggi*, IX, Torino, Utet, 1984, p. 126.

degli eventuali poteri da attribuire loro (esecutivo, solamente consultivo, ecc..) furono controversie di non facile né immediata risoluzione⁵.

Per fare un esempio, al regio decreto Rattazzi 3793 del 1859 (ovvero la norma che cercò di ridisegnare la geografia amministrativa dello Stato) si rimproverava di recepire la preponderanza assoluta dell'elemento amministrativo a detrimento di quello tecnico. Tale normativa, riprodotta in seguito nella legge del 1865 sull'amministrazione provinciale e comunale, prevedeva la concentrazione totale dei poteri nella catena burocratica: Ministro, prefetto, sotto prefetto e sindaco, con tre livelli di consigli ovvero quello comunale, quello provinciale e quello superiore sanitario. Il servizio sanitario veniva affidato alle ordinarie autorità amministrative, all'insegna di un concetto di difesa sociale dalle malattie contagiose, ma tale difesa ancora non includeva il concetto di prevenzione e, dunque, non vi era ancora un collocamento adeguato per i funzionari tecnici esperti in materia⁶.

Se nel periodo preunitario la classe medica aveva gestito un potere decisionale in gran parte autonomo rispetto al potere dello Stato, dopo il 1861, al contrario, la relazione tra autorità mediche e potere statale doveva essere rifondata su nuove basi. La classe medica doveva proporsi semplicemente come portatrice di un sapere tecnico e specialistico che fosse consono agli interessi dello Stato⁷.

Con il passare degli anni, poi, si affermò nel paese il cosiddetto movimento igienista, favorevole a creare un autonomo statuto scientifico improntato alla prevenzione e che intendeva legittimare la presenza di personale tecnico nella pubblica amministrazione, definendone i ruoli, le competenze e i margini di azione⁸.

2. La legge di unificazione amministrativa del 1865

2.1. L'estensione del sistema piemontese alla penisola italiana

La creazione della struttura amministrativa che avrebbe caratterizzato il Regno d'Italia fino a inizio Novecento fu realizzata in un arco di tempo relativamente breve. Tra il 1860 ed il 1865, infatti, si scontrarono due principali pensieri politici: il primo preferiva valorizzare le autonomie locali: l'altro era propenso a creare un ordinamento amministrativo uniforme per tutto il Regno. A prevalere fu proprio quest'ultima corrente di pensiero. Il governo Rattazzi, avvalendosi del pieno potere concessogli in quel momento storico per far

⁵ R. CEA, *Il governo della salute nell'Italia liberale: stato, igiene e politiche sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2019, p. 65.

⁶ S. CASSESE, *L'amministrazione centrale*, in *Storia della società italiana dall'unità a oggi*, IX, Torino, Utet, 1984, pp.126-127.

⁷ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 59.

⁸ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 65.

fronte alla Seconda Guerra d'Indipendenza, estese all'intera penisola il modello amministrativo sardo-piemontese attraverso il Regio decreto del 20 Novembre 1859 n. 3793⁹. Questo modello, che prese ispirazione dalla forma francese, era il frutto di progetti e discussioni che si svolsero lungo tutto il decennio 1849-1859¹⁰.

La mancata promulgazione di regolamenti attuativi di tale Regio decreto rese, tuttavia, quest'ultimo una misura contingente e provvisoria. Le sue disposizioni rischiavano di essere superate in seguito a un'eventuale riorganizzazione degli enti locali. Inoltre, non tardarono a emergere critiche e obiezioni al sistema previsto dal decreto, ritenuto deficitario da parte degli abitanti della *ex* Lombardia austriaca, la quale, essendo stata annessa al Regno di Sardegna si era trovata imperativamente a dover cambiare forma amministrativa¹¹.

Le criticità sorte dalla mancata previsione di regolamenti attuativi e le contestazioni mosse dalle nuove province *ex* austriache furono superate nel 1865, con la promulgazione nel Regno d'Italia della legge per l'unificazione amministrativa del 20 marzo n.2248, la quale prevedeva definitivamente l'estensione a tutta la penisola del sistema piemontese¹². Questa legge, conosciuta anche come legge Rattazzi, realizzò una vera e propria codificazione del diritto pubblico attraverso sei allegati che vertevano su sei temi di grande importanza: la legge comunale e provinciale (all. A), la legge di pubblica sicurezza (all. B) e di sanità pubblica (all. C), la legge sul Consiglio di Stato (all. D) e sul contenzioso amministrativo (all. E), la legge sulle opere pubbliche (all. F)¹³.

2.2. La struttura amministrativa

Le caratteristiche principali del sistema piemontese erano il "centralismo" e la previsione di una suddivisione gerarchica dell'amministrazione: il governo poteva così esercitare un vasto controllo sulle sedi locali attraverso la figura del prefetto¹⁴. La suddetta suddivisione gerarchica contemplava una divisione per livelli: province, circondari, mandamenti e comuni¹⁵. Le province nacquero nel 1840 come enti autonomi. Il regno unitario si servì di questi enti per creare un legame intermedio tra Stato e comuni. Più nello specifico, le province altro non erano che un insieme di "comuni minori" nel circondario

⁹ G. FINI, *La nascita dello Stato unitario*, in «*Libri e periodici e stampe- biblioteca della camera dei deputati*», p. 77.

¹⁰ <https://www.150anni.it/web/index.php?s=36&wid=95>

¹¹ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 67.

¹² CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 68.

¹³ G. FINI, *La nascita dello stato unitario*, cit., p.79.

¹⁴ M.T. DE NIGRIS, *Evoluzione dell'ufficio del segretario generale nell'amministrazione del comune di Roma*, in «Gabinetto del segretario generale», 1901-1921, p.1.

¹⁵ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato A-art. 1., citata in DE NIGRIS, *Evoluzione dell'ufficio del segretario*, cit., p.1.

delle città principali italiane. Esse erano le sedi del decentramento dello Stato, al cui vertice si trovava la figura del prefetto come rappresentante del governo¹⁶. Il prefetto poteva essere considerato come il pilastro centrale dell'amministrazione, in cui quest'ultima rispecchiava e riuniva le proprie vocazioni: l'accentramento politico ed amministrativo e il decentramento burocratico¹⁷. Egli vegliava su tutte le pubbliche amministrazioni e, in caso di urgenza e ove lo ritenesse necessario, aveva il potere di adottare provvedimenti nei diversi rami di servizio. Il contributo dei prefetti fu fondamentale per l'effettiva realizzazione dell'Unità nazionale, perché essi furono in grado di far confluire l'immagine del nuovo stato verso gli enti locali¹⁸.

Per quanto riguarda i circondari, essi erano semplicemente delle circoscrizioni amministrative e, dunque, delle suddivisioni delle province con funzioni esclusivamente di amministrazione. I circondari potevano essere divisi in mandamenti e questi ultimi comprendevano più comuni. Essi assicuravano un'ulteriore realizzazione del principio di decentramento¹⁹.

I comuni erano pertanto la "cellula base dell'ordinamento", della sequenza dei diversi livelli amministrativi. In essi erano obbligatoriamente previsti un consiglio comunale elettivo, una giunta municipale ed un ufficio comunale. Il sindaco, nominato fra i consiglieri, era un funzionario del governo al quale lo stato poteva demandare determinati compiti. La legge 2248/1865 definiva il sindaco come "capo dell'amministrazione comunale e ufficiale del governo": per un verso egli era il soggetto rappresentativo della comunità locale, per un altro, al contrario, era l'anello terminale del potere centrale. Il comune godeva di una relativa autonomia finanziaria. Oltre alle spese facoltative, però, la legge del 1865 prescriveva una serie di spese obbligatorie che gravavano sull'autonomia dell'ente. I comuni erano concepiti come "terminali periferici di politiche pubbliche delle quali essi non potevano in alcun modo determinare la gestione e l'orientamento"²⁰.

2.3. Il nuovo assetto sanitario: l'allegato C della legge del 1865

Negli anni precedenti all'Unità d'Italia vi fu un crescente dibattito riguardo la

¹⁶ G. PALOMBELLI, *Evoluzione delle circoscrizioni provinciali dall'unità d'Italia ad oggi*, 2012, p. 5.

¹⁷ A. PELLICANI, *Il prefetto nell'Italia unita*, in «Studi storici», Istituto Gramsci Editore, 1968, p. 432.

¹⁸ LEGGE 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato A-art. 3. Inoltre, G. GRÜNER, *Il prefetto e l'organizzazione amministrativa periferica dello stato*, in *A 150 anni dall'unificazione amministrativa Italiana Vol. I*, a cura di R. Cavallo Perin, A. Police, F. Saitta, Pisa, 2016.

¹⁹ M. GIOMARO, *Ancora sul tribunale di Urbino (la sua travagliata storia in relazione al rischio di soppressione)*, in *Studi urbinati - A scienze giuridiche, politiche ed economiche*, 2013

²⁰ G. MELIS, *Storia dell'amministrazione Italiana*, Bologna, Il Mulino, 1861-1993, p. 78.

struttura da applicare e i poteri da conferire alle istituzioni sanitarie. Nel 1865, però, l'assetto della sanità fu stabilito con l'omogeneizzazione dell'ordinamento statale, attuato attraverso l'allegato C della legge per l'unificazione amministrativa, il quale avrebbe costituito il fondamento dell'amministrazione sanitaria per il successivo ventennio. La competenza in materia sanitaria diveniva in questo modo una delle prerogative base dello Stato liberale²¹.

L'allegato C riprendeva con alcune modifiche il dettato della legge del 1859, che delineava il governo della sanità secondo il modello che era stato utilizzato tra il 1847 e il 1851 in Piemonte. Le magistrature sanitarie indipendenti erano state abolite e la tutela della sanità era stata affidata al Ministro dell'Interno, assistito dal Consiglio Superiore di Sanità. Alle dipendenze del Ministro vi erano i prefetti, affiancati dai consigli sanitari provinciali, mentre i sotto-prefetti erano coadiuvati dai consigli sanitari di circondario²².

I consigli sanitari erano organi collegiali, i cui membri venivano selezionati tra i maggiori esperti nel campo sanitario (professori, medici e farmacisti), ma anche tra esperti in materie giuridiche ed amministrative²³. I consiglieri sanitari erano adibiti a preservare la sanità pubblica (compreso il controllo delle epizootie, ovvero della diffusione di massa di una malattia infettiva sugli animali) e vegliavano sull'osservanza di leggi e regolamenti in materia sanitaria. Nei casi in cui lo ritenevano opportuno, potevano proporre all'autorità superiore dei provvedimenti²⁴. I loro controlli riguardavano specialmente i luoghi pubblici come ospedali, scuole e cimiteri oppure, ad esempio, i luoghi di detenzione e gli stabilimenti industriali. Se ritenuto necessario dal Ministro o dai prefetti, uno o più consiglieri venivano delegati all'ispezione dei luoghi sopraccitati²⁵. Nel caso in cui questi ultimi avessero avuto degli indizi sulla presenza di sostanze nocive in alimenti che avrebbero potuto pregiudicare la sanità pubblica, essi potevano procedere al controllo dei locali di stoccaggio di tali alimenti²⁶.

Oltre ai controlli di questo tipo, veniva sottoposta a sorveglianza anche la legalità di esercizio delle professioni sanitarie²⁷. Era infatti previsto il conseguimento di un titolo di laurea per l'esercizio della medicina e della chirurgia, la quale doveva anche essere notificata presso il comune di appartenenza del *neo* medico. Ai titolari di farmacie era invece

²¹ CEA, *Il governo della salute*, cit., pp. 66-67.

²² M. SORESINA, *Sanità pubblica (all.C)*, in «L'unificazione amministrativa (Legge 20 Marzo 1865, n. 2248) e l'evoluzione postunitaria», Bologna, Il Mulino, 2015, p. 180. Sul punto si veda anche la Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 1.

²³ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 4., citata in M. SORESINA, *Sanità pubblica (all.C)*, cit., p.180.

²⁴ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 15.

²⁵ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 16.

²⁶ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 19.

²⁷ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 17.

richiesto il diploma universitario oltre all'autorizzazione ministeriale a svolgere la loro attività²⁸.

I consigli sanitari davano pareri al Ministro su tutto ciò che poteva interessare la sanità pubblica, anche attraverso la raccolta di dati di statistica igienica e medica²⁹. Si può concludere sottolineando come la loro funzione fosse quasi esclusivamente di tipo consultivo.

Analoghe facoltà erano attribuite ai consigli sanitari provinciali e a quelli di circondario, composti anch'essi in prevalenza da medici e da personale tecnico³⁰.

A livello comunale i soggetti preposti alla vigilanza dell'osservanza delle leggi e dei regolamenti in ambito sanitario erano i sindaci³¹. Essi dovevano vigilare che non vi fossero in commercio prodotti alimentari, bevande o oggetti nocivi per la salute pubblica. Il sindaco assicurava, inoltre, di far rimuovere eventuali cause di insalubrità, scaturite da abitazioni e siti privati, al vicinato³².

Oltre all'allegato C, incentrato totalmente sulla materia sanitaria, un altro provvedimento importante si collocava in un'altra sezione della legge del 1865: l'articolo 116 dell'allegato A prevedeva delle spese obbligatorie in capo ai comuni e una di queste venti spese obbligatorie, che rappresentava un'importante innovazione, riguardava l'impiego sanitario dei medici, dei chirurghi e delle levatrici a servizio dei poveri³³.

3. Le riforme crispine

3.1. Il codice sanitario del 1888

La legge del 1865 fece chiarezza sull'organizzazione sanitaria del paese, ma con l'applicazione concreta della normativa e con il passare degli anni emersero alcune carenze. Innanzitutto, il fatto che tale legge si basasse su un impianto "liberale" faceva sì che l'intervento del governo e delle autorità locali negli atti amministrativi sanitari dovesse rispettare il più possibile la libertà del singolo. Di conseguenza, l'operato non era mai abbastanza incisivo per porre rimedio alle eventuali problematiche che si presentavano. Al centro del dibattito rimaneva sempre il diritto del singolo cittadino e la sua libertà privata. Nel 1870, ad esempio, venne resa obbligatoria la vaccinazione antivaaiolosa per alcune categorie di persone, ma non passò molto tempo prima che la disposizione venisse

²⁸ SORESINA, *Sanità pubblica*, cit., p.182

²⁹ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 20 e 21.

³⁰ SORESINA, *Sanità pubblica*, cit., p. 69.

³¹ Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 28.

³² Legge 20 Marzo 1865, n. 2248, allegato C – art. 29.

³³ SORESINA, *Sanità pubblica*, cit., p. 182

soppressa, perché le autorità ministeriali pensavano che l'obbligo urtasse con la libertà dell'individuo³⁴.

Del resto, nel corso di un dibattito in Senato in merito all'affollamento delle abitazioni private, il relatore Carlo Burci così si rivolgeva all'aula: «Ma possiamo poi noi entrare nelle case dei privati? Possiamo noi ordinare che [in] una stanza che sarebbe capace per esempio di quattro individui non ve ne dovessero propriamente stare che quattro? E se al proprietario piacesse di metterne otto, si dovrebbe andare a verificare? E come verificare? E chi ne dà il diritto?»³⁵.

Un secondo problema riguardava, poi, il funzionamento dei consigli sanitari, che operavano bene “sulla carta” ma non sempre all'atto pratico. Si trattava di organi composti in gran parte da medici, i quali non potevano tralasciare la propria attività professionale per dedicarsi a delle mansioni a titolo gratuito, le quali, oltretutto, spesso erano dei semplici pareri non vincolanti³⁶.

I gruppi politici, ma anche gran parte dell'opinione pubblica, non si resero immediatamente conto della gravità dei problemi sanitari e dell'insufficienza della norma del 1865³⁷. Ad accorgersi della situazione, e dunque a capire che vi era la necessità di un'ulteriore ristrutturazione del sistema che andasse a potenziare ciò che era stato fatto negli anni passati, fu la stessa categoria dei sanitari³⁸. Essi presero consapevolezza del fatto che la sanità pubblica stava piano piano andando in degrado.

La condizione in cui versava l'Italia era quella di un paese povero, con abitanti malnutriti e la presenza di svariate malattie altamente infettive, con un tasso di mortalità altissimo sin dai primi anni di vita dei bambini. I primi dati risalenti al 1863 parlavano di una media di 232 bambini morti nel primo anno di vita ogni 1000. Un dato ancora più allarmante era che in media il 30% dei decessi in Italia fosse causato proprio dalle malattie infettive³⁹. Percentuale che arrivò a sfiorare il 50% nel triennio 1863-65⁴⁰.

Grazie alle pressioni dell'associazione dei medici italiani, i quali puntarono a fare leva sui potenziali disastri economici cui la malasànità del paese avrebbe portato⁴¹, venne nominata una commissione che, nel 1872, presentò al Senato un progetto di legge, il

³⁴ DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria*, cit., pp 745-746.

³⁵ SENATO, *Discussioni, tornata del 13 marzo 1873*, in *Atti parlamentari*, p. 1412.

³⁶ DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria*, cit., p. 747.

³⁷ DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria*, cit., p. 751.

³⁸ DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria*, cit., p. 752.

³⁹ L.C. TESSORE, *La prima grande riforma Italiana*, in «Studio Cataldi il diritto quotidiano» 2020, p. 1.

⁴⁰ DELLA PERUTA, *Riforma sanitaria delle Opere Pie*, in *Francesco Crispi Costruire lo stato per dare forma alla nazione*, a cura di A. Ricci, L. Montevecchi, p. 271.

⁴¹ DELLA PERUTA, *Riforma sanitaria*, cit., p. 280.

cosiddetto “Codice Lanza”⁴². Il codice era decisamente più articolato rispetto alle leggi del passato ma, considerato nella sua interezza, non presentava grandi innovazioni⁴³ e venne aspramente criticato da alcuni senatori per non aver previsto, ancora una volta, un adeguato numero di tecnici con un ruolo degno della loro preparazione. Infine, il progetto del codice Lanza venne abbandonato, in quanto il testo non arrivò mai alla Camera⁴⁴.

Il dibattito riprese vigore nel 1880 quando il Ministro dell’interno Depretis affidò al medico parlamentare Bertani il compito di presentare un nuovo piano di riforma sanitaria. Quest’ultimo, alla fine del 1885, presentò il suo lavoro sotto il titolo di «Codice per la pubblica igiene»⁴⁵.

La proposta di Bertani era incentrata sul riconoscimento dell’importanza della pubblica igiene. Il “dovere dello stato” era proprio quello di tutelare la pubblica igiene e agire in modo preventivo per evitare qualunque tipo di minaccia alla salute dei cittadini⁴⁶. Lo Stato doveva integrare l’azione dei privati (o sostituirla del tutto)⁴⁷. Quando non fosse stato possibile agire preventivamente, si sarebbe dovuto provvedere *ex post*⁴⁸.

Le autorità civili venivano estromesse quasi del tutto dall’amministrazione per essere sostituite dai funzionari tecnici inquadrati in una nuova gerarchia: medici provinciali, ispettori di circondario e medici condotti. Tutte queste figure dovevano essere completamente indipendenti rispetto alla restante parte dell’amministrazione pubblica. Ad adempiere al dovere della tutela della pubblica igiene era incaricato un “magistrato superiore d’igiene pubblica” nominato dal ministero dell’interno ed i suoi funzionari: medici provinciali, ispettori di circondario e medici condotti. Il magistrato superiore era una sorta di sottosegretario di Stato ed era l’organizzatore ma anche il promotore di tutte le misure relative alla sanità: la sua sfera di competenze era assai ampia, ma essenzialmente egli doveva decretare e revocare le norme per evitare la propagazione delle malattie infettive, sorvegliare le istituzioni sanitarie ed educative e i luoghi di reclusione, stabilire «le discipline speciali per le industrie insalubri nei rapporti sanitari», fissare la durata del lavoro giornaliero nei rami di industria particolari e disporre «le cautele igieniche da imporsi ai capi industriali, proprietari, cottimisti, fittabili, imprenditori di miniere e di lavori pubblici in genere»⁴⁹. Con questa nuova gerarchia di funzionari tecnici venivano quasi totalmente

⁴² DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria*, cit., p. 752.

⁴³ DELLA PERUTA, *Riforma sanitaria*, cit., p. 281.

⁴⁴ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 75.

⁴⁵ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 73.

⁴⁶ CRISPI. *Costruire lo Stato*, cit., p. 282.

⁴⁷ DELLA PERUTA, *Riforma sanitaria*, cit., p. 282.

⁴⁸ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 77.

⁴⁹ CRISPI. *Costruire lo Stato*, cit., p. pag. 283.

estromesse le autorità civili dall'amministrazione della società⁵⁰. Secondo Bertani, il sapere medico e quindi la "tecnicità" dei funzionari erano condizioni essenziali per una buona politica sanitaria finalizzata alla salvaguardia del cittadino, non tanto a livello umanitario ma come forma produttiva dello Stato⁵¹.

Con la fine del governo Depretis il grande progetto di riforma di Bertani rischiava di essere messo da parte, ma fortunatamente venne preso in eredità dai suoi successori⁵². Nel 1876 il Re Umberto I chiese a Francesco Crispi di assumere *ad interim* il ruolo di Ministro degli Esteri e il 7 agosto dello stesso anno Crispi divenne Presidente del Consiglio. Egli era consapevole della condizione in cui versava l'Italia e decise così di iniziare un'imponente opera di riorganizzazione della sanità pubblica⁵³.

Grazie alla collaborazione di un noto professore di Igiene all'università di Torino, il professor Pagliani⁵⁴, il neopresidente decise di recuperare il progetto Bertani e di adattarlo ai cambiamenti sopraggiunti nell'organizzazione dello Stato, rendendolo più snello ed adeguato ai tempi caratterizzati dal dilagare delle malattie endemico- pandemiche⁵⁵.

A differenza delle elaborazioni passate, il nuovo progetto presentava pochi articoli di fondamentale importanza e questo garantì la rapida approvazione da parte delle Camere. Un altro aspetto che abbreviò i tempi di discussione fu il fatto che Crispi non avesse previsto di creare una vera e propria Direzione della sanità, limitandosi a indicare come organo preposto alla vigilanza sull'igiene e la sanità il Ministero dell'interno. Peraltro, questa omissione rischiò di diventare un problema negli anni successivi perché la Direzione di sanità correva il rischio di essere soppressa con la stessa facilità con la quale era stata istituita⁵⁶.

L'idea di Crispi non era quella di dare avvio ad uno Stato di tipo sociale, ma di limitarsi a perfezionare le strutture appartenenti allo Stato liberale dell'800.

Il suo progetto intendeva creare un'amministrazione dotata di uno spazio proprio e che quindi non andasse a confondersi con la dirigenza politica⁵⁷. La legge Crispina voleva

⁵⁰ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 78.

⁵¹ A. BERTANI, *Sullo schema del codice per la pubblica igiene. relazione all'onorevole Ministro dell'interno Depretis*, Milano, 1880.

⁵² P. FERRI, *L'intervento statale in materia di igiene e sanità pubblica*, in *Atti della commissione parlamentare di inchiesta sulla miseria in Italia e sui mezzi per combatterla*, vol. XI, a cura della CAMERA DEI DEPUTATI, 1953, p. 177.

⁵³ TESSORE, *La prima grande riforma*, cit., p.1.

⁵⁴ M. DI SIMONE, *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato*, 2002, p.1.

⁵⁵ FERRI, *L'intervento statale*, cit., pp. 177-178.

⁵⁶ DI SIMONE, *Politiche sanitarie*, cit., p. 143.

⁵⁷ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 78.

recepire le principali critiche formulate nei confronti del sistema sanitario accentrato preesistente, partendo dal presupposto che gli enti locali dovessero avere una maggiore autonomia e che si dovessero rimuovere le norme che limitavano la loro attività⁵⁸.

La legge n. 5849 per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica venne definitivamente approvata il 22 Dicembre 1888, sostituendo quello che aveva stabilito l'allegato C⁵⁹. Grazie alla riforma veniva data una unità strutturale completa all'amministrazione sanitaria, la quale veniva sottoposta al controllo del Ministero dell'interno⁶⁰. Sotto la dipendenza del ministero si trovavano ancora i prefetti, sottoprefetti e sindaci⁶¹.

La legge crispina istituiva inoltre un'importante figura responsabile dei servizi di igiene e di sanità pubblica: gli ufficiali sanitari⁶². L'ufficiale sanitario era il soggetto incaricato della vigilanza delle condizioni igienico sanitarie a livello comunale. Ove non vi fossero altri medici, l'ufficiale coincideva con il medico condotto⁶³. L'ufficiale sanitario era alla base della gerarchia amministrativa, si trovava alle dipendenze del medico provinciale e doveva tenere quest'ultimo sempre informato⁶⁴: doveva denunciargli eventuali trasgressioni alla legge o ai regolamenti, nonché qualsiasi fatto che interessasse la pubblica sanità e che potesse quindi essere oggetto di straordinari provvedimenti⁶⁵.

Anche il medico provinciale, in qualità di funzionario del Ministero dell'Interno, era una innovazione della legge del 1888. Egli rappresentava l'anello di congiunzione tra i corpi consultivi e l'amministrazione attiva⁶⁶. Il medico provinciale vigilava sul servizio di sanità comunale e sulle sue condizioni igieniche, nonché a livello provinciale sulla gestione degli istituti sanitari e sull'esecuzione di leggi e regolamenti. Tra le sue mansioni vi era anche l'obbligo di raccogliere le informazioni e le notizie sanitarie e, successivamente, di trasmetterle alle autorità competenti. Il medico provinciale informava il prefetto su qualunque fatto che potesse interessare la pubblica salute ed eventualmente poteva proporgli di adottare provvedimenti ritenuti necessari per l'incolumità pubblica. Tali provvedimenti potevano anche essere proposti contro alcune tipologie di esercenti (ad esempio i farmacisti) e il personale sanitario. Il medico provinciale era responsabile, inoltre, della vigilanza sulla

⁵⁸ DELLA PERUTA, *Legislazione sanitaria*, cit., p.813.

⁵⁹ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 93.

⁶⁰ FERRI, *L'intervento statale*, cit., p. 178.

⁶¹ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849- art. 1, citata in CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 78.

⁶² FERRI, *L'intervento statale*, cit., p. 178.

⁶³ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849- art. 12.

⁶⁴ CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 94.

⁶⁵ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849- art. 13.

⁶⁶ CASSESE, *L'amministrazione centrale*, cit., p. 131.

normativa (innanzitutto quella concernente l'esercizio professionale), sul rispetto della redazione delle statistiche medico-sanitarie ed era supervisore del consiglio provinciale, per il quale istruiva i lavori e gli ordini del giorno⁶⁷.

La riforma, dunque, si presentava come l'asse portante di una politica sanitaria al passo coi tempi, in equilibrio tra «centralità» e «decentramento» e gestita dai tecnici della salute e non dai burocrati dell'amministrazione⁶⁸.

Altro punto della legge di particolare innovazione era il fatto che i comuni con oltre 20.000 abitanti dovessero dotarsi di un ufficio di igiene e di un laboratorio per poter effettuare analisi batteriologiche. Gran parte delle decisioni e scelte dell'amministrazione si basavano proprio su queste analisi e per questo motivo la creazione di tali uffici e laboratori fu un fondamentale cambiamento. Oltre a questo, i comuni dovevano avere il materiale necessario alla disinfezione degli spazi pubblici e privati per prevenire il dilagare tra la popolazione di malattie di natura infettiva. A questo scopo erano stati creati anche i "locali convenientemente isolati", i quali servivano al ricovero d'urgenza di coloro che erano stati contagiati. La prevenzione era il principio cardine del "sistema" Crispino: era necessario assicurare non solo la mera difesa sociale dalle malattie del contagio, ma anche garantire la tutela e il controllo generale della salute pubblica⁶⁹.

Qualunque medico avesse osservato un caso di malattia infettiva doveva informare immediatamente sia il sindaco che l'ufficiale sanitario. Si doveva inoltre assistere questi ultimi per aiutarli a trovare misure adatte a impedire la diffusione del batterio o del *virus*.⁷⁰ Il sindaco e l'ufficiale sanitario, a loro volta, dovevano avvisare rispettivamente il prefetto e il medico provinciale. Era compito del prefetto avvisare il Ministro dell'interno. Oltre a questo egli poteva, in caso di urgenza, istituire delle commissioni locali, delegare personale qualificato all'esame dei caratteri della malattia, inviare medici e medicinali ove fossero necessari e svolgere qualunque altra azione che potesse limitare i danni dati dalla diffusione della malattia⁷¹.

Su ordine del Ministro degli Interni era ammessa anche la disinfezione delle case⁷². Il "provvedere all'igiene" non era più, dunque, un semplice diritto dei cittadini, ma al contrario era diventato un loro dovere ed era obbligo dello Stato costringere la popolazione a provvedervi se essi l'avessero trascurato. Le cause di insalubrità dovevano essere

⁶⁷ CEA, *Il governo della salute*, cit., pp. 94-95.

⁶⁸ CASSESE, *L'amministrazione centrale*, cit., p. 12.

⁶⁹ *Ibidem*

⁷⁰ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849- art. 45, citata in CEA, *Il governo della salute*, cit., p. 78.

⁷¹ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849- art. 47.

⁷² Legge 22 dicembre 1888, n. 5849- art. 49.