

Renato Malta

# Cercavano la Luce

*Storia sanitaria delle zolfare di Sicilia*



*Foto di copertina:* Incisione su una fotografia di G. Pagano ripresa nei luoghi per “far vedere chiaramente il modo adamitico come lavorano picconieri e carusi nelle miniere e gli effetti deformativi della improba fatica che fanno principalmente i carusi o trasportatori a spalla”. Pagano G, *La miniera di zolfo Lucia e la sua trasformazione*. Tipografia del giornale “Lo Statuto”, Palermo 1884, p. 12-13. Edizione costituita da 125 esemplari numerati: quello consultato è il n. 43, con dedica autografa all’Onorevole Presidente della Camera dei Deputati, e custodito nella Biblioteca della Camera dei Deputati. L’Autore a pagina 7 dichiara: “La pubblicazione di questo lavoro, che io faccio per un numero ristretto di persone competenti, non ha perciò un movente di vanità personale. Ha invece uno scopo scientifico sul quale richiamo l’attenzione del pubblico amichevole e intelligente al quale mi rivolgo: lo scopo di dimostrare che senza la ingerenza dello Stato sia possibile la soluzione delle questioni di economia e di morale che si riannodano al lavoro delle miniere”.

© Copyright 2012  
Accademia delle Scienze Mediche  
Plumelia edizioni

ISBN 978-88-89876-40-4

Malta, Renato <1951->

Cercavano la luce : storia sanitaria delle zolfare di Sicilia / Renato Malta.

-

Bagheria : Plumelia, 2012.

ISBN 978-88-89876-40-4

1. Solfatari - Assistenza sanitaria - Sicilia - 1850-1965

331.7622366809458 CDD-22

SBN Pal0250373

CIP - Biblioteca centrale della Regione siciliana “Alberto Bombace”

La tradizione è custodia del fuoco,  
non adorazione della cenere.

*Gustav Mahler*

Renato Malta

# Cercavano la Luce

*Storia sanitaria delle zolfare di Sicilia*

*Accademia delle Scienze Mediche*

“plumelia”  
edizioni

## Presentazione *di Alfredo Salerno*

---

“La solfara non esiste più. Ci sono ormai plaghe, rimanenze scheletrite dove batte il vento. Plaghe dove sono disseminati ferri contorti e arrugginiti, rottami e scorie di tutti i tipi, binari divelti, contenitori sventrati, carcasse inutili e turpi di quanto un tempo fu vita, attività e anche strazio”. Così scrive Sebastiano Addamo, scrittore siciliano nato a Catania nel 1925 nel volume edito da Sellerio e intitolato “Zolfare di Sicilia” (1989).

Si tratta di un affascinante saggio letterario nel quale l'autore cita molti di coloro che alle zolfare hanno dedicato romanzi, saggi, poemi: tra questi Luigi Pirandello, Giovanni Verga, Alessio Di Giovanni, Leonardo Sciascia, Rosso di San Secondo e ancora altri che al tempo che vide il maggior rigoglio delle zolfare, nel trentennio 1830-1860, dedicarono la loro attenzione.

Non soltanto la letteratura ma anche altri settori riportano testimonianza di quella stagione in cui, come scrive Vittorio Tino nella prima parte della ristampa del saggio su “Memorie sugli Zolfi siciliani” di Michele Amari (1990, Gelka editori),

*“lo zolfo e i baroni proprietari delle sue miniere sono i protagonisti mancati del riscatto economico della Sicilia e del mancato sviluppo industriale siciliano che avrebbe potuto trovare nello zolfo uno dei suoi volani”.*

Pur tra luci e ombre è necessario citare studiosi che a quel periodo hanno dedicato saggi ed approfondimenti specialmente dedicati agli aspetti economico-sociali che caratterizzarono i decenni della produzione zolfifera siciliana: da Michele Amari a Francesco Renda, Napoleone Colajanni, Romualdo Giuffrida, Giuseppe Barone e altri, per citare soltanto i siciliani.

Molte le opere di illustri maestri della pittura che hanno cercato di cogliere i risvolti umani di quella stagione “industriale” che caratterizzò la Sicilia dagli inizi del XIX secolo e che trovano la loro massima espressione nei dipinti di Jean

Houel, Tomaselli, Guttuso, Bruno Caruso, ecc., nelle quali emerge l'aspetto umano e la capacità di rappresentare la sofferenza dell'uomo nel suo rapporto con la miniera di zolfo in una Sicilia agricola, povera, sottosviluppata, dove l'immagine del "caruso" compendia la tragedia umana che accompagnò un tentativo di sviluppo industriale ucciso sul nascere "dal complotto delle potenze straniere". Scrive Vittorio Tino:

*"sono tesi vittimistiche, tradizionalissime, che hanno contribuito e contribuiscono – per la cessione, che se ne fa, del destino e della storia di un popolo ad agenti esterni (la colpa è sempre degli altri, degli arabi o dei normanni, degli Spagnoli o dei Piemontesi, della "perfida albione" o dei settentrionali) – a paralizzare energie imprenditoriali ed intelligenze", ... senza approfondire l'analisi delle nostre colpe.*

Nella congerie di scritti, saggi e romanzi che hanno messo in luce un momento particolare della storia di Sicilia, il saggio di Renato Malta ha una sua originalità perché guarda al fenomeno da medico, da un angolo visuale che non è stato utilizzato da altri se non in maniera saltuaria e mai organica: egli mette l'uomo al centro e dedica, dopo un'ampia introduzione, la Sua ricerca a tre aspetti strettamente collegati e riferiti all'organizzazione sanitaria, ai soccorsi, alla tutela sociale, unificandoli nel contributo che i medici in molteplici forme hanno dato allo sviluppo di questa vicenda umana e lavorativa.

Uno degli aspetti più rilevanti è relativo al lavoro minorile, all'assenza o mancata applicazione di norme di tutela, quando emanate, agli effetti che tale contesto ha avuto non soltanto nel momento, nell'attimo colto da molti artisti, poeti, letterati, ma per le conseguenze sulla salute di intere generazioni di uomini, un tempo ragazzini, detti "carusi", che nelle miniere trascorsero quelli che avrebbero dovuto essere gli anni di un'infanzia spensierata.

L'obiettivo del saggio è il rapporto del medico con una vasta umanità occupata nel lavoro delle miniere di zolfo: per avere un'idea del fenomeno erano oltre 500 i siti minerari attivi in Sicilia grazie ad una legge che consentiva al proprietario del suolo lo sfruttamento del sottosuolo, dopo il pagamento di una piccola "regalia", che dava diritto all'*aperietur*.

La storia sanitaria delle zolfare si intreccia e si alimenta con lo sviluppo delle tematiche igieniche legate alla cura della persona e dell'ambiente, della nuova disciplina dell'ingegneria sanitaria, del riconoscimento dei diritti umani che in altre Nazioni europee erano già stati concretizzati in norme di tutela e prassi operative. Si diffondeva un sentire sociale che riteneva giusto che nessuno dovesse accettare un lavoro senza tener conto delle condizioni di rischio personale, anche perché detentore di una storia umana costituita da indissolubili legami affettivi, sorgente di responsabilità.

La ricerca si svolge lungo un percorso che dal buio delle norme, dall'immediato e provvisorio "fai da te" conduce a forme organizzate di tutela sanitaria e di attenzione per la soluzione dei gravi problemi di salute che affliggevano la popolazione dei solfatori.

Le tristi condizioni dei lavoratori delle zolfare non furono estranee alle motivazioni che indussero la Camera e il Senato del Regno a varare la legge del 23 dicembre 1888 sulla "Tutela dell'igiene e della sanità pubblica", nota anche come Legge Crispi-Pagliani. Malta si sofferma sull'articolazione del ricco dibattito parlamentare, per sottolineare non solo il corposo contenuto tecnico-scientifico e le ragioni etiche che hanno mosso il Parlamento a dotare la società di quello strumento, ma anche l'elegante forma con cui si relazionavano tra loro i partecipanti al dibattito: tra questi molti erano medici e docenti universitari di elevata fama di cui egli nella narrazione dà giusto rilievo.

Erano parecchie decine di migliaia gli occupati e parecchie migliaia i "carusi" tra i 6 e i 14 anni costretti a lavorare nelle miniere di zolfo. Secondo Montini erano oltre il 20% degli addetti (Montini Paolo, *La Miniera Italiana*, 1961, pag. 171-180) in conseguenza di un'insufficiente legislazione di tutela del lavoro minorile, dell'incredibile povertà della terra che aveva dato loro i natali oltre che del livello culturale incredibilmente basso se si considera che ai primi del '900 più del 90% degli addetti era analfabeta.

L'effetto deturpante sulla salute dato dal lavoro nelle miniere di zolfo venne messo in risalto dai rilievi effettuati da Alfonso Giordano, docente di Igiene mineraria e illustre medico esercitante la professione nel territorio di Lercara; i danni sullo sviluppo scheletrico furono anche ben dimostrati da altri ricercatori e se ne ebbe prova per via dell'elevata percentuale di riformati alla leva tra i soggetti provenienti da distretti minerari, e dei più gravi danni sviluppati dai solfatori *versus* i contadini.

Su questo asse la ricerca ha consentito di ricostruire i danni fisici e le deformazioni scheletriche che *i carusi* hanno riportato nel corso dello sviluppo e che hanno segnato permanentemente la loro corporeità con la conseguente perdita dell'esperienza del servizio di leva militare. Ripercorrendo i dati epidemiologici e quelli dei vari studiosi relativi ai rilievi antropometrici, si sono potute delineare la preoccupante estensione del fenomeno e la numerosità dei soggetti coinvolti. La ricca presenza di tabelle con i rilievi biometrici proposta, i dati sull'apporto e sul consumo calorico, consentono di sviluppare in forma scientifica e documentata quanto ipotizzato dal punto di vista eziologico. Cause e conseguenze del danno possono vivere anche in una interpretazione metaforica di fluidità di ricchezza economica per i pochi e l'indelebile danno di salute per i molti.

Giordano, nel dare testimonianza della povera alimentazione e delle pessime condizioni igieniche dell'alimentazione e delle abitazioni dei solfatarci, dimostra che anche allora vi erano non solo un'Europa ma anche un'Italia a due velocità. Egli fa esplicito riferimento all'inchiesta di Edgar Rosa pubblicata sul Giornale di Sicilia nel 1905 in sei brani e di cui si parla nel II capitolo a proposito delle disagiate e deprecabili condizioni del lavoratore in Sicilia.

Malta analizza i dati dell'accurata ricerca bibliografica – molti dei quali reperiti nei ricchi fondi dell'Archivio di Stato di Caltanissetta – creando collegamenti con le altre analoghe realtà straniere dell'epoca e con le numerose criticità che odiernamente ancora permangono nella nostra quotidianità; chiarisce il quadro dello sfruttamento delle miniere di zolfo dove le leggi si sono adeguate alla realtà del territorio solo con molto ritardo e i comportamenti furono responsabili peraltro di aver determinato quella catastrofe umana, sanitaria, sociale che, partendo da promesse di sviluppo industriale, condusse da un lato al fallimento dell'impresa economica, ma anche al sorgere di un nuovo costruttivo modo di intendere la salute e il lavoro.

Gli storici, gli economisti, i sociologi possono analizzare le cause di una tanto promettente quanto fallimentare avventura, una delle tante della nostra Sicilia: le influenze straniere, la dominazione borbonica, gli "altri", come scrive Vittorio Tino, certamente contribuirono a far perdere un'occasione di sviluppo della Sicilia se si riflette sul dato che in un certo periodo oltre il 90% della produzione mondiale di zolfo proveniva dalla Sicilia.

L'analisi più particolare e approfondita conduce a mettere in evidenza quanto sia da attribuire ai siciliani e a quel loro "stato mentale" che Pietro Zullino, brillante scrittore e giornalista scomparso recentemente, autore di un volume molto stimolante e critico sulla Sicilia, ma anche pieno d'amore per la città di Palermo, definì "sindrome panormita". Il libro, che meriterebbe una ristampa, sin dal titolo indica le intenzioni dell'autore: "Guida ai misteri e ai piaceri di Palermo".

Un ulteriore elemento di valutazione sulle carenze di una crescita culturale di tipo industriale nella breve storia delle miniere di zolfo siciliano può essere tratto dalla lettura di due tesi di laurea di Simona Fazio e M. Eleonora Salomone, curate magistralmente dalla professoressa Ida Fazio. Le autrici, attraverso l'analisi dei documenti custoditi nell'archivio della famiglia Alliata di Villafranca relativa alle miniere di zolfo site negli ex feudi Zimbatio e Ogliastrello, offrono uno squarcio sui metodi di gestione, dai proprietari ai gabellotti sino all'ultimo gradino della scala e sulla litigiosità che caratterizzò la stagione dello sfruttamento delle miniere di zolfo in Sicilia negli anni dal 1830 agli anni '60 del secolo scorso.



so, che si concluse con l'istituzione dell'Ente Minerario Siciliano.

Molti altri temi ha consentito di sviluppare la ricerca storico-medica (l'impegno della Croce Rossa Italiana, la piaga degli infortuni, l'organizzazione del Servizio Sanitario delle Zolfare e il suo finanziamento, le maschere di salvataggio, gli abusi dei medici, la previdenza e l'accesso alle indennità con il loro aspetto negativo legato alla "sindrome da indennizzo", detta anche "sinistrosi", le casse di soccorso, e altri ancora): tutti meritano peculiare attenzione perché l'Autore opportunamente li ripropone nell'immane collegamento con le problematiche attuali. Tra essi desidero soffermarmi sul paragrafo "la donna delle zolfare", espressione del contrasto tra la *donna-sposa* e la *donna lavoratrice*, il cui secondo ruolo all'epoca veniva dolorosamente vissuto perché considerata strappata ai riti della famiglia e ai fini della generazione: comunque era sempre guardata come una donna partecipe della vita con un uomo. Mentre oggi la donna da un lato, specie nelle nazioni orientali, è rifiutata alla nascita, favorevoli le tecniche di selezione del sesso, a che non partecipi alle vicende patrimoniali e sociali della famiglia; dall'altro vive rifiutando l'uomo, specie nelle nazioni occidentali, quando ambisce al solitario generare. La donna delle zolfare invece è una donna sia nel lavoro che nella famiglia integrata in un sistema costruito tutto per gli *altri*, sottraendosi a quel sentimento di solitudine, odiernamente subito o ricercato, ma che non appartiene alla sua natura.

Ma il mito dei "carusi" è rimasto nella memoria collettiva come doloroso sintomo di *pietas e pauperitas*, fondamento di quella *infirmis* su cui la narrazione si sofferma, dando a Louise Hamilton Caico (Vicende e costumi siciliani, Epos, Palermo, 1983), sposa del proprietario delle miniere di Montedoro, il merito, e come nessun altro forse mai aveva prima fatto, della toccante descrizione dell'uscita di questi fanciulli dalla zolfara:

*"Salgono in triste processione, procedendo con difficoltà su per gli scalini scavati nella terra ... curvi sotto il peso, la faccia e il petto coperti di sudore ... emergono dalle tenebre della miniera verso la luce del sole".*

"Cercavano la luce" ... è il titolo della monografia di Renato Malta.



*Prefazione di Aldo Gerbino*

---

Z

P





# Zolfare di Sicilia: perché e come ne parliamo

Poche righe per anticipare la chiave di lettura di questa narrazione storica sugli aspetti medico sanitari delle zolfare, dopo che in terra di Sicilia da qualche decennio cominciano ad essere riportati alla luce i ricordi di un'esperienza lavorativa e umana che non potrà più ritornare. Le varie tematiche della ricerca sono già state precedute da articoli pubblicati dal 2007 al 2010<sup>1</sup>: questo lavoro li compendia nel proposito di offrire una visione d'insieme storica ed etica avvalendosi della ricca documentazione dei fondi degli Archivi di Stato di Caltanissetta e di Roma, di quelli della Croce Rossa, degli atti parlamentari di Camera e Senato, delle pubblicazioni scientifiche, oltre che di preziose testimonianze direttamente ricevute, consentendo di gettare nuova luce su fatti e protagonisti di questa tragica storia umana di sofferenza, miseria e sottosviluppo caratteristica della nostra terra di Sicilia e di una condizione umana che ha vissuto nella limitatezza e vulnerabilità.

Piccolezze e debolezze manifestano i limiti dell'uomo e il suo bisogno di aiuto e di protezione quando vittima della sofferenza del male da altri causato. Tuttavia il giungere sull'orlo del baratro ha segnato e avviato le possibilità umane di sviluppo e ha riscattato da una vicenda che oltre a essere personale è stata anche sociale e appartenente alla comunità. Questa storia umana è anche storia di conflittualità che emerge dalle relazioni interpersonali, sociali e istituzionali con quella aggressività che spesso condiziona le dinamiche relazionali. La povertà e la sofferenza sono anche il frutto di una violenza spesso istituzionalizzata, giusti-

---

<sup>1</sup> Malta R, *Zolfare di Sicilia: le tematiche della ricerca*. Medicina nei Secoli, 2012; 22 (1-3): 489-507.

ficata ideologicamente e a volte perfino legalizzata. La pace diventa quindi il superamento dei conflitti e nasce dalla costruzione dei rapporti di giustizia e di equità attraverso cui i singoli soggetti e i gruppi sociali operano nella storia secondo il reciproco riconoscimento.

*Cercavano la luce* è il titolo del presente studio sulla storia sanitaria delle zolfare che vuole raccontare sia il dramma del popolo di solfatarci che chiedeva di aprirsi a un mondo nuovo in cui potesse risplendere la luce della dignità, sia il contributo alla sua realizzazione che hanno offerto i medici con la loro arte e la loro scienza. È stato determinante nello svolgersi di queste vicende il fervore dei medici attivi sul territorio e in Parlamento, dei medici della terra di Sicilia come di quella del Piemonte, ma anche di ingegneri della Romagna e delle Marche che hanno concentrato attenzione e sforzi alle necessità sanitarie emergenti dai rischi del lavoro, così come l'amore di tutti coloro che hanno sofferto per l'evitabile tragica morte di tanti giovani figli e padri di famiglia.

*Cercavano la luce* vuole anche significare un processo di *liberazione* che appartiene sempre all'esperienza umana universale. Infatti la storia dell'uomo è una storia di superamento di sé, di conquista della libertà e di liberazione, pur in periodi di arretramento e oscuramento. Nel divenire della storia l'uomo tende a diventare libero e la storia si fa spazio di libertà o di oppressione, testimone e occasione di promozione o di disprezzo della sua dignità.

In questa prospettiva la storia de *i carusi* diventa la storia di chiunque vuole uscire da una prigione di disagio e di tanti che ancora oggi in diverse parti del mondo non hanno sufficiente vitto, come accadeva ai solfatarci; sufficiente cura dell'igiene, come accadeva ai solfatarci; sufficiente protezione medica, come accadeva ai solfatarci; sufficiente protezione sociale, come accadeva ai solfatarci.

In ogni storia che dal passato viene riportata alla luce non può essere esclusa la partecipazione di chi la raccoglie e la racconta, sicché i fatti accaduti vengono rivisitati secondo la formazione ricevuta e la personale visione della vita. La storia senza la partecipazione personale di chi la ripropone è mera riedizione di fatti e avvenimenti a cui rischiano di mancare anima e prospettiva. Il momento di approfondimento coinvolge il ricercatore che soggettivamente interpreta quegli eventi oggettivabili negli archivi e ormai cristallizzati nell'epoca in cui sono accaduti.

Pertanto il passato umano, quale storicamente è conosciuto, non riproduce puramente e semplicemente la realtà storica: questa non rivive nell'atto del conoscere come atto in sé accaduto e isolato, ma solo alla luce della sua interpretazione.

Il rapporto tra la realtà storica, come trascorso umano, e il ricercatore che la esplora e la considera dalla situazione immanente in cui egli stesso è collocato,

ossia dal suo presente, è inevitabilmente un rapporto tra l'oggetto ricercato e il soggetto, di *come questi lo vede e lo vive*, che rimangono tuttavia distinti<sup>2</sup>.

Il fatto che adesso un medico si stia occupando della storia sanitaria delle zolfare, rivivendo gli avvenimenti di allora secondo il proprio punto di vista e la propria formazione, prova ad aggiungere una tessera a questa complessa storia di malessere sociale e personale, di malattie fisiche e di insufficienza della società a prendersene cura: tematica in cui costantemente si registra l'intima interferenza, l'intrinseca cointeressenza di scopi e l'inevitabile reciprocità tra *individuo, medicina e società*.

La formazione personale e la ricerca dei valori in gioco caratterizzano intensamente la rivisitazione degli eventi storici. Si vuole infatti qui proiettare la diversa esperienza personale di chi scrive, essendo al contempo medico, docente di Storia della Medicina e Bioetica nella Facoltà Medica dell'Università degli Studi di Palermo, oltre che ricoprire un ruolo nell'ambito della gestione assistenziale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo: è questa la triplice prospettiva o *vision* con cui sono stati studiati i documenti degli archivi e che si prova a trasmettere unitariamente in queste pagine. Sono state le tre leve con cui far emergere con naturalezza questa drammatica pagina di storia della medicina del XIX e XX secolo, per alcuni aspetti tuttavia ancora drammaticamente presente per la tragica analogia con l'attualità delle ancora numerose, evitabili e sempre responsabilmente tragiche *morti bianche*.

Abbiamo anticipato che nel racconto storico saranno privilegiati i "momenti relazionali" perché costitutivi della *qualità* della condotta da ciascuno adita ed eticamente rilevante: quindi fatti e personaggi diventano funzionali a dimostrare che vi è soprattutto una storia di uomini colti, liberi nel loro agire, consapevoli e responsabili che sono stati capaci di deviare costruttivamente il corso degli eventi a favore di altri uomini immersi nella fragilità. Non vogliamo narrare e ripercorrere una storia costituita da biografie illustri, bensì *la luce* che è promanata dalla qualità dei comportamenti relazionali umani, la testimonianza della presa in carico di tematiche eticamente sensibili, la fede di uomini che hanno incontrato altri uomini in un contesto intriso di disagio e di sofferenza, non ultima la relazione di aiuto e di solidarietà che si è sciolta in atteggiamenti di umana reciprocità.

Le vicende riproposte offrono spazio alla riflessione bioetica trattandosi di avvenimenti che hanno avuto al centro l'uomo, la tutela della sua salute, della sua vita, della sua dignità. Pertanto tutta l'esistenza storica di quei soggetti divie-

---

<sup>2</sup> Violante C, *Introduzione all'edizione italiana*, in Marrou HI, *La conoscenza storica*. Il Mulino 1988, p. XVII.



ne coerente risposta ai valori che li hanno animati e verso cui hanno mosso la loro azione, sicché la storia di volta in volta si fa spazio di libertà o di oppressione, di promozione o di disprezzo della dignità dell'uomo.

C'è modo e modo di accostarsi alla Storia della medicina: si può narrare una storia di sintomi e di malattie, dell'ospitalità o dei teatri anatomici e dei luoghi di insegnamento e di assistenza, degli strumenti e delle tecnologie, dell'evoluzione dei modelli organizzativi, del sorgere e qualificarsi delle diverse specialità mediche, delle istituzioni statali e del volontariato, di peculiari momenti storici come quelli di guerra e così via. Si preferisce qui offrire la lettura in chiave etica della pagina di storia della medicina che si sta raccontando, valorizzando le relazioni umane sia nelle loro miserie e viltà che nel naturale eroismo del vivere quotidiano, a cui si riconosce la capacità e la forza di trasformarsi reciprocamente sia in negativo che costruttivamente.

Una storia di esperienze accolte e vissute per riformare la società. Una storia non solo di malati e di malattie, ma anche etica e sociale, con il ruolo rilevante dei medici in ogni epoca potenti nel modificare il sentire dei cittadini in merito alle questioni della salute, della vita, della morte; tematiche che alimentano l'attuale dibattito sulle delicate questioni di Bioetica inerenti le decisioni sulla propria corporeità, sull'esistere e morire, che da un ventennio occupano le prime pagine dei giornali e dei mezzi di comunicazione, e su tutti quei comportamenti in cui sono in gioco valori umani personali e quelli comuni della società.

Con questo contributo si vuole cogliere l'opportunità di offrire la visione composita dei diversi problemi che ancora oggi rendono difficoltosa la gestione delle tematiche medico-sanitarie, per consentire di leggere la storia dell'organizzazione sanitaria attraverso il soddisfacimento della domanda di salute a partire dalle necessità assistenziali specifiche e locali; di analizzare le questioni etiche che sottendono la sanità, il tipo di risposta che deve o può essere data, tra le diverse soluzioni possibili; non ultimo di volgere lo sguardo alla necessaria responsabilità di dover contemperare le esigenze della struttura assistenziale con la sua sostenibilità economica.

Queste pagine diventano allora testimonianza di un esercizio che è sintesi dello studio della Storia della Medicina e della Bioetica, dell'esperienza personale raccolta negli anni di attività clinica e di quelli dell'impegno in ambito gestionale: una visione integrata tra la conoscenza dei processi clinico-assistenziali e le istanze etiche funzionali al governo di un servizio integrato a favore dell'uomo e del suo benessere. Infatti la relazione paradigmatica *medico-paziente* diventa efficace se arricchita del basilare elemento rappresentato dalle prerogative della *struttura* assistenziale, espressione della società e fondamento nel fornire presidi, tec-

nologie e organizzazione. Fino agli anni '80 la struttura assistenziale era considerata una componente asservita, subalterna e negletta all'esercizio quotidiano dell'assistenza, nonché esecutrice delle esigenze indiscutibili delle decisioni mediche giustificate *tout court* dalla generale tutela del paziente. Oggi la struttura assistenziale è rivalutata e assume ruolo di co-protagonista per via della sua indispensabilità, perché favorisce l'incontro tra il paziente e il medico, ma anche perché gravano sulla società e in particolare sui contribuenti gli oneri economici della sua gestione. *Medico, paziente e struttura* sono tre componenti in stretta relazione: la modalità della loro interazione segna la moralità personale del medico, del paziente e degli amministratori della *res publica*.

Questa ricerca si propone anche di esplorare quanta attualità hanno ancora oggi gli avvenimenti di quel passato, quando la medicina, priva di qualsivoglia bagaglio tecnologico e di reali conoscenze scientificamente fondate, assolutamente miserevoli rispetto a quelle odierne, poteva contare su di un esercizio professionale il cui stile era traboccante di intelligenza, acume critico, spirito di abnegazione ed elevato senso di solidarietà umana, pur con certe debolezze.

Se la *storia* è un itinerario di pensiero e di attività che l'uomo percorre lungo il tempo in una tensione tra presente e futuro, tra condizione nativa e realizzazione definitiva, l'*etica* può essere considerata l'occasione di riflessione sui comportamenti che ciascuno adotta nella piena, *libera, consapevole responsabilità* di soggetto morale: entrambe le discipline fanno parte del sapere umano e sono costitutive dell'assetto ontologico dell'uomo e per questo accediamo alla loro visione unitaria.

A partire dal 1898 un'attività sanitaria è stata promossa dal nulla, mostrando come essa si sia sviluppata dentro e attorno alle zolfare, puntando sulla soluzione di varie questioni critiche i cui iniziali consistenti fatti furono la promulgazione delle leggi sul lavoro dei fanciulli, sull'igiene e tutela della sanità pubblica, sulla sicurezza nei cantieri. Gli avvenimenti si sono susseguiti dall'iniziale presenza del volontariato alla promozione di norme legislative per l'organizzazione dei soccorsi, dalla lotta alle malattie acute e croniche agli interventi di prevenzione, agli aspetti socio-sanitari dell'invalidità, affrontando anche la perenne difficile questione del reperimento dei fondi economici necessari a garantire lo svolgimento delle attività assistenziali.

Il racconto storicamente documentato si desidera presentarlo integrandolo con i momenti di riflessione bioetica anche in relazione all'attualità. Nel corso della ricerca si è avuta infatti la possibilità di scrutare quali comportamenti e modelli di rapporti umani hanno preso corpo in quella contingenza; cosa l'uomo ha preferito e privilegiato nei momenti in cui è stato in condizioni di agire liberamente, consapevolmente e quindi con piena responsabilità individuale, poten-

do scegliere tra opzioni diverse. Il modello etico di riferimento qui adottato è il *personalismo* perché ha consentito di accedere allo studio con una visione etica di tipo relazionale, giacché la moralità personale di ciascuno in ogni tempo e in ogni circostanza si caratterizza nella specifica situazione e nei vari contesti per l'*intenzionalità* che lo muove e per le modalità con cui si rapporta con l'*altro*.

Nel descrivere l'attività dei protagonisti vedremo che il motore che ha mosso le iniziative migliorative, come sempre accade, è l'*etica*, dimostrandosi questa capace di definire la qualità umana e morale di chi agisce, a che cosa *tende* la sua azione, verso quale *in-tensione* si muove, quali risultati cerca di ottenere e a favore di chi, se di sé stesso o dell'*altro*.

Questa storia testimonia ancora una volta che non è una *tecnica*, sia essa biomedica ovvero organizzativa, a risolvere i problemi dell'uomo infortunato o ammalato, ma è l'*etica* che spinge ad adoperarsi per la ricerca dell'uso appropriato dei metodi migliori e per trovare giusta e appropriata soluzione ai problemi del paziente: tecnica medico-sanitaria e soluzioni socio-sanitarie messi in moto dalla volontà di un agire moralmente qualificato e qualificante, intenzionalmente e responsabilmente vissuto e partecipativo in ciascuno dei protagonisti di questa storia medica.

Le criticità delle zolfare sono un'occasione di incontro tra protagonisti tra loro differenti non per natura bensì per cultura: la *cultura* biomedica e tecnico-ingegneristica da un lato, la definizione di norme e regole dall'altro, si sono messi a disposizione di una *natura* umana da rispettare in sé e per sé; l'*altro*, visto non più come oggetto di sfruttamento bensì nella nuova veste di soggetto paziente e sofferente, è diventato il destinatario privilegiato delle azioni migliorative, testimone e specchio di sé stessi, assunto in sé stessi e come se fosse stato sé stessi.

Ingegneri del Corpo delle Miniere, medici, ricercatori, politici, medici in politica, attivisti sindacali si sono adoperati per proteggere la condizione del minatore di zolfo e hanno manifestato una profonda coscienza morale in risposta a una chiamata a responsabilità, ubbidendo alla domanda di senso di cosa sia giusto fare nei confronti dell'*altro* in difficoltà; in tal modo ciascuno per la propria parte ha contribuito al riscatto del solfataro da quella pietosa e mortificante condizione in cui il valore del suo prodotto sopravanzava la dignità che invece gli si doveva. Iniziava un movimento di proiezione verso la condizione dell'*altro* debole: era l'apertura mediante la quale il soggetto, in quanto essere in relazione, si faceva carico della realtà e assumeva il vincolo della reciprocità, sostanziano il tripode su cui vive l'etica relazionale: l'*io*, che rappresenta la responsabilità personale, l'*altro* che configura l'occasione di reciprocità e di prossimità, la

*struttura assistenziale sanitaria* che testimonia l'impegno della società a cui si deve il ritorno in termini di bene salute.

Ciò che è stato realizzato dal nulla è stata proprio la "struttura sanitaria", frutto dell'impegno sociale, sintesi dell'*io* inteso nella sua accezione di responsabilità e non egoismo, e testimonianza di apertura all'accoglienza dell'*altro*: il paziente infortunato o ammalato a causa del lavoro. Da sempre la struttura sanitaria offre l'occasione dell'incontro tra il soggetto responsabile di farsi accoglienza e chi chiede di essere accolto nella limitatezza delle risorse economiche: anche oggi come allora.

Il racconto storico penetra nella profondità delle zolfare, differenziando chi lavorava dentro le gallerie e chi all'esterno, ma anche in quella realtà lontana dove la burocrazia di Stato, gli uffici amministrativi, la politica parlamentare produssero il sistema di norme e l'apparato amministrativo, entrambi funzionali a sviluppare e a garantire la fruizione di quei diritti minimi che allora appena si affacciavano e che si svilupparono compiutamente, e per cause anche diverse, alla fine della prima metà del '900.

In questo nuovo e promettente clima culturale l'approfondimento delle tematiche legate alla prevenzione ha visto sviluppare la sinergia operativa tra medici e ingegneri, dando vita a una nuova disciplina, *l'ingegneria sanitaria*, che rapidamente ha mostrato la sua importanza per l'inesauribile campo di ricerca e di applicazione. A tal proposito, in dipendenza dei frequenti incendi che scoppiavano nelle miniere e che sprigionavano gas asfissianti provocando numerose vittime, gli ingegneri del distretto minerario di Ancona e di Reggio Emilia, pur lavorando in separata sede, in tempi susseguenti hanno progettato una primordiale maschera per la respirazione negli ambienti saturi di gas tossici. La ricerca nei decenni successivi verrà ulteriormente approfondita sì che i minatori potranno disporre di efficaci tecnologie sempre meglio perfezionate.

Gli interventi sanitari hanno preso l'avvio con l'azione del volontariato della CRI e per iniziativa della Sotto-delegazione di Palermo che ha strutturato il servizio a partire da un gesto di umana solidarietà. Come anche oggi spesso avviene, il volontariato è più tempestivo dell'azione governativa, garantendo efficaci interventi, forte dell'esperienza e dello spirito di dedizione dei suoi professionisti, abituati a operare con competenza e abnegazione in condizioni di difficoltà non comuni. Da lì sorsero le opportunità e si cercarono le occasioni a che il sistema si organizzasse con mezzi propri provvedendo anche al necessario fabbisogno economico.

L'assistenza sanitaria nelle miniere non sarà attività transitoria e momentanea, frutto di passione emotiva perché dettata dalle tragedie che si andavano centel-

linando, ma presenza stabile a copertura del bisogno di cure nella povertà. Quindi la necessità di distinguere nella narrazione gli eventi accaduti e che non possono più ripresentarsi perché tempi e sviluppo tecnologico li hanno categoricamente archiviati e sigillati nel loro passato, da quella peculiare e autentica esperienza umana che può, anzi deve, essere riproposta proprio perché testimonianza di valori senza tempo.

Questi momenti si desidera consegnare al lettore sì da fargli conoscere e rivivere un periodo storico che ragionevolmente non potrà più tornare, ma al contempo proporgli spunti di riflessione in ambito etico che possono ripresentarsi con analoga tensione individuale e sociale in contesti mutati.

È l'eternità della nostra professione medica: muoiono le tecnologie perché soppiantate dalle nuove, variano norme e stili di esercizio della professione, ma rimane inossidabile la natura solidaristica del nostro impegno di medici che ci chiama inequivocabilmente a vivere in soccorso dell'*altro*: ieri come oggi.

Anziché una storia di medici, di scoperte scientifiche e di invenzioni tecnologiche, preferiamo raccontare una storia di pazienti lavoratori con i loro problemi in una società in perenne evoluzione e trasformazione, così come ha voluto insegnarci Henry E. Sigerist il quale,

*invece delle opinioni dei medici, ha ritenuto che fosse meglio descrivere il destino dei malati*<sup>3</sup>.

*Renato Malta*

---

<sup>3</sup> Grmek MD, *Storia del pensiero medico occidentale*. Editori Laterza, Bari - Roma, 1993, Vol I, p. XXII.

# La sanità nelle zolfare di Sicilia: origini

### RICCHEZZE DAL SOTTOSUOLO

La rivisitazione storica della vicenda umana inerente l'attività estrattiva dello zolfo in Sicilia, protrattasi con variabile intensità dagli inizi del 1800 fino al 1964, anno in cui l'accesso alle discenderie fu definitivamente precluso, offre alla comunità scientifica e alla società un patrimonio di storia *unico e irripetibile* la cui narrazione sotto molti e diversi punti di vista risulta ancora capace di farsi *in-segnamento* per la vita attuale.

L'intenso sfruttamento delle zolfare ha fatto dell'area della Sicilia centro orientale il teatro di una nuova avventura a carattere economico-sociale<sup>1</sup>, pur gravando gli operai di un faticoso e rischioso lavoro in cambio del sostentamento delle loro famiglie e del sogno di una crescita economica e sociale. L'approvvigionamento energetico è sempre stato indispensabile allo sviluppo economico e anche per lo zolfo i potentati economici delle diverse nazioni si sono contesi il campo. Negli anni '30 del 1800 le fonti inanimate di energia hanno permesso all'uomo di trascendere i limiti biologici e di centuplicare la propria produttività. Non è un caso che l'industria mondiale si sia localizzata generalmente nelle vicinanze dei giacimenti carboniferi del globo o che lo sviluppo di capitale sia stato proporzionato al consumo di combustibile minerale.

---

<sup>1</sup> De Sivo G, *Storia delle Due Sicilie*. Edizioni Trabant, Brindisi 2009, Vol. I, p. 80.

<sup>2</sup> Landes DS, *Prometeo liberato*, Torino 1978, p. 131.

Il carbone è stato il pane dell'industria<sup>2</sup>, mentre per altri usi è stato lo zolfo, di cui il sottosuolo di Sicilia era ricchissimo, ad essere prezioso, sicché la corsa al suo accaparramento è stata colta come la straordinaria opportunità per sviluppare ricchezza e potere economico. Lo zolfo del 1800 in Sicilia come il carbone del 1700 in Inghilterra sono stati i protagonisti di un fenomeno che ha trasformato significativamente e in modo irreversibile il nostro mondo, modificando ritmi di vita da secoli consolidati<sup>3</sup>.

Per rilevare l'imponenza del fenomeno è sufficiente ricordare che in Sicilia, nell'ultimo ventennio dell'Ottocento e prima decade del Novecento, più di settecento miniere e quarantamila solfatori fornivano il 97% della produzione mondiale di zolfo, mentre al fabbisogno nazionale era sufficiente la produzione delle miniere della Romagna e delle Marche. I solfatori nel 1860 costituivano il 61,8% della popolazione mineraria italiana e concorrevano per il 71,2% al valore dell'intera produzione nazionale. La Sicilia è stata teatro della produzione, rimanendo tuttavia invischiata nel gioco economico tenuto da francesi e inglesi che ha impedito di sprigionare le proprie potenzialità. Gli Stati stranieri, avanti rispetto all'Italia nei metodi di gestione dell'industria e nel riconoscimento delle elementari necessità di tutela del lavoratore e dei giovani operai, hanno impresso una forte spinta a che l'Italia assumesse norme innovative per suggellare l'auspicato progresso umano.

Un ampio coinvolgimento ha interessato, tra alterne vicende, i diversi strati sociali: i poveri *contadini* dalle soleggiate campagne si sono trasferiti in gran numero nelle viscere delle miniere; piccoli *imprenditori* e *sovrastanti* riconobbero in questo nuovo oro dal colore giallo-verdastro la possibilità di un futuro migliore; le grandi *famiglie nobiliari* offrirono allo sfruttamento i loro giacimenti; i *parlamentari* e i *sindacalisti* reagirono costruttivamente perché impressionati dalle tormentate e azzardate condizioni sociali delle migliaia di lavoratori e dei loro familiari; i *medici* furono chiamati a prestare soccorso e assistenza.

Il mutamento politico indotto dall'Unità d'Italia, l'avvento di un sistema democratico, il lento adeguamento delle istituzioni alle necessità sociali sono stati strumento per far proprie le conoscenze in campo igienico-sanitario e aprire la strada all'organizzazione delle cure e allo sviluppo della previdenza sanitaria e sociale. Il nuovo clima culturale, a cui non è stata estranea l'operosità elar-

---

<sup>3</sup> Amari condusse uno studio socio-economico e politico sul commercio dello zolfo in Sicilia, sulle guerre commerciali tra paesi produttori e paesi industrializzati, sui rapporti con le compagnie industriali inglesi e sulle mancate occasioni di offrire alla Sicilia un piano industriale che consentisse il rilancio. Vittorio T, *Lo zolfo siciliano del 1838: la guerra che non poteva esserci tra Inghilterra e Regno di Napoli*, in Amari M, *Memorie sugli zolfi siciliani*. Gelka editori, Palermo 1990, p. 11, 21.

gita con spirito umanitario e caritatevole, ha favorito le iniziative per fronteggiare i pericoli del lavoro e limitare i danni, ha offerto un prezioso aiuto con la formazione del personale e con lo sviluppo di tecnologie protettive. Ancora oggi la lotta ai rischi chiede di essere costantemente rinnovata per affermare, nelle mutate condizioni, le ragioni di promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Gli studi finora condotti hanno approfondito gli aspetti economici, geologici, sociali e sindacali del mondo delle zolfare, come ampiamente testimoniato in numerose e originali pubblicazioni; non hanno invece costituito oggetto di trattazione organica e sistematica le iniziative sviluppatesi in ambito medico-sanitario, e manca ancora la descrizione dello straordinario impegno delle figure professionali del mondo medico, politico, della burocrazia di Stato, del volontariato della Croce Rossa Italiana (CRI), del Sindacato a favore del nobile servizio di salvaguardia della vita e della salute di migliaia di operai attraverso l'avvio del processo di costruzione di nuove e più degne condizioni umane.

Gli eventi caratterizzanti la vita e il lavoro nelle miniere di zolfo in Sicilia documentano una pagina senza eguali nella Storia della Medicina e nella storia d'Italia, compiutasi in due ambiti: nei *cunicoli* delle profondità sotterranee, illuminati dalla fioca luce artificiale delle lampade ad acetilene, animati dai colpi sordi e incessanti delle mazze dei picconieri e dagli stenti del misero mondo operaio; in *superficie*, teatro di reclutamento della manodopera, della raffinazione e commercio del minerale, delle giuste e favorevoli attività legislative, politiche, sindacali, burocratiche, sociali, sanitarie, sospinte dall'eco dei disastri con numerose vittime del lavoro e dai deprecabili comportamenti in costanza di lavoro.

La storia sanitaria che narriamo trae la sua origine dalla *produzione* intensa, altalenante, su cui gli operai hanno investito le braccia, offerte e sofferte, a fronte del pur modesto, ma necessario guadagno; dalla *politica*, presente per aver assecondato lo sviluppo di norme a tutela del lavoratore; dal *volontariato*, accorso prontamente perché richiamato dal grido di sofferenza di un'umanità in pena; dal mondo *sindacale*, protagonista di istanze a difesa di beni primari della classe operaia.

Un tratto di questa storia si è svolto nei siti urbani dove viveva la *classe borghese e nobile*, proprietaria delle terre e dei feudi dentro cui fiorivano le miniere concesse ai coltivatori o esercenti, veri artefici di ogni possibile sfruttamento.

Illuminati e famosi *medici e docenti universitari*, attivi in politica e sul territorio, hanno assicurato il sostanziale e determinante contributo per lo sviluppo e l'applicazione degli insegnamenti della nascente disciplina dell'*igiene* in funzione della cura della persona e dei luoghi di vita e lavoro. Il loro contributo ha saggiamente animato il dibattito in Parlamento ed ha costruito le norme per lo sviluppo della società, dando dimostrazione che l'uomo è stato sempre capace di



creare e costruire il proprio futuro contrastando il sempre minaccioso e passivo assoggettamento al destino prevaricante.

Dal punto di vista sociale ed economico non va trascurato che l'operaio guardava al lavoro come unica fonte di sostentamento e solitaria garanzia economica per sé e la sua famiglia, condizionando a esso anche la cura della propria salute. Era l'epoca in cui mancavano i beni sanitari e non esistevano ancora servizi strutturati di previdenza, ma solo l'assistenza comunale nei casi di documentata ed estrema indigenza, più in forma di concessione discrezionale dell'autorità che non di diritto. Per tali motivi il lavoro per l'operaio contava più della propria salute fisica e si accettava anche in presenza di elevati rischi nella carenza di adeguate misure tecnologiche protettive e sociali previdenziali: ne è prova il bassissimo numero di giornate perse<sup>4</sup>. È superfluo aggiungere che l'ambiente malsano e insicuro delle zolfare<sup>5</sup> lasciava percepire soltanto il possibile incorrere del rischio dei disastri, ma nulla della parimenti temibile e costante esposizione ai fattori causanti le croniche e invalidanti patologie: la giornata lavorativa era affrontata nella sola "giustificazione morale" funzionale alla salvaguardia della sua continuità, perché unica opportunità di sostentamento per migliaia di vite umane<sup>6</sup>.

Le peculiarità di questa tipologia di lavoro ormai scomparsa arricchiscono la conoscenza della storia della medicina siciliana, e non solo, e impegnano la coscienza umana a riflettere su molteplici aspetti a forte connotazione etica quali il lavoro, la dignità che lo deve circondare, la necessità della sua tutela e di quella della salute di chi ad esso attende.

---

<sup>4</sup> Addamo S, *Zolfare di Sicilia*. Enzo Sellerio Editore, Palermo 1989.

<sup>5</sup> La testimonianza di Giacomo Pagano, che fu curioso di discendere in una di esse mette in ben evidenza i pericoli di quei camminamenti sotterranei: "Ci incamminammo per la discesa e mi precedeva un capomastro sul quale io mi appoggiavo, perché né discernevo nulla né sapevo dove mettere i piedi. Difatti la scala, seguendo una inclinazione almeno di 45 gradi, era costituita da scalini di pedata ineguale, ora interi e ora rotti, umida spesso. L'atmosfera era carica del fumo delle lampade ad olio e di esalazioni solforose. Poco a poco, malgrado una corrente d'aria piuttosto attiva, la temperatura cominciò a elevarsi in guisa da render necessario il togliersi dell'abito. Giunsi in fine sui fronti di attacco dove alla luce delle lampade di terra cotta lavoravano semi-nudi i picconieri". Pagano G, *La miniera di zolfo Lucia e la sua trasformazione*. Tipografia del Giornale "Lo Statuto", Palermo 1884, p. 10.

<sup>6</sup> Pagano raccolse una eloquente dichiarazione di un ingegnere dopo la visita a una zolfara: "Come si fa? Io dovrei far chiudere immediatamente questa zolfara, al pari di tante altre! Le gallerie non sono murate né intelaiate, la ventilazione è trascurata, tutto minaccia rovina. Ma d'altra parte siamo sempre alle solite! Se facciamo rispettare la legge e chiudere queste trappole da operai, dove lavoreranno e dove mangeranno migliaia di persone? Chi si assume la responsabilità di una misura così radicale? Il Governo stesso, al quale è stato sottoposto il quesito, è esitante, e le cose continuano ad andare come prima, fino a quando una sciagura clamorosa non risvegli per un momento la pubblica attenzione". E le sciagure sono sopravvenute. *Ivi*, p. 18.

La ricerca scientifica del XIX secolo attorno allo sviluppo dell'igiene della persona e dell'ambiente è stata favorevole alla crescita sanitaria e sociale delle masse popolari anche per gli aspetti della prevenzione, promuovendo il principio che è sì importante curare un paziente, ma vale molto di più impedire a tanti di ammalarsi. Anche Cardarelli<sup>7</sup> nel dibattito parlamentare sul disegno di legge dell'igiene e della sanità pubblica si dimostrò convinto:

*“Comprendo che questa legge, come sento di dire da tutte le parti, ci farà spendere; ma il danaro spesso frutterà. Poiché noi spenderemo per prevenire i mali, ed eviteremo di spendere lacrimando, per rimediare ad essi”*.

Si affermava la cultura della prevenzione e le scelte strategiche consensuali facilitavano la politica degli investimenti e l'allocazione delle risorse.

I temi chiave per il favorevole cambiamento di stile sono dipesi dai danni da carenze igieniche negli ambienti di lavoro per l'esposizione a polveri e fumi, elevata umidità (85%), depositi antropici e deficit nutrizionale, assenza di luce naturale e insufficiente illuminazione artificiale. Il mancato rispetto delle minime norme di sicurezza negli ambienti di lavoro era responsabile di generare patologie acute, quali le traumatiche, ma anche le infettive parassitarie, le croniche e le invalidanti<sup>8</sup>.

La piaga degli incidenti rappresentava il tormento quotidiano per cause di varia natura, quali asfissia, scoppio di gas, frane, cadute accidentali. La prevenzione era di difficile realizzazione anche perché ad essa non era riservata sufficiente attenzione, verosimilmente anche per via della scarsa considerazione di cui fruiva la condizione del lavoratore, almeno agli inizi della vicenda solfifera siciliana e quando ancora nessuna norma obbligava a provvedere alla garanzia della salute: ulteriore esempio in cui si vede che l'uomo piuttosto che lasciarsi guidare da ragioni e sentimenti di natura etica che inducono al rispetto dell'*altro* uomo in quanto persona, rendendosi così moralmente responsabile secondo quanto la legge morale interiore spingerebbe a fare, si lascia obbligare soltanto da leggi di natura positiva e impositiva.

Fino al 1901 non era prevista alcuna previdenza per i solfatarari nonostante i vincoli della legge del 17 marzo 1898 n. 80 e il susseguirsi delle ordinanze dei Prefetti. Erano pochissime le miniere fornite di una cassetta di medicazioni e provviste di qualche pacchetto di cotone o di qualche fascia, la cui applicazione in caso di necessità era per lo più affidata a un fabbro o a un falegname.

---

<sup>7</sup> Cardarelli A, Clinico medico a Napoli. Camera Deputati, Legislatura XVI, *Discussioni*, Tornata del 13 dicembre 1888, p. 5989.

<sup>8</sup> La Porta A, *Il bacino di Racalmuto nella Storia Mineraria Regionale*. Storie Paesane, Montedoro 2000, p. 45-46.

Il lavoro nelle zolfare non era per niente ambito perché notoriamente duro ed esposto a gravi pericoli. Molti fuggivano anche per l'empia reputazione morale che caratterizzava l'ambiente minerario dove confluivano frequentemente, anche se non esclusivamente, i non accolti in altri settori lavorativi per carenti qualità morali o intellettive. La società identificava il solfataro siciliano come figlio di un dio minore e, pur utilizzando i suoi servizi, il contributo che gli riconosceva in termini di considerazione sociale e personale era minimo e marginale. Il comportamento di un pool più o meno numeroso di persone, responsabili di litigare frequentemente, di assumere stili di vita dalla moralità non condivisibile e di avere riportato condanne penali, aveva bollato di bassa reputazione tutto quel cetto operaio, connotandolo di un'immagine complessivamente spregevole che giammai avrebbe meritato in via dei rischi, tormenti e tributi che ha dovuto pagare con dolore fisico e lutti. Riccardo Travaglia, ingegnere veronese, Capo del Distretto Minerario di Caltanissetta dal 16 aprile 1889 al 21 maggio 1893, deceduto l'1 agosto 1903 nella sciagura della miniera Trabia Tallarita di Sommatino insieme al perito minerario Luigi Fiorentino<sup>9</sup>, in mezzo a minatori siciliani, come un vero solfataro, riferendosi proprio a questa categoria affermò con efficace, estremo, sintetico giudizio di stima:

*“Chi ne dice male, non lo ha conosciuto”.*

Zurli testimonia<sup>10</sup>:

*“Nessuno ne può parlare se non lo ha conosciuto”.*

Napoleone Colajanni tratteggiava così la figura del solfataro<sup>11</sup>:

*“Ha un misto singolare di buone e di cattive qualità: queste ultime sono conseguenza dell'abbandono in cui è stato lasciato, dell'assoluta mancanza di educazione morale e intellettuale, talchè lo solfataro è spesso un uomo primitivo, amorale, che, offendendo gli altri e violando la legge, crede di poter esercitare dei diritti suoi. Ma, per sua natura, è generoso, non mai vile; si mostra pieno di coraggio e abnegazione nei frequenti casi di infortunio e compie mirabili atti di eroismo. [...] si ribella e si vendica se viene trattato male e con disprezzo. Generalmente è scettico, quasi misantropo e poco sensibile ai conforti e ai dolori della famiglia, per l'abitudine di viverci lontano”.*

<sup>9</sup> Curcuruto M, *I signori dello zolfo*. Edizioni Lussografica, Caltanissetta 2001, p. 71-76.

<sup>10</sup> Zurli M, *Racconti di miniera. U carusu (Tatò e Tatò)*. Mario Zurli racconta la tragedia di un padre Ziu Tatò e suo figlio Tatò, solfataro di Sommatino, periti nella zolfara nello stesso incidente. Il figlio soffocato dall'*nfetio* (anidride solforosa) nel tentativo di strappare alla morte il padre. Entrambi furono estratti dalla *calatura* dalla squadra di minatori i quali hanno potuto operare con le maschere per la respirazione. Testimonianza contenuta in un dattiloscritto non datato ricevuto dall'Autore nel 2008, p. 2.

<sup>11</sup> Mori A, *Contributo dei siciliani alla patologia del lavoro*. Atti del I Congresso Nazionale degli Infortuni e delle Malattie Professionali 1947. Edizioni dell'INAAIL 1948, p. 33-79. La prolusione di Mori al congresso di Palermo del 1947 è una rassegna sulle aree tematiche coltivate e giusto tributo ai ricercatori siciliani per gli studi sulle patologie dei solfataro e dei lavoratori della Sicilia.

Il solfataro in genere era un uomo di forte tempra fisica, volitivo, tutore della famiglia, pronto al sacrificio e fiero nel volere affrontare le difficoltà alle quali avrebbe voluto sottrarsi<sup>12</sup>.

Il progressivo sviluppo socio economico coinvolse costruttivamente l'umanità delle miniere, migliorando socialità e immagine di contesto. Si sono elevate le qualità morali e professionali delle maestranze, nonché le condizioni di protezione e sicurezza a salvaguardia dell'incolumità fisica; la manodopera, divenuta più istruita, più accorta e in possesso anche di migliorati metodi di lavoro, godette del favorevole risultato della riduzione del numero di infortuni.

È stato un percorso di conquista sociale i cui valori riconosciuti e promossi si sono progressivamente arricchiti con il varo della Scuola Mineraria avvenuto a Caltanissetta nel 1862, della previdenza e assicurazione, delle casse sindacali e della copertura dell'invalidità attraverso il riconoscimento degli indennizzi. Alla fine di questa esperienza industriale, quando le zolfare erano in procinto di essere abbandonate, le ragioni di chi aveva lavorato in miniera per almeno 15 anni nei sotterranei hanno ricevuto momenti straordinari di tutela sia per l'abbassamento dell'età pensionabile a 55 anni per la legge 3 gennaio 1960 n.15, sia per il riconoscimento di un bonus di privilegio a quanti avevano a lungo patito l'attività usurante e manifesti abusi.

Dalle ceneri emergono sempre le possibilità di ricchezza per le generazioni future, tanto che riflettere su questa esperienza mostra l'affermazione di molteplici valori umani senza tempo, ormai ampiamente riconosciuti nella nostra epoca, quali la crescita della dignità e l'affermazione dei diritti, non per compenso al lavoro dato – il che avrebbe significato trattare il lavoratore come “mezzo” – ma perché la legislazione lo aveva già riconosciuto “persona” e “fine” delle attenzioni umane.

Costituiscono anche ricchezza ispirata dalle vicende del sottosuolo gli studi dei ricercatori e dei cultori di scienze letterarie, fisiche ed economiche che hanno raccolto e raccontato le zolfare di Sicilia, e che hanno il merito di avere tenuta accesa l'attenzione su questa drammatica pagina di storia, espressione al contempo di

---

<sup>12</sup> Il 2 marzo 1915 nell'infortunio da liberazione di anidride solforosa nella miniera Cozzo Disi e gli operai Ventura Giuseppe di Gaetano, Dell'Aira Giuseppe di Calogero, D'Angelo Carmelo di Pietro, Proietto Salvatore di Rosario e Pecora Francesco, prima di perdere i sensi riescono a lanciare un urlo di aiuto. Lo colsero e si precipitarono nell'azione di salvataggio i tre fratelli Di Piazza Antonino, Vincenzo e Pietro fu Salvatore, Ferlisi Francesco fu Vincenzo, Mingoia Pietro fu Vincenzo, Todaro Giovanni fu Rosario riuscendo a estrarre vivi tutti ad esclusione di Pecora Francesco trovato già cadavere. Per questa eroica azione umanitaria Augusto Pompei, ingegnere distrettuale, avviò la pratica presso la “Fondazione Carnegie per gli Atti di Eroismo”, con sede al Ministero dell'Interno, per conferire loro il giusto riconoscimento del merito civile. Archivio di Stato di Caltanissetta (ASC), *Co.Re.Mi.*, busta 203.

ricchezza economica, miseria umana e volontà di riscatto. La molteplicità di personaggi, tradizioni, analisi, rilievi tecnici, riflessioni e canti fermati nelle loro pagine rimangono patrimonio indelebile della nostra storia sociale e culturale.

Alcuni Autori hanno descritto i fenomeni industriali<sup>13</sup> ed economici<sup>14</sup>, censito gli impianti minerari con la descrizione delle caratteristiche tecniche<sup>15</sup>; altri hanno raccontato i personaggi e le tradizioni sociali e familiari, tramandando il frutto della propria esperienza di minatore<sup>16</sup> o di amministratore<sup>17</sup>; c'è chi ha dedicato particolare attenzione alla figura del *caruso*<sup>18</sup>; altri ancora hanno privilegiato gli aspetti religiosi con i richiami al sacro e alle devozioni<sup>19</sup>, o rievocato personaggi, vicende e aneddoti della borghesia mineraria<sup>20</sup>; c'è chi ha narrato la storia delle zolfare associandola alla ricca rappresentazione teatrale<sup>21</sup>, iconografica e artistica con i canti delle zolfare<sup>22</sup>; chi sullo zolfo e sulle zolfare nella terra di Romagna ha scritto un poema<sup>23</sup>.

Alla rievocazione dei più vibranti momenti della vita delle zolfare hanno anche partecipato letterati e artisti che li hanno esaltati con le loro penne<sup>24</sup> o pennelli<sup>25</sup>.

---

<sup>13</sup> Ponticello F, *L'industria mineraria dello zolfo in Sicilia. Secoli XIX-XX*. Edizioni Lussografica, Caltanissetta 1999.

<sup>14</sup> Barone G, Torrisci C [a cura], *Economia e società nell'area dello zolfo*. Sciascia Editore, Caltanissetta 1989.

<sup>15</sup> Cassetti M, *Gli impianti minerari*. Provincia Regionale di Caltanissetta [a cura]. Tipografia Sarcuto, Agrigento 1999.

<sup>16</sup> Infantino S, *La miniera di zolfo e la sua gente. Montelongo – Cozzo Disi*. Tipografia Paruzzo, Caltanissetta 2005.

<sup>17</sup> Zurli M, *Luci e ombre in miniera*. Edizioni Lussografica, Caltanissetta 1997. Mario Zurli è stato per lunghi anni direttore di miniera. Animatore di iniziative culturali “per non dimenticare quel pezzo di storia umana dell'entroterra siciliano” e Presidente dell'Associazione “Amici della Miniera”, con sede in Caltanissetta, che ha per scopo il “recupero dell'archeologia industriale dei siti minerari dello zolfo”.

<sup>18</sup> Lo Bue Luigi, *Carusi*. Grafiche Scifo, Agrigento 2009.

<sup>19</sup> Palmisano ME [a cura], *Miniere e religiosità*. Edizioni Lussografica, Caltanissetta 2001.

<sup>20</sup> Curcuruto M, *I signori dello zolfo*. Edizioni Lussografica, Caltanissetta 2001.

<sup>21</sup> Il progetto teatrale di Alberto Nicolino, *La letteratura dello zolfo*, ha portato in scena, *Stirru, la discesa*, per la regia di Ambra D'Amico e l'allestimento di Sebastiano Romano. Tagliabue C, *Memorie dal sottosuolo*. Il Sole 24 Ore, Nova, 10 gennaio 2008, p. 14.

<sup>22</sup> Addamo S, *Zolfare ...*, op. cit., p. 195-200.

<sup>23</sup> Masini Vincenzo Cesenate, *Il zolfo, poema in tre libri diviso*. Per Gregorio Biasini Impressor Vescovile e del S. Ufficio. Con Licenza dei Superiori. Cesena MDCCLIX.

<sup>24</sup> Solo per ricordarne alcuni: Luigi Pirandello, Giovanni Verga, Leonardo Sciascia, Alessio Di Giovanni, Angelo Petyx, Vincenzo Consolo.

<sup>25</sup> Solo per ricordarne alcuni: Onofrio Tomaselli, Renato Guttuso, Bruno Caruso, Leoncillo, Salvatore Provino.

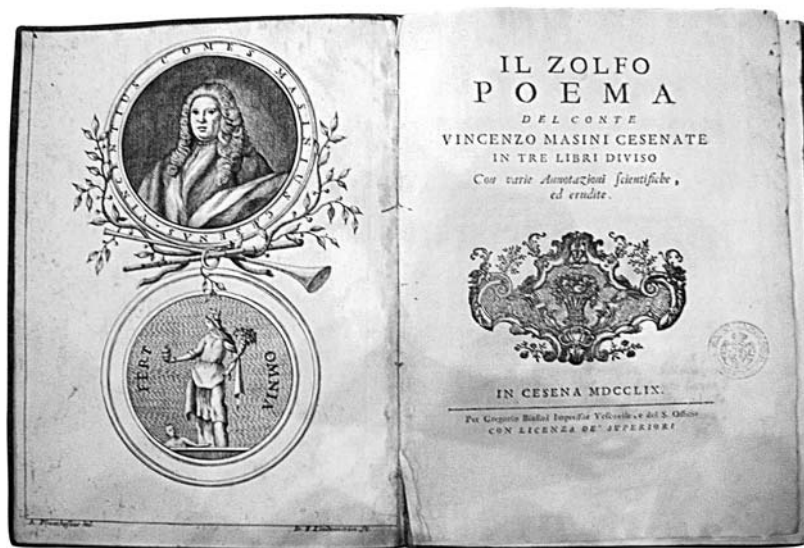


Fig. 1 - Vincenzo Masini Cesenate. Il zolfo, poema in tre libri diviso (1759)

## LO SFRUTTAMENTO DELLE MINIERE E LE NORME

La favola economica dello sfruttamento dello zolfo in Sicilia è legata alla produzione di un bene piuttosto che al suo consumo e si è protratta per poco più di un secolo e mezzo dall'esordio al suo completamento, attraversando alterne vicende di grande floridezza e di crisi economiche, trasmettendo indelebile testimonianza per l'accresciuta percezione del valore umano della salute fisica del lavoratore, per lo sviluppo di appropriati strumenti legislativi, per l'organizzazione di adeguate strutture di garanzia.

Il fenomeno sociale, sanitario ed economico era ancorato alla rilevante estensione del territorio oggetto di sfruttamento, la cui area sotterranea, in apparente contiguità con l'Etna a cui l'ipogeo sembra collegarsi, occupa una fascia geologica dell'entroterra siciliano tra le province di Girgenti (oggi Agrigento), Caltanissetta, Catania ed Enna: quella di Palermo, anche se presente con il solo sito di Lercara Friddi, le cui attività estrattive iniziarono nel 1828, non fu seconda a nessuna grazie ad Alfonso Giordano<sup>26</sup>, il quale arricchì la comunità

<sup>26</sup> Alfonso Giordano (Lercara 1843 – Palermo 1915), figlio del medico *fisico* Giuseppe, studioso, igienista, umanista e filantropo, docente di Igiene Mineraria nella Regia Università di Palermo, si formò alla scuola di illustri docenti: Albanese, Cervello, Maggiorani. La scoperta delle miniere di zolfo di Lercara nel 1828 e il loro sfruttamento gli offrì l'occasione di esercizio professionale, impegno sociale umanitario, studio, ricerca applicata. Destinò la sua attenzione agli aspetti medico-sanitari dei solfatarì e profuse il suo impegno per la crescita socio-economica della classe operaia, tanto che nel 1871

scientifica internazionale e quella sociale della terra di Sicilia con le sue osservazioni e ricerche in ambito clinico, igienico e parassitologico, condotte sui solfatarci anche con dedizione umanitaria integralmente vissuta e ippocraticamente interpretata.

Il numero complessivo di miniere nel 1904 era di circa 800, quando il censimento dei siti minerari nel 1886 aveva dato esito, tra esercitate e chiuse, a 572 zolfare suddivise per provincia come in tab. 1.

TABELLA 1. CENTRI MINERARI DI ZOLFO IN SICILIA NEL 1886

	Chiuse	Esercitate	Totale
Girgenti	116	155	271
Caltanissetta	56	170	226
Catania	17	28	45
Lercara	2	23	25
Totale	191	376	572

La profondità a cui il materiale veniva estratto mutò consistentemente nei cento anni: nel 1850 si scendeva alla media di 50 metri, nel 1890 a 90 e a 120 nel 1905. Sfruttando l'evoluzione tecnologica si è progressivamente giunti alla profondità media di 300-400 metri con una massima di 500-600 metri<sup>27</sup>.

I metodi di estrazione del grezzo e di fusione della ganga per la separazione e raccolta del minerale puro gravavano sul duro lavoro dei numerosissimi operai, provenienti per lo più dalle province di Caltanissetta e Girgenti<sup>28</sup>. Il rapporto tra la produzione di minerale e il numero di addetti è in tabella 2 ed evidenzia quanto peso ha avuto il settore minerario dello zolfo ai fini della produzione della ricchezza nazionale<sup>29</sup>. Si può affermare che all'epoca la Sicilia produceva molto di

---

fondò la società *Fratellanza e lavoro* e nel 1873 la biblioteca popolare con il chiaro obiettivo di offrire agli iscritti la necessaria istruzione, la conoscenza dei diritti e doveri dell'uomo, le norme basilari per l'igiene domestica. Splendida fu la sua intuizione sull'eziologia dell'anemia dei solfatarci che risolse con un campione di feci inviato ai laboratori di E. Parona a Milano e di L. Giuffrè dell'Università di Palermo. Le sue esperienze, tratte dal mondo dei solfatarci, furono diffuse alla comunità scientifica con numerose pubblicazioni sulle malattie respiratorie, le deformità scheletriche, le parassitosi. Giordano A jr, *Alfonso Giordano. L'arcangelo delle zolfare*. Provincia Regionale di Palermo. Seristampa, Palermo 2008, p. 28.

<sup>27</sup> Grasso Biondi I, Sorrentino G [a cura], *Le malattie dell'apparato respiratorio dei lavoratori di zolfo*. XVIII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, S. Vincent 20-23 settembre 1952. Tipo-litografia I.N.A.I.L., 1954, p. 35.

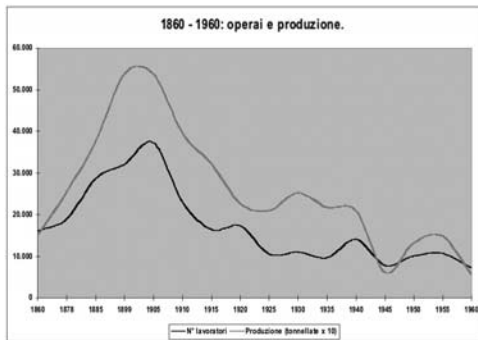
<sup>28</sup> AA.VV., *Lo zolfo in Italia*. Atti del Convegno Nazionale dello Zolfo. Palermo, Ente Zolfi Italiani, 1961.

<sup>29</sup> I dati sono documentati nella Rivista del Servizio Minerario edita dal Ministero Agricoltura, Industria e Commercio in ciascuno dei rispettivi anni.

più di quanto consumasse e il patrimonio donato dalla provvida natura e custodito nel sottosuolo attraeva gli investitori stranieri con una situazione invidiabile rispetto all'attuale. Invece oggi tra *makers* e *consumers* la Sicilia si pone nella seconda area, uno dei motivi che ha favorito in campo nazionale il movimento politico del decentramento non solo ai fini della distribuzione delle risorse quanto piuttosto per le responsabilità sociali<sup>30</sup>.

Il miglioramento delle tecniche estrattive del minerale allo stato puro a mezzo dei calcaroni aveva portato la resa media al 15,7% del grezzo e il rendimento giornaliero medio degli operai si era incrementato a Kg 246 per unità lavorativa. L'esportazione di zolfo nel 1899 e nel 1901 segnò dei primati per la Sicilia con oltre 537.000 tonnellate esportate<sup>31</sup> in circa 30 Paesi nei diversi continenti – Europa, Asia, Africa e America – per un valore di £. 51.240.086 corrispondente al 60,5% del valore totale di tutta la produzione mineraria del Regno<sup>32</sup>.

TABELLA 2. PRODUZIONE DI MINERALE IN TONNELLATE E NUMERO DI SOLFATARI (1860 –1960)



La meccanizzazione aveva accompagnato questo sviluppo con le sue 119 macchine a vapore, 2 motori a gas, una potenza complessiva installata di 2.406 CV e con 12 maneggi a cavalli, ma di pari passo non erano migliorate le condizioni di sicurezza dei lavoratori<sup>33</sup>. Il numero delle zolfare attive si era quasi triplicato, la manodopera impegnata era costituita da 38.922 unità di cui 8.381 di età

<sup>30</sup> La componente di sinistra della Camera dei Deputati con Agostino Depretis lavorava per attuare in Italia il decentramento amministrativo. Cambiano i tempi e si ammodernano i ruoli tanto che il decentramento oggi è perseguito da un partito sorto e radicato nel Nord Italia e ispirato da idee riconducibili alla destra.

<sup>31</sup> Delabretoigne L, *Brevi cenni sulla storia e sulle condizioni del commercio solfifero in Sicilia*, in Di Giovanni I [a cura], *L'Industria mineraria solfifera siciliana*. Tipografia Sociale Torinese. Torino 1925, p. 423-4.

<sup>32</sup> *Ivi*, p. 328.

<sup>33</sup> Con Decreto del 10 gennaio 1900 il MAIC ha ordinato un'ispezione straordinaria per la sicurezza del lavoro. Furono visitate 744 zolfare, di cui 656 attive e 88 non attive. Appena la metà vennero trovate in una condizione di sicurezza abbastanza soddisfacente, le altre in poco buono, cattivo o pessimo stato. La Direzione dell'ispezione venne affidata all'ingegnere distrettuale E. Gabet. La nota è di L. Mazzuoli nella relazione annuale, il quale richiama una sua ispezione del 1894 con analoghi risultati. MAIC, *Notizie e studi sulle condizioni dell'industria dello zolfo in Sicilia*. Tipografia Bertero, Roma 1894.



minore di 15 anni. Di questi ultimi, che costituivano il 21,5% delle maestranze delle zolfare siciliane, 6.394 (76,3%) erano addetti al trasporto del minerale negli spiazzali esterni alla miniera per la separazione dal grezzo. Lo zolfo raffinato in Sicilia era spedito via mare attraverso i caricatori di Licata, Porto Empedocle, Catania.

Negli anni '60 del XX secolo la crisi raggiunse il punto di non ritorno e la produzione industriale fu definitivamente interrotta. Hanno comunque continuato ad agire gli istituti di tutela sociale e il collegato indennizzo a favore degli operai che avevano subito danni per il lavoro in miniera, segno delle giuste conquiste dei lavoratori che si erano spesi per la ricchezza economica del Paese.

Nelle zolfare la scala gerarchica si snocciolava in una lunga catena di *padroni, gabelloti, sborsanti, partitanti, sorveglianti*, avidi e pretenziosi, mentre gli operai solfatori per la loro misera condizione occupavano il gradino più basso suscitando nelle coscienze più sensibili disapprovazione morale. Tristissima condizione era il *carusato*, vergognosa espressione di schiavitù per la trasformazione della giusta ricompensa in accattonaggio, tanto che Giordano dirà scandalizzato<sup>34</sup>:

*“Il caruso, legato al picconiere, vegeta, quasi come una bestia da soma e questi, sfruttatore e parassita, traeva dalla sua opera grandi guadagni, riuscendo a sfruttare contemporaneamente l'opera di parecchi di loro, dissanguandoli”*.

L'avvio dell'attività mineraria richiedeva una procedura abbastanza semplice e burocraticamente snella, ma che purtroppo avveniva nella totale assenza di ogni tipo di analisi geologica in grado di garantire elementari informazioni e giudizi sulla sicurezza strutturale dei giacimenti, a difesa di un unico obiettivo e imperativo dei coltivatori ed esercenti: estrarre zolfo.

La legge sulla polizia mineraria del 30 marzo 1893 n. 184 e il suo regolamento approvato con successivo regio decreto n. 19 del 14 gennaio non risultavano adeguatamente applicati, come denunciava la nota del 29 marzo 1896 di Guicciardini<sup>35</sup>, Ministro dell'Agricoltura, Industria e Commercio (MAIC), avente per oggetto “Applicazione dell'articolo 1° della legge e del regolamento di polizia mineraria”. Il disordine normativo assecondava anche la scarsa cura nelle operazioni di scavo sì che erano frequenti gli sconfinamenti sotterranei tra zolfare

<sup>34</sup> Giordano A, *La fisiopatologia e l'igiene dei minatori*. Ministero, Agricoltura, Industria e Commercio, Tipografia Nazionale G. Bertero, Roma 1913, p. 42.

<sup>35</sup> Il Ministro denunciò che i coltivatori, per sfuggire alle responsabilità della legge, facevano comparire come esercente un prestanome qualsiasi, sottraendosi in maniera assai agevole ai loro obblighi così frustrando gli intendimenti del legislatore rivolti alla tutela della sicurezza delle lavorazioni minerarie e della vita degli operai. ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

per cui gli scavi e gli scoppi di mine in una zolfara ponevano anche a repentaglio l'incolumità degli operai dell'altra<sup>36</sup>.

La facilità con cui era possibile avviare i lavori di estrazione in una zolfara dipendeva dalla permanenza in vigore del rescritto sovrano dell'8 ottobre 1808, integrato dal successivo del 30 aprile 1852, secondo cui le miniere potevano essere aperte esclusivamente dal proprietario della corrispondente superficie, autorizzato dietro pagamento di una regalia con lo speciale *aperietur*.

Una variegata produzione legislativa regnava nell'Italia pre-Unitaria e di seguito si presentano gli ordinamenti vigenti nelle varie province<sup>37</sup> con riferimento alle disposizioni di assistenza sanitaria previste e alle condizioni minime per la coltivazione.

La *Legge Napoleonica* del 9 agosto 1808, nata per le province lombardo-venete fu estesa ad altre province dell'Emilia e delle Marche. Si basava sul principio feudale che appartenevano allo Stato le miniere metalliche, saline e bituminose, mentre erano libere le cave di sabbia, marmi, gesso, etc. La coltivazione richiedeva l'investitura ottenibile per Decreto Reale, ma era limitata nel tempo e nell'estensione. Si preferiva il proprietario se la miniera era conosciuta, lo scopritore se di nuova identificazione. La legge fu abrogata nel 1857 dal governo austriaco e rimase in vigore solo per le province di Modena e Reggio Emilia come da circolare ministeriale del 7 settembre 1866.

La *Legge Borbonica* del 17 ottobre 1826, emanata per il Regno delle Due Sicilie, vigente nelle province dei distretti minerari di Caltanissetta e Napoli, fu corredata col regolamento approvato con il regio decreto del 3 ottobre 1875. Confermava il "principio di accessione" mediante il quale il proprietario della superficie era anche proprietario del sottosuolo (art. 477 delle Leggi

---

<sup>36</sup> Le Società Co-assicuratrici, Anonima Italiana Infortuni e Assicuratrice Italiana, con sede a Milano, a mezzo di una nota del 6 aprile 1898 di Vecchietti, Assicuratore Speciale per l'Assicurazione delle Miniere Zolfifere di Sicilia in Caltanissetta indirizzata al Prefetto, si segnalava un serissimo pericolo esistente tra le due zolfare "Torreforti di proprietà Giglia" il cui gabellato era Giovanni Callea da Favara, e "l'Amministrazione Giudiziaria di cava Monte Leone, Miniera Lucia, 4° avanzamento". Il rischio paventato era il presunto sconfinamento della cava Monte Leone verso la Callea e "questi non avendo mai potuto ottenere che nei confronti della cava Monte Leone si giungesse ad una seria inchiesta, si era prefisso di avanzare sino a incontrare gli scavi di Monte Leone e così con una prova innegabile obbligare le autorità a riconoscere le sue ragioni". L'intervento dell'assicuratore denunciava il timore di una catastrofe essendo le due gallerie separate da un sottile diaframma e nessuna delle due controllava le attività e i pericoli che poteva causare all'altra. Invocava Vecchietti, curatore degli interessi della società: "sia un sentimento di umanità che si salvaguardino gli interessi delle superiori rappresentate che hanno gli operai delle due miniere assicurati contro gli infortuni, a che voglia prendere le disposizioni che riterrà opportune". ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

<sup>37</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 83, fasc. III, *Leggi minerarie*.

civili 26 marzo 1819). Le miniere di zolfo, per effetto del dispaccio dell'8 ottobre 1808, confermato con Rescritto Sovrano del 30 aprile 1852, non potevano aprirsi senza il permesso di *aperietur* e senza il pagamento della regalia di onze 10 (L. 127,50). Sembra che nel Rescritto Sovrano delle Due Sicilie vigesse il principio che le miniere, pur essendo di proprietà privata, non potevano essere attivate senza concessione sovrana, ma la legge del 1826 abolì tale principio.

La *Legge Montanistica Austriaca* del 23 maggio 1854 e le relative norme del 4.10.1854 e del 20 luglio 1857, furono estese alla Provincia Lombardo Veneto con determinazione del 14 febbraio 1857. Successivamente, giusto regio decreto del 10 ottobre 1866 n. 3250, rimase in vigore solo nel Veneto. Il principio feudale sotteso riservava nella disposizione del Sovrano metalli, zolfo, allume, sale comune, acque di cementazione, grafite, lignite, etc., ma autorizzava le ricerche negli stessi fondi di proprietà dei ricercatori. La coltivazione avveniva per investitura limitata nell'estensione, ma non nel tempo, dietro corresponsione di tasse e decime da determinarsi di volta in volta. Il diritto si estingueva con la privazione o l'abbandono. Ai fini della tutela sociale furono istituite le casse di soccorso dette "casse di confraternita".

La *Legge Sarda* del 20 novembre 1859 n. 3755 fu emanata per la Sardegna, Liguria e Piemonte, ma venne estesa alla Lombardia e con il decreto del 13 novembre 1860 alle Marche. Tali norme furono anche applicate nelle province ex-pontificie dei distretti di Roma e Bologna. Si sanciva il "principio della occupazione" e la legge si applicava ai minerali di 1<sup>a</sup> classe (oro, argento, platino, ferro, rame, piombo, zinco e altri analoghi). Le ricerche dovevano essere autorizzate. La concessione data per Decreto Reale costituiva una nuova proprietà, perpetua, disponibile e trasmissibile. Lo scopritore godeva del diritto di preferenza se in possesso dei requisiti, altrimenti aveva diritto a un premio o a una indennità.

La legge, vigente in gran parte nelle province del Regno, all'art. 94 prescriveva che le spese per i soccorsi ai feriti, agli annegati o ai colpiti da asfissia dovevano essere a carico dei coltivatori, senza pregiudizio delle indennità e pene ove fossero incorse inadempienze. Con l'art. 95 i coltivatori erano obbligati a custodire nei loro stabilimenti, in proporzione del numero degli operai, dell'estensione della coltivazione e della situazione intrinseca al giacimento, i medicinali necessari per i soccorsi e contrattualizzare un chirurgo a proprie spese. La legge *Parmense* del 21 giugno 1852, la *Napoleonica* del 9 agosto 1808 e del 17 ottobre 1826 non contenevano disposizioni in merito ai servizi di assistenza e soccorso sanitario.

La *Legge Lucchese* del 3 maggio 1847 per l'ex Ducato di Lucca fu in vigore nelle province di Lucca e in altri comuni e frazioni dei circondari di Massa e Garfagnana; simile alla Legge Sarda, si fondava sul "principio dell'occupazione". Ai fini dell'assistenza sanitaria conteneva una disposizione analoga a quella dell'art. 94 della legge Sarda.

Il *Sovrano Decreto Parmense* del 21 giugno 1852 fu vigente nelle province di Parma e Piacenza e nel circondario di Pontremoli. Il codice civile parmense del 23 marzo 1820 statuiva che il proprietario della superficie lo fosse anche del sottosuolo. Per favorire la coltivazione il Sovrano, con determinazione del 21 giugno 1852, decretò che fossero proprietà dello Stato le miniere di minerali metallici, fossili, zolfo, marmi, etc., escluso pietre, calce, gesso e argille. Erano coltivate direttamente dallo Stato o concesse a privati per un tempo determinato, ma se in possesso dei requisiti. Le ricerche potevano essere libere o autorizzate.

La *Legge Toscana* del 13 maggio 1788 era vigente nelle province di Toscana escluso Lucca dove vigeva il principio feudale. Volendo estendere i diritti di proprietà sul suolo, con Rescritto del 13 maggio 1788 si abolì ogni regalia o diritto privativo della Corona e si dispose che chiunque poteva scavare senza licenza e far propri ogni tipo di metallo, pietra o altro.

Sul finire dell'800 si promosse la legislazione basata "sull'espropriazione" che si fondava sui seguenti principi: le miniere abbandonate da oltre dieci anni e i terreni esplorabili erano di proprietà dello Stato, il quale aveva facoltà di espropriare i sottosuoli delle zolfare abbandonate da oltre un decennio e quelli dei terreni dove sussistevano indizi di giacimenti solfiferi. Le miniere erano concesse dallo Stato a chi mostrava capacità, competenza e possedeva mezzi adeguati, preferendo i proprietari. Lo Stato si riservava la facoltà di promuovere attività consorziate fra esercenti e proprietari di miniere tra loro vicine quando ritenuto necessario per lo sviluppo dei lavori e dei servizi accessori<sup>38</sup>.

La possibilità di aprire miniere su spazi limitati esitava in frammentazione della proprietà, ricerca del minerale a mezzo di ripidi e rapidi scavi verticali, responsabili di ulteriori pericoli e del difficile muoversi dei solfatarì nelle discenderie e nei cunicoli. Insieme alla facoltà di apertura si concedeva tacitamente al proprietario del suolo ogni diritto, purtroppo al contempo privo di ogni corri-

---

<sup>38</sup> Gli esercenti La Duca, Cameli, Rindone, Lapis e compagni della 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> sezione della miniera Salinella in territorio di Castrogiovanni, il 29 settembre 1899 si unirono in consorzio per organizzare l'assistenza sanitaria, ottemperando a quanto prescriveva l'ordinanza del 10 agosto 1899. Con dichiarazione del 15 ottobre il dottor Rodolfo Longo, medico chirurgo accettava la nomina. Il consorzio è stato approvato il 10 novembre con l'invito a provvedere a un altro medico qualora il primo fosse stato impedito. Con dichiarazione del 22 dicembre 1899 il dottor Pietro Farinata si obbligava a subentrare

spondente dovere sia verso lo Stato che verso i numerosi operai. D'altra parte i proprietari terrieri siciliani, ligi agli usi antichi e conservatori della fortuna ereditata, abituati a guadagni continui anche se modesti, erano i meno disponibili ad aprirsi ai rischi degli investimenti tipici delle imprese industriali, preferendo la via della piccola speculazione e dello sfruttamento. Se si considera che molte e grandi zolfare appartenevano a famiglie aristocratiche, spesso anche politicamente influenti, ma residenti abitualmente nelle grandi città e deleganti l'amministrazione dei propri beni agli agenti locali<sup>39</sup>, è facile comprendere come le circostanze agevolassero il generarsi della catena di sfruttamento il cui anello terminale erano i *carusi*.

È l'epoca dello storico passaggio all'unità politica e amministrativa dell'Italia dove, nell'insufficienza normativa del 1861, ai fini del controllo dei processi di estrazione e raffinazione<sup>40</sup>, vigeva l'attività soltanto degli "Ispettori delle zolfare e dei calcheroni". Questi funzionari erano addetti esclusivamente alla stima dei danni alle coltivazioni agricole che i fumi dell'anidride solforosa, sviluppati in abbondanza durante il trattamento di separazione del minerale puro<sup>41</sup>, arrecavano alle terre viciniori; ma non era loro data competenza alcuna nel provvedere ai danni subiti dai lavoratori, anche perché nessuna norma consentiva ai solfatarci di poter denunciare le patologie sofferte.

Nel 1862 il Governo del Regno inviò in Sicilia l'ingegnere Eugenio Marchese con l'incarico di organizzare il Servizio Minerario a cui, in relazione alla legge istitutiva del 20 novembre 1859 n. 3755, doveva adempiere il Corpo delle Miniere. Con il R. D. 28 febbraio 1864 il Corpo delle Miniere venne articolato in nove distretti su pianta nazionale e ben due vennero assegnati alla Sicilia: Palermo e

---

in caso di assenza o impedimento del medico titolare. La nota del 12 gennaio 1900 della Sottoprefettura del Circondario di Piazza Armerina indirizzata al Prefetto, comunicava la sede del posto di soccorso presso la Miniera Salinella con l'armadio farmaceutico. La modalità di costituirsi in consorzio per assicurare l'assistenza sanitaria era consentita dalla legge e ha rappresentato una fase di transizione che ha portato alla costituzione del Sindacato Obbligatorio Siciliano di mutua assicurazione. ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

<sup>39</sup> Montini P, *Il minatore siciliano dal 1860 al 1960*. La Miniera Italiana, 1961, p. 171-180.

<sup>40</sup> Su richiesta del Prefetto di Caltanissetta il Co.Re.Mi. il 18 maggio 1894 rispose di non possedere copia del Regolamento sui calcheroni del 31.01.1851, ma che si poteva reperire nella pubblicazione edita dalla Tipografia Panfilo Castaldi di Caltanissetta, sotto il titolo "*Le disposizioni in materia mineraria vigenti in Sicilia*" a cura di S. Curatolo. Di rimando il Prefetto rispondeva che era urgente acquistarne una copia. ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

<sup>41</sup> Esposto della signora Giulia Miceli al Maresciallo dei Carabinieri di Castrogiovanni contro l'esercente della zolfara "Manche, Pasciuta", che aveva impiantato un forno Gill a 50 metri di distanza dal confine della sua terra coltivata. Vi era un conflitto tra solfatarci e contadini per i danni che i primi arrecavano a questi, il che frequentemente dava vita a contenzioso giudiziario. Ma i solfatarci scavando sotto terra sconfinavano anche in proprietà altrui. ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

Catania, a dimostrazione dell'imponente sviluppo del settore solfifero. Eugenio Marchese fu il primo ingegnere funzionario del Corpo delle Miniere venuto in Sicilia nel 1862, mentre Sebastiano Mottura, anch'egli ingegnere, ebbe l'incarico esclusivo di fondare la Scuola Mineraria di Caltanissetta, oggi a lui dedicata, e istituita con regio decreto del 30 ottobre 1862 n. 940, con la finalità di<sup>42</sup>:

*“formare idonea e indispensabile schiera di professionalità con funzioni direttive affinché nel lavoro delle miniere potessero essere sviluppati efficaci ed efficienti modelli di organizzazione tecnica”*.

Con il R. D. del 23 dicembre 1865 fu istituito l'unico Distretto Minerario di Caltanissetta, in sostituzione delle due sedi di Palermo e Catania. La decisione mostrava attenzione, cura e interesse per quella imponente realtà mineraria dove si radunava e addensava la quasi totalità degli operai dell'industria siciliana. La sensibilità dei funzionari verso i numerosi problemi di questa vasta plaga di territorio e delle connesse attività lavorative, contribuì a favorire lo sviluppo normativo e il varo della prima legge italiana per la regolamentazione del lavoro dei fanciulli, emanata l'11 febbraio 1886, grazie anche alle costanti informative che questi attenti funzionari inviavano ai Prefetti.

Era l'epoca in cui i volumi di produzione del minerale erano direttamente correlati al numero di addetti e quindi espressione di un'attività strettamente dipendente dalle braccia dell'uomo, il che di per sé sosteneva l'interesse alla difesa della produzione. Giacomo Pagano aveva osservato le caratteristiche della modalità produttiva ed evidenziava che tale sistema era stato garantito dal mantenimento delle masse in stato di ignoranza, isolate, prive di comunicazioni e con una vita vissuta alla giornata<sup>43</sup>. Nessun altro stimolo per l'ingresso nel mondo del lavoro se non l'imperiosa esigenza economica di sopravvivenza. Le condizioni economiche della Sicilia erano tali che quel lavoro rappresentava preziosa e insostituibile opportunità. Le braccia si riversavano lì dall'agricoltura per un lavoro in miniera che offriva nella percezione comune una certa sicurezza di guadagno da dipendente. Anche oggi in Sicilia il lavoro in rapporto di dipendenza, specie se da ente pubblico, è ambito e privilegiato.

I tanti che progressivamente si sono fatti carico delle tristi condizioni dei lavoratori e dell'ingiusto e impietoso clima di sfruttamento, ha operato in risposta a quelle istanze umanitarie, divenute anima e motore dello sviluppo della legislazione sanitaria, degli strumenti e dei presidi migliorativi individuali e sociali, del progresso culturale, del riscatto civile di quella ampia porzione di società.

---

<sup>42</sup> Il Sindacato Obbligatorio Siciliano riformò la Scuola Mineraria.

<sup>43</sup> Pagano G, *La Sicilia, elemento di civiltà italiana*. Tipografia “Lo Statuto”, Palermo 1901, p. 43.

Fu il Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio a governare (MAIC) l'attività estrattiva: ivi risiedeva il Consiglio Nazionale delle Miniere (CNM) che operava attraverso il Corpo Reale delle Miniere (Co.Re.Mi.) con le sue sedi periferiche. Esso era costante riferimento delle Prefetture e dei Distretti Minerari (DM) a mezzo degli uffici del Co.Re.Mi. e del Ministero dell'Interno (MI) presso cui risiedeva la Direzione Generale di Sanità. L'autorità locale che sovrintendeva tutto il settore era rappresentata dall'Ingegnere capo del Co.Re.Mi. il quale riferiva costantemente all'Ispettorato superiore.

#### IL SERVIZIO SANITARIO DELLE ZOLFARE: PROTAGONISTI

L'Ispettorato delle Miniere in seguito ai gravissimi e disastrosi incidenti avvenuti nelle zolfare di Sicilia, ha redatto una relazione sulla situazione normativa e amministrativa circa l'applicazione delle disposizioni del regolamento del 23 dicembre 1865 sulla polizia dei lavori nelle miniere, che era emanazione della legge del 19 marzo dello stesso anno sul riordino amministrativo dell'Italia post-unitaria, il cui allegato C riguardava il servizio sanitario del Regno<sup>44</sup>. Un sistema di ordinanze prefettizie traduceva le norme emanate a decorrere dal 1867 e gli articoli 8 e 9 del predetto regolamento facevano anche divieto d'uso e di stoccaggio di materiale esplosivo, salvo permesso scritto e motivato dell'ingegnere capo delle miniere, qualora sussistessero le condizioni previste dall'allegato "E" del detto regolamento. Di fatto sono stati anni che hanno visto, anche se torpidamente, l'applicazione delle norme di tutela sanitaria.

L'ordinanza del Prefetto di Caltanissetta del 28 settembre 1882, in ottemperanza all'art. 12 del predetto regolamento, al capo 26 obbligava le zolfare a provvedersi delle seguenti attrezzature: lampade di sicurezza, apparecchi respiratori, pompe da incendio, spugne, ventilatori con accessori, barelle per il trasporto dei feriti, medicinali, locali forniti di letti a branda e corredo per ospitare gli infortunati per i quali non era consigliabile il trasferimento. Per i contenuti del capo 27, qualora la zolfara non era provvista di assistenza medica, l'amministratore si obbligava ad indicare un medico di residenza prossima per potere intervenire in caso di necessità.

L'idea di un servizio sanitario delle zolfare era nata con A. Giordano che coltivava l'intento di tutelare una delle classi più povere della sua città, quella dei

---

<sup>44</sup> Circolare ministeriale del 28 aprile 1876 n. 307 sui mezzi di soccorso nelle miniere e la formazione di compagnie di salvamento. MAIC, Annali di Agricoltura 1879 n. 10, p. LVI; sugli obblighi di assistenza e soccorso, *Relazione 1882* in Annali di Agricoltura 1884.

*solforari*<sup>45</sup>; passarono molti anni prima che fosse data forma organizzata ai servizi sanitari delle zolfare, e questo avvenne a Caltanissetta con i medici della CRI chiamati a presidiare i posti di soccorso nelle miniere<sup>46</sup>. Fino ad allora non vi era praticamente alcuna assistenza sanitaria nelle zolfare di Sicilia e il bagaglio tecnologico più avanzato era costituito dall'insufficiente *Sacco di Galibert*, solo modestamente utile a penetrare nelle discenderie dove si era liberato del gas.

Prima del 1898, anno in cui cominciò ad operare la CRI, l'occorrente per il soccorso di cui erano provviste le miniere più vaste e popolate consisteva in un piccolo *armadio farmaceutico*: sostanzialmente un erbario con l'aggiunta di pochi ed essenziali presidi, empiricamente utilizzati dai capo cantieri e dagli stessi operai<sup>47</sup>, a fronte di una pluralità di incidenti e traumi di varia origine oltre che di numerose patologie acute ad eziologia infettiva e non<sup>48</sup>. La legge del 17 marzo 1898 n. 80 diede vita a quello che potremmo definire il "*Servizio Sanitario delle Zolfare*", plasmato e organizzato secondo le peculiari necessità assistenziali per fronteggiare i danni causati dal lavoro e dall'ambiente.

È noto che le leggi offrono opportunità di crescita, ma la loro applicazione cammina sulle gambe degli uomini, chiamati responsabilmente a provvedere alla loro traduzione operativa sì da renderle vive e sempre attuali nel tessuto sociale. Questo passaggio storico di compimento e attuazione delle norme si è dimostrato nella vita delle zolfare irto di difficoltà, non disponendo né di figure professionali munite di adeguata esperienza e *know how* né di adeguati mezzi economici per sostenere il cambiamento e avviare le riforme. Infatti gli esercenti in un primo momento tentarono di sottrarsi agli obblighi della tutela sanitaria a causa delle ricadute sui costi di produzione e sui conseguenti rischi di commerciabilità dei prodotti. Era necessario avviare un modello assistenziale che doveva farsi carico sia di guadagnare lo spazio lasciato libero dai coltivatori per via del debole o a volte del tutto disatteso adeguamento alle norme per ridurre i costi di produzione, sia di correggere la negligenza e apatia degli operai stessi e dei coltivatori verso la tutela sanitaria: tutti motivi purtroppo ancora oggi presenti nella quotidiana attività operaia. Ben presto prevalse unanimemente il convincimento che il soccorso agli operai in miniera

---

<sup>45</sup> Giordano A, *Progetto di servizio sanitario per i zolfarati presentato al Sindaco di Lercara*. Tipografia del Giornale di Sicilia, Palermo 1874.

<sup>46</sup> Malta R, *Il servizio della CR nelle zolfare di Sicilia dal 1893 al 1913*, in Pandolfi M, Vanni P (a cura). *Analecta Historico Medica* (add.), 2008; VI(2). Edizioni Tassinari, Firenze 2010, p. 215-230.

<sup>47</sup> Malta R, Maira G, *Storia del Soccorso Sanitario nelle zolfare di Sicilia. Organizzazione e valori etici*. Rivista di Storia della Medicina, 2006; 1/2: 73-97.

<sup>48</sup> *Ivi*, p. 84.



costituiva invece un imperativo morale e non solo per gli obblighi di osservanza alle norme di legge.

Non sfuggirono a Giacomo Pagano né la numerosità di tasse e balzelli né la pressione fiscale con le sue ripercussioni negative sul ciclo della produzione, per cui descrisse una situazione sostanzialmente non dissimile da quella odierna<sup>49</sup>:

*“Non si avvera un miglioramento industriale in Italia senza avere il Fisco alle calcagna. E sarebbe nulla se le noje e le vessazioni degli Agenti delle imposte mirassero a tassare redditi assicurati. Le industrie quanto più appariscenti sono e quanto più in esse si spende per dar loro credito e sbocchi, tanto più facilmente e presto vengono colpite. E tra tutte le industrie una delle più tassate ed inceppate per fatto dello Stato è la industria mineraria, specialmente in Sicilia e sulla quale gravano quattro diverse tasse: imposta fondiaria, imposta sulla ricchezza mobile, tassa di registro degli atti di affitto, tassa di esportazione”.*

Pagano osservò che un processo di semplificazione del sistema contributivo sarebbe stato augurabile e che probabilmente sfuggivano ad esso tanti piccoli esercizi di varia natura, visto che l'azione degli esattori era rivolta alle fabbriche con maggiore visibilità: nulla di nuovo rispetto ad oggi sia per i controlli fiscali che per la giungla burocratica in cui si vive!

I professionisti che si sono adoperati per promuovere l'organizzazione del servizio sanitario nelle zolfare, e che hanno assunto la responsabilità fino alla fine, sono stati l'ingegnere Enrico Gabet, Capo del Distretto Minerario di Caltanissetta<sup>50</sup>, il senatore Andrea Guarneri, vice presidente del Comitato Regionale della CRI che aveva sede a Palermo, il commendatore ingegnere Francesco Arnaldo Sulli, Presidente del Consiglio di Amministrazione del Sindacato Siciliano Industriali, Ignazio Di Giovanni<sup>51</sup>, medico di Caltanissetta (1871-1939). La loro attività esordì sul finire del 1898 quando Gabet volle coinvolgere Di Giovanni nell'organizzazione dei servizi di soccorso con l'obiettivo strategico fondamentale di presidiare funzionalmente e organicamente il territorio delle zolfare sotto l'aspetto sanitario. Preoccupato dei ritardi nell'attuazione

---

<sup>50</sup> L'Ingegnere Capo era la massima autorità del Distretto Minerario e lo era particolarmente a Caltanissetta per l'estensione territoriale, per la numerosità degli operai e per i volumi di produzione.

<sup>51</sup> Di Giovanni Ignazio, Antonino, Alfonso, Francesco Paolo nacque a Caltanissetta il 5 aprile 1871 e si laureò in Medicina e Chirurgia il 14 luglio 1895 nell'Università degli Studi di Palermo. A caratterizzare la sua vicenda professionale fu l'incontro con l'ing. Enrico Gabet, capo del Distretto Minerario di Sicilia, il quale, previo regolare incarico, lo chiamò a collaborare alla stesura del programma di interventi sanitari nelle zolfare. Nel settembre 1901 il senatore Guarneri ebbe la possibilità di inaugurare il primo Posto di Soccorso (PS) nella miniera Juncio-Stretto in territorio di Caltanissetta, che divenne nucleo di sviluppo, per peculiarità organizzative e strategia dell'assistenza, di un vero e proprio *Servizio Sanitario delle Zolfare*. Medico accorto, elevò l'efficienza organizzativa a strumento

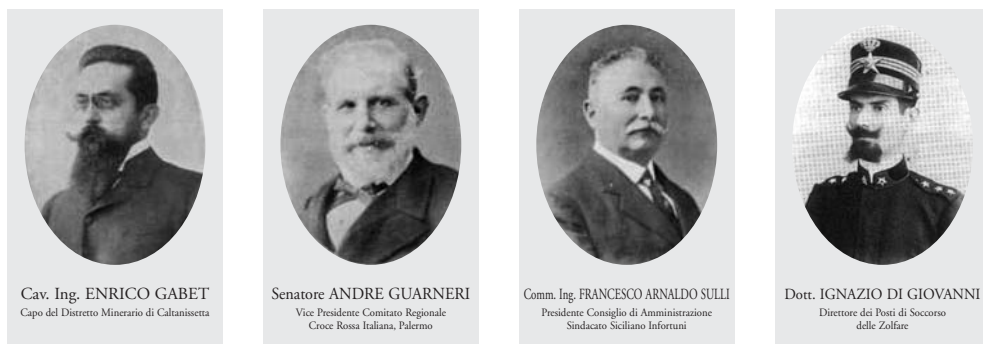


Fig. 2 - I protagonisti della nascita del Servizio Sanitario delle Zolfare.

delle norme in vigore a favore degli operai, volle farsi interprete dei numerosi e vari ostacoli che gli esercenti incontravano e che spaziavano dalle ristrettezze economiche al reperimento dei locali per l'assistenza, dal reclutamento dei professionisti alla strategia di ubicazione dei posti di soccorso.

Gabet ebbe intuizione e merito di avere mosso il primo passo invitando la CRI a contribuire ad organizzare e gestire i servizi di soccorso nelle zolfare di Sicilia. Invitò quindi Di Giovanni a collaborare, incaricandolo fin da subito di studiare il piano strategico e organizzativo per la messa in opera dei posti di soccorso nelle zolfare. Sul finire dello stesso anno i due sottoposero il piano-programma, tracciato per grandi linee, all'esame del Comitato della CRI. Protagonisti indiscussi di quel periodo sono stati il senatore Andrea Guarneri, Vice Presidente del Comitato della CRI e l'ingegnere Francesco Arnaldo Sulli, tecnico competente. Vanno anche ricordati, per avere continuato l'attività negli anni successivi, il commendatore ingegnere L. Dompè, ispettore capo del Regio Corpo delle Miniere negli anni '20 e successivamente l'ufficiale ingegnere Enrico Camerana: entrambi si mostrarono ben lontani dalla concezione burocratica

---

necessario e indispensabile per l'ottimale assistenza sanitaria nell'urgenza e nelle difficili circostanze logistiche. Gli interventi ebbero successo tanto che la struttura sanitaria, nata a servizio dei soccorsi, fu tradotta e utilizzata dalla Direzione Generale di Sanità Pubblica anche per il controllo delle infezioni epidemiche, quali la prevenzione dal colera, la profilassi e cura della malaria e dell'anchilostoma. Di Giovanni mantenne la Direzione Medica anche quando il servizio venne rilevato dal Sindacato Obbligatorio Siciliano di mutua assicurazione. Ricevette l'incarico di insegnamento della "Igiene delle miniere" presso la Scuola Mineraria di Caltanissetta e in qualità di Capitano medico della CRI partecipò ai soccorsi in occasione del terremoto di Messina del 1908, della campagna anti-colerica del 1910-1911 e della guerra libica del 1912. Realizzò una maschera per la respirazione in ambienti con gas tossici di cui non sono note le peculiarità tecniche. Nel 1910, in qualità di Direttore dei Posti di Soccorso delle zolfare, ricevette l'alto onore di essere presentato a S.M. Vittorio Emanuele III Re d'Italia. Varie organizzazioni umanitarie e scientifiche gli riservarono attestazioni ufficiali di stima. È morto a Caltanissetta il 27 luglio 1939.

delle loro funzioni e dedicarono il loro impegno all'elevazione morale dei valori dell'industria<sup>52</sup>. Le iniziative a favore dei soccorsi furono articolate in quattro periodi a partire dall'approvazione della legge del 17 marzo 1898 n. 80 e nell'anno seguente si avviarono le attività.

Dal 1901 al 1906 la CRI riuscì ad impiantare cinque posti di soccorso di prima classe e, godendo di risorse proprie ricevute da donazioni, sollevò gli esercenti dall'obbligo della contribuzione. Nel 1904 fu costituito il Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione fra gli esercenti e si iniziò a parlare di disciplina e di azione moralizzatrice della purtroppo larga speculazione che gli operai avevano creato attorno agli infortuni.

Dal maggio 1906 al maggio 1909, pur in presenza di un periodo di transizione, si cominciarono a registrare i primi benefici della buona organizzazione oltre che sul piano umanitario e assistenziale anche su quello assicurativo. Si potenziarono i posti di soccorso con medici di guardia e si istituirono i medici di controllo.

Dal 1909 al 1913 le attività sanitarie, anche in applicazione della legge del 14 luglio 1907 n. 527 e del suo Regolamento<sup>53</sup>, approvato con R. D. del 3 dicembre 1908, furono caratterizzate dallo sviluppo di una vera organizzazione con estensione del servizio di prime cure al maggior numero possibile di operai. Il Sindacato inoltre, benché non fosse prescritto da alcuna norma, volle lodevolmente assicurare a tutti gli infortunati le *“cure continuative fino alla guarigione”*.

La gestione dei 17 posti di soccorso – di cui 5 di prima classe, 3 di terza, 9 di quarta – fu sempre della CRI, benché le spese di funzionamento fossero state assunte dal Sindacato. La dotazione organica dei posti di soccorso fu assegnata secondo il moderno criterio *“dell'intensità di cura”*, rafforzando l'assistenza dove vi erano maggiori rischi di incidente, nelle zolfare più distanti dai centri abitati e nelle più popolate. La classificazione e la relativa dotazione organica dei posti di soccorso a norma dell'art. 2 del Regolamento del 1908 prevedeva per quelli di I classe un medico e due infermieri, III classe due infermieri, IV classe un infermiere. I posti di II classe erano costituiti dagli ambulatori delle condotte

---

<sup>52</sup> Di Giovanni I, *L'organizzazione dei posti di soccorso e dei servizi sanitari nelle miniere di Sicilia*, in *L'industria Mineraria...*, op. cit., p. 212.

<sup>53</sup> Il Regolamento, a firma del Ministro F. Cocco Ortu è suddiviso in tre titoli: il I tratta l'impianto dei posti di soccorso e di prime cure; il II delle operazioni dei posti di soccorso e dei doveri degli operai e degli esercenti; il III delle disposizioni generali e transitorie. MAIC, Direzione Generale del Credito, della Previdenza, della Cooperazione e delle Assicurazioni Sociali. *Regolamento per il servizio dei posti di soccorso e prime cure per gli operai delle zolfare della Sicilia colpiti da infortuni del lavoro*. Stabilimento Giuseppe Civelli, Roma 1909.

mediche dei paesi prossimi alle miniere. Le prestazioni sanitarie erogate in questa fase<sup>54</sup> sono descritte in tabella 2.

TABELLA 2. VOLUMI DI ATTIVITÀ DEI POSTI DI SOCCORSO (1909-1913)

Posti di soccorso Denominazione	Classe	Soccorsi erogati					
		1909	1910	1911	1912	1913	
Trabonella	I		2.061	1.498	61	- (1)	
Trabia	I		1.594	1.651	1.694	1.673	
Cozzo Disi	I		1.107	864	966	933	
Grottacalda	I		504	1.186	314	884	
Lucia	I	Non disponibili le cifre di dettaglio	450	-(1)	-	-	
Piliere	I		-	309	777	783	
Juncio	III		947	883	878	1.399	
Stinconone	III		338	288	224	274	
Ciavolotta	III		12	204	281 <sup>(2)</sup>	220	
Giumentaro	IV		516	488	512 <sup>(3)</sup>	370	
Quattrofinaite	IV		242	258	214	314	
Giona	IV		311	304	340	251	
Calinto	IV		287	250	175	129	
Salinella	IV		219	200	305	158	
San Giovannello	IV		488	-	-	-	
Respica	IV		284	356	384	317	
Galati	IV		417	359	388	345	
Vodì	IV		-	-	120	401	
Deliella (straordinario)			-	-	8	-	-
Totale			7.813	9.777	9.097	7.633	8.442

(1) Soppresso per cessazione della coltivazione

(2) Transitato alla I classe

(3) Transitato alla II classe

Purtroppo numerose piccole miniere rimanevano prive di assistenza per insufficiente sostenibilità economica, malgrado i positivi risultati assistenziali.

Il modello organizzativo per la sua potenzialità, efficacia e concretezza assistenziale fu chiamato a intervenire: nella tragica occasione del terremoto di Messina del 1908 quando, su disposizione del Prefetto di Caltanissetta, fu

<sup>54</sup> Di Giovanni I, *L'organizzazione dei posti...*, op. cit., p. 229.

distaccata e inviata sui luoghi una squadra comandata da Di Giovanni e composta da due ufficiali medici e otto infermieri; in corso dell'epidemia di colera del 1910-1912 quando i posti di soccorso furono chiamati ad approntare una speciale difesa sanitarie delle miniere; nella campagna militare di Libia.

Il quarto periodo organizzativo ebbe inizio nel 1913 quando la CRI lasciò l'assistenza per divergenze<sup>55</sup> con il Sindacato il quale assunse totalmente la gestione delle attività di soccorso sanitario.

#### I MEDICI NEL TERRITORIO E NEL PARLAMENTO

I medici, inizialmente accorrenti per il soccorso alle vittime solo nella tragica circostanza degli incidenti, furono progressivamente chiamati a garantire stabilmente la tutela della salute del minatore esposto alle sfavorevoli condizioni sia per le patologie acute che croniche, irreversibili e invalidanti, esprimendo il loro indispensabile contributo in due ambiti: quello *di frontiera*, tipicamente tecnico e operativo, assicurato nelle condotte comunali o nei posti di soccorso, gestito sul campo con l'ausilio degli scarsi mezzi a loro disposizione, caratterizzato dal diretto contatto con i problemi degli infortunati e ammalati, con i sopravvissuti ai disastri e i loro familiari; quello *legislativo*, assicurato da coloro che sedevano nei banchi della Camera e del Senato del Regno o perché eletti o nominati o perché invitati come consulenti, come avvenne per Luigi Pagliani<sup>56</sup>: ciascuno comunque chiamato alle proprie responsabilità nello svolgere, nella condizione che gli era propria, il rilevante ruolo di identificare e vigilare sul rispetto dei valori di volta in volta in gioco a mezzo della produzione di norme e di leggi nell'un caso e di comportamento professionale personale nell'altro.

<sup>55</sup> Si protrasse vari anni la crisi tra i due organismi e sfociò nella richiesta della CRI di sciogliere con anticipo la convenzione per vie legali.

<sup>56</sup> Pagliani Luigi (1847-1932), laureato all'Università di Torino nel 1870, formato alla scuola di Jacopo Moleschott, si dedicò agli studi di Fisiologia per poi abbracciare integralmente quelli di Igiene. Fondatore della *Rivista d'igiene e sanità pubblica* e della *Rivista di ingegneria sanitaria* fu uno dei protagonisti della crescita della scienza medica in Italia proprio nelle aree di confronto e scontro con la realtà sociale e con l'ambito delle scelte politico-istituzionali. L'inchiesta epidemiologica sul colera in Sicilia gli fece maturare la consapevolezza che le preoccupanti e disastrose situazioni di emergenza sociale non potevano essere affrontate soltanto con l'isolamento e le quarantene. Nel 1886 le risultanze dell'*Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie* nei Comuni del Regno fecero emergere un quadro inquietante, e Crispi, succeduto a Depretis alla Presidenza del Consiglio, lo convocò affidandogli l'incarico di predisporre "la difesa della salute pubblica", garantendogli massimo appoggio e autonomia di azione: ruolo che svolse con assoluta intransigenza. Caduto il governo Crispi il suo successore Di Rudinì, per liberarsi dello scomodo professore, sciolse la Direzione Generale della Sanità pubblica. A 49 anni ritornava al suo insegnamento a Torino, dopo aver dato all'Italia una legge fondamentale. Appari A, *Luigi Pagliani*, in Foschi F. [a cura], *Cent'anni fa la Sanità*. Nuova CEI, Milano 1988, p. 74-5.

La ricerca medica volgeva la sua attenzione alle problematiche igienico sanitarie con una regolamentazione avviata da A. Depretis<sup>57</sup> e A. Bertani<sup>58</sup>. L'iniziativa legislativa del 1888 fu fortemente sostenuta da Francesco Crispi, allora Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro dell'Interno, presso cui risiedeva la Direzione di Sanità, il quale si avvalse della consulenza professionale di Luigi Pagliani, docente di Igiene all'Università di Torino. Entrambi porta-

---

<sup>57</sup> Depretis Agostino (1813-1887), di idee liberali fece parte dell'opposizione democratica al governo accusandolo di eccessiva debolezza. Nel 1860 fu inviato come pro-dittatore in Sicilia ove si sforzò di far cessare il disordine amministrativo. Più volte e per lunghi anni ministro, portò la sua firma numerosi provvedimenti governativi e legislativi di grande importanza. Al suo nome è legata la prima fase della politica del *Trasformismo* che, nell'annullamento delle distinzioni tra destra e sinistra, assicurò al Depretis la maggioranza parlamentare, il che gli permise di svolgere il suo programma di progresso democratico. Con l'aiuto risolutivo di A. Bertani elaborò e presentò al Senato il 13 aprile 1886 un nuovo progetto di *Codice Sanitario* rispetto a quello di Giovanni Nicotera, composto di 188 articoli e frutto a suo giudizio degli studi su quanto era emerso nel corso delle discussioni dei due rami del Parlamento negli ultimi anni. Il progetto si arenò a causa dello scioglimento della Camera dei Deputati. Ripresentato, non verrà mai portato in aula per la discussione.

<sup>58</sup> Bertani Agostino (1812-1886), medico chirurgo, garibaldino, deputato radicale, partecipò in modo assai vivo alle lotte democratiche del periodo risorgimentale e post-unitario. Riservò considerevole impegno ai temi della sanità e del sottoproletariato urbano e rurale. Per primo ha affrontato i temi dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, passati per suo tramite nelle elaborazioni a cui ha attivamente partecipato: quelle del Codice Sanitario di Giovanni Nicotera del 1877 e del Codice Sanitario di Depretis del 1876. Suo amico fin dai tempi degli studi universitari, nonostante più volte in aperto dissenso con la sua linea politica, visse il problema della necessità di un'organica riforma sanitaria. Fu uno dei politici più sensibili ai problemi di natura economica e sociale con attenzione prevalente alle popolazioni della classe rurale, tanto che fece spesso evidenziare le condizioni di vita rilevate dall'inchiesta agraria ordinata dal Parlamento nel 1876 sotto la presidenza di Stefano Jacini. Vice presidente della commissione Jacini, anche per i dissidi con la maggioranza all'interno della stessa, venne incaricato di un'indagine collaterale sulle condizioni igienico-sanitarie di quelle popolazioni. Per conoscere a fondo "le condizioni varie e complesse nelle quali si svolgeva la vita comune delle povere masse rurali", aveva deciso di integrare il materiale raccolto durante l'*Inchiesta sull'igiene rurale* con un ricco questionario inviato ai colleghi medici condotti di tutti i Comuni d'Italia, per indagare "sull'ambiente fisico nel quale l'agricoltore vive e si muove, sul reale stato sanitario delle popolazioni rurali, sulle influenze educatrici e i fatti economici, sui provvedimenti di facile e immediata applicazione che si reputassero adatti a soddisfare i bisogni e a riparare i mali lamentati". Le oltre 4.000 risposte ricevute misero in chiaro "la generale fisionomia igienico sanitaria delle varie regioni italiane", nonché "la condizione di inferiorità e di impotenza dei medici condotti a praticare i consigli della scienza nella tutela del benessere generale, a fronte di ignoranze prepotenti e interessate, avverse per tradizionale indolenza a ogni utile riforma". Bertani giunse alla conclusione che "i fatti non ci consentono di affidarci all'iniziativa privata non sempre provvida, né illuminata, né disinteressata in ogni luogo [...]: deve adunque la suprema e ordinata azione dello Stato venire incontro alle oneste e legittime esigenze della popolazione". Depretis gli diede incarico di predisporre un nuovo *codice sanitario* o meglio di *pubblica igiene*, basato sul principio che "lo Stato deve vigilare e tutelare la salute pubblica" e quindi "prevedere prima ogni possibile influenza malefica e provvedervi poi" come egli ricorda nella relazione al ministro. La necessità di far fronte con "nuove e larghe misure" espressa "da uomini politici in pubbliche e solenni adunanze" è avvalorata "dallo studio appassionato e diffuso di tutte le questioni che toccano il benessere delle classi lavoratrici, il risveglio popolare dei nuovi tempi, la scambievole partecipazione delle

rono a termine i lavori di approvazione dell'importante legge di *Tutela dell'igiene e della Sanità Pubblica*<sup>59</sup>.

I dibattiti parlamentari precedenti l'approvazione della legge di sanità pubblica del 1888 offrono ancora oggi spunti di particolare rilievo per come i valori posti dalla questione sanitaria furono affrontati sotto le varie e confluenti prospettive etiche, politiche, economiche e sociali<sup>60</sup>. Il Parlamento ha accompagnato lo sviluppo normativo ponendo al centro la dignità del lavoratore e non il valore economico del suo prodotto, con una positiva evoluzione pari a quella già avvenuta nel Regno Unito e in Germania<sup>61</sup>.

I lavori parlamentari si avvalsero anche dei contenuti dell'indagine epidemiologica ordinata con l'inchiesta parlamentare commissionata nel 1885 "Sulle condizioni igieniche dei comuni". Il buon esempio venne a noi anche da altre nazioni che dimostrarono di essere più evolute delle nostre nell'aver affrontato e risolto delicati problemi umani, dotando la società di strumenti legislativi finalizzati alla protezione della vita fisica del lavoratore, dando così testimonianza del riconoscimento e affermazione del valore supremo della dignità dell'uomo, di cui espressione fondamentale è la salvaguardia della corporeità personale.

Il dibattito parlamentare si svolse con linguaggio elegante e in un coerente costruttivo confronto con quelle che costituivano le migliori condizioni di vita del mondo operaio in altre nazioni d'Europa. D'altra parte costante compito dell'impegno parlamentare è quello di identificare e proteggere con le norme i valori e i beni umani di volta in volta riconosciuti attraverso le diverse esperienze ricche di senso e di essere conducente alla regolamentazione giuridica per l'agire, come si tende anche oggi a decidere sulle questioni bioetiche, tutte legate alla vita dell'uomo.

---

comuni miserie, la vivacità dei lamenti, le ragioni di umanità, di economia, di tranquillità, di giustizia sociale". Il tema principale consisteva secondo Bertani nel "coordinare allo scopo gli enti amministrativi e il personale tecnico-scientifico, che vi deve infondere vita e valore". Il progetto sul *Codice di igiene* in 188 articoli venne presentato al Senato da A. Depretis nella tornata del 13 aprile 1886 con una relazione che ricalca in larga misura quella di Bertani. Spetterà a Crispi e Pagliani portare a compimento la legge di sanità pubblica solo due anni dopo. Appari A, *Itinerario dei progetti di riforma dall'Unità d'Italia a Crispi*, in Foschi F. [a cura], *Cent'anni fa...*, op. cit., p. 47-58. Appari A, *Il dibattito alla Camera*, in Foschi F, *ivi*, p. 95-105.

<sup>59</sup> Tra i protagonisti si ricorda il deputato e senatore siciliano Ignazio Filì Astolfone (Petralia Soprana 1836 – Palermo 1924), laureato in giurisprudenza, magistrato, seguì a Roma, in veste di capo-gabinetto, il procuratore Diego Tafani, divenuto "Ministro di Grazia, Giustizia e Culti". Vice-procuratore a Trani e poi a Messina, nel 1879 fu eletto alla Camera dei Deputati nel collegio di Aragona, poi di Agrigento e Licata, per dieci legislature. Dimessosi dalla magistratura da Consigliere di Cassazione, dopo molti anni, nel 1909 fu nominato Senatore del Regno.

<sup>60</sup> Senato del Regno, Legislatura XVI, *Discussioni*, Tornata del 25 aprile 1888.

<sup>61</sup> Camera dei Deputati, Legislatura XVI, *Discussioni*, Tornata del 12 dicembre 1888.

La società è luogo privilegiato di senso e di re-interpretazione dei valori con particolare riferimento a quelli riferiti ai principi non tanto di uguaglianza, spesso confusi con l'egualitarismo, ma di solidarietà e di giustizia: valori che fatalmente si articolano nel bipolarismo tra la concezione individualistica privatamente vissuta dalla comunità dominante che tende a mantenere lo status quo con il privilegio di sé (*vanitas*), e la convenienza di un benessere responsabile della collettività in cui tutti dovrebbero trovare le ragioni per riconoscersi e per dare spazio a un agire condiviso e responsabile nella reciprocità (*veritas*).

La presenza dei medici e della loro vigile disciplina, sempre orientata a far propria e a tramutare in sollievo, o almeno in sopportazione, la sofferenza dell'altro che chiede aiuto, ha offerto a questa pagina di storia della medicina le giuste opportunità e garanzie per lo sviluppo e l'affermarsi di quella sensibilità operativamente tradotta verso la tutela del crescente diritto alla salute, che oggi è valore civile e umano universalmente riconosciuto, ma a quel tempo sottaciuto nelle classi sociali di rango inferiore. Ancora una volta il senso comune si era soffermato sul sentimento di *pietas* scaturito dal triste e atavico connubio tra malattia e povertà racchiudendo in un unico soggetto l'*infirmus* e il *pauper*.

Il destino di questi uomini cominciò a volgere al meglio con la regolamentazione del lavoro dei fanciulli – legge 11 febbraio 1886 n. 3657 – che li garantì nella fase di inserimento nel lavoro industriale imponendo agli esercenti il rispetto della soglia di età minima per l'accesso (art. 1, comma 1), incrementabile qualora fossero stati esposti a quelli pericolosi e insalubri (art. 2); al contempo conferì ai medici, espressamente a quelli delegati dai Consigli circondariali di sanità, la responsabilità di erogare la certificazione di idoneità (art. 1, comma 2) al lavoro<sup>62</sup>.

Dibattiti parlamentari profondi, culturalmente ricchi e formalmente eleganti hanno preceduto l'approvazione delle due leggi, animati da illustri parlamentari, docenti universitari di varie facoltà, insigni giuristi ed economisti, sia nel-

---

<sup>62</sup> Il regolamento per l'esecuzione della legge sul lavoro dei fanciulli, a firma del Ministro dell'Agricoltura, Industria, e Commercio (MAIC) B. Grimaldi e del ministro dell'Interno A. Depretis, è stato approvato con regio decreto n. 4082 del 17 settembre 1886, pubblicato nella GU del Regno il 28 settembre ed entrato in vigore il 12 ottobre 1886. In data 23 settembre 1886 è stato editato a stampa e inviato con protocollo divisionale n. 17263 del 23 settembre 1886 ai Prefetti e ai Presidenti delle Camere di Commercio del Regno. Il documento era corredato della modulistica per le certificazioni e del libretto sanitario. Annali dell'Industria e del Commercio, Legislazione sul lavoro dei fanciulli. Tipografia Eredi Botta, Roma 1886. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 83.



l'aula del Senato del Regno<sup>63</sup> che della Camera dei Deputati<sup>64</sup>. Francesco Crispi<sup>65</sup>, siciliano di Ribera, ricopriva la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro dell'Interno all'epoca del dibattito del disegno di legge, che sostanzialmente fu la prima legge organica sulla sanità a 23 anni da quella del 1865 sull'amministrazione del Regno.

I medici<sup>66</sup> dei territori comunali prossimi alle zolfare quotidianamente impegnavano la loro opera nelle condotte e nei posti di soccorso. Tra i tanti che dedi-

<sup>63</sup> Giacomo Giuseppe Alvisi (1825-1892), Girolamo Boccardo (1829-1904), Francesco Brioschi (1824-1897), Luigi Guglielmo Cambray Digny (1820-1906), il palermitano Stanislao Cannizzaro (1826-1910), Gaspare Cavallini (1817-1903), Giacomo Giuseppe Costa (1833-1897), Luigi Ferrari (1813-1900), i catanesi Luigi Gravina (1830-1910) e Salvatore Majorana Calatabiano (1825-1897), Luigi Griffini (1810-1899), Jacopo Moleschott (1822-1893), Giacinto Pacchiotti (1820-1893), Spirito Riberi (1833-1915), Riccardo Secondi (1832-1902). Boiardi F, *I principali protagonisti ...* op. cit., p. 90.

<sup>64</sup> Bernardo Arnaboldi Cazzaniga (1847-1918), Alfredo Baccharini (1826-1890), Guido Baccelli (1830-1916), Nicola Badaloni (1854-1945), Ettore Bertolé Viale (1829-1892), Antonio Cardarelli (1832-1927), i palermitani Giuseppe Carnazza Amari (1840-1911) e Ignazio Filii Astolfone (1836-1924), Alberto Cavalletto (1813-1897), Luigi Chinaglia (1841-1906), Pietro Lucca (1850-1921), Giovanni Nicotera (1828-1894), Mario Panizza (1847-1911), Tommaso Senise (1848-1920), Sidney Sonnino (1847-1922), Corrado Tommaso Crudeli (1834-1900). Boiardi F, *I principali protagonisti ...*, in Foschi F, *Cent'anni fa ...*, op. cit., p. 106.

<sup>65</sup> Crispi Francesco (Ribera 1818 – Napoli 1901). Laureato in Giurisprudenza nel 1843 nell'Università di Palermo, iniziò la carriera nell'avvocatura e magistratura con successo. Dimostratosi subito spirito libero e indomito, seguì le vicende politiche e vi prese attivamente parte schierandosi costantemente per un riformismo di stampo socialista. Con sorprendente attualità era fortemente convinto che i gravi ritardi nel riordino della vita pubblica e dell'amministrazione e la mancanza di ogni libertà costituissero riprova del fallimento politico irrimediabile. Si dimostrò statista attento e risoluto, intelligente e rapido nel decidere e nell'agire. La legge sulla sanità e quella sulle opere pie sono stati due dei tanti fiori all'occhiello della sua lunga carriera di Parlamentare, Ministro, Presidente del Consiglio.

<sup>66</sup> Medici condotti comunali nominati dal Consiglio di Amministrazione del Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione nella seduta del 19 maggio 1909 nelle province di Caltanissetta, Girgenti e Palermo: Mazzarino, *Rocco Giunta*; Montedoro, *Giuseppe Di Francesco*; Delia, *Antonino Bordonaro, Vincenzo Tinebra*; Riesi, *Giuseppe Celestri, Giuseppe Ianni, Gabriele La Monica, Gaetano Siciliano*; San Cataldo, *Salvatore Mancuso, Cataldo Mancuso*; Aidone, *Antonino Prestifilippo, Francesco Mazzola*; Calascibetta, *Virgilio Mantegna*; Piazza Armerina, *Annunziato La Cara, Pasquale Giusto*; Valguarnera, *Vincenzo Manganaro, Luigi Prato*; Castrogiovanni, *Raffaèle Di Prima, Gaetano Granozzi, Angelo Vetri*; Villarosa, *Salvatore Restivo, Giovanni Agnello, Francesco Dainotto*; Serradifalco, *Gaetano Piazza, Angelo Sesta*; Sommatino, *Vincenzo Russo, Nunzio Spagnolo*; Campofranco, *Giuseppe Leone, Rosario Glorioso*; Favara, *Gerlando Spadaro, Gaetano Vita Miccichè, Raffaele Mulè*; Girgenti, *Libertino Alaimo, Cosimo Leopardi*; Campobello, *Giovanni Zaso, Pietro Curatolo*; Ravanusa, *Giovanni Testasecca, Salvatore Attanasio*; Canicattì, *Nicolò La Lumia*; Licata, *Antonino Managliano*; Comitini, *Luigi Buongiorno, Vincenzo Terrana*; Casteltermini, *Carmelo Lattuca, Rosario Castiglione, Michelangelo Macaluso*; Racalmuto, *Francesco Burruano, Luigi Busuito, Giuseppe Cavallaro, Calogero Grillo, Biagio Alfonso Tulumello, Nicolò Scimè*; Cianciana, *Alfonso Cinquemani, Salvatore Di Prazza, Marcello Mamo*; Palma di Montechiaro, *Calogero Arnone, Filippo La Marca, Giuseppe Mangiavillano*; Grotte, *Marco Bellavia, Giuseppe Ingrao, Antonio Seminero*; Aragona, *Luigi Guerrieri*; Lercara, *Domenico Miceli e Simone Teresi*. Archivio di Stato di Caltanissetta, *Co.Re.Mi.*, busta 85, fasc. 13. Il fascicolo è titolato "Posti di soccorso. Assistenza sanitaria nelle miniere".

carono la loro professione alla cura dei solfatarci si sono distinti Alfonso Giordano, costantemente accompagnato dal vivace spirito di ricerca e dall'animo umanitario, e Ignazio Di Giovanni per la sua instancabile attività organizzativa nelle zolfare. Il tema dei soccorsi in urgenza tuttavia era anche particolarmente sentito nella città di Palermo dove Alfredo Salerno<sup>67</sup> si adoperava a favore della fondazione dell'*Istituto dei Soccorsi Sanitari in urgenza*<sup>68</sup> ritenendo giusto dedicare attenzione particolare all'assistenza in emergenza e urgenza nei centri abitati a causa dei numerosi casi in cui i soccorsi risultarono inefficaci o per la difficoltà di reperimento del medico se lontano dal proprio ambulatorio o per intempestivo trasferimento del paziente ai centri di cura.

I medici furono anche meritevoli di promuovere sul territorio nuovi bisogni sanitari fornendo validi argomenti agli interventi della politica e sfruttando costruttivamente il nuovo clima culturale attorno alla tematica dell'igiene a favore delle disagiate classi operai e contadine.

I medici condotti ebbero un ruolo rilevante nell'assistenza al territorio e il dibattito parlamentare del 1888 riconobbe loro giusto merito tanto che si considerò l'opportunità della loro stabilizzazione nel lavoro dopo un periodo di prova. Anche se la traduzione applicativa della legge sul lavoro dei fanciulli lasciò non poche ombre sulla legittimità di comportamento di alcuni di loro<sup>69</sup>, tutta-

---

<sup>67</sup> Salerno Alfredo (Palermo, 1868-1946), laureato in Medicina e Chirurgia nel 1893, assistente ordinario nella Regia Università di Palermo dedicò la sua professione alla medicina del territorio e fu direttore dell'Ospedale della Congregazione di Carità a Torretta e dell'Ospedale dei Tisici alla Guadagna. Sempre più appassionato all'organizzazione dei servizi sanitari in urgenza, accanto all'attività medica in ospedale, iniziò una febbrile opera in seno alla CRI. Diresse i soccorsi per lo scoppio, il 19 dicembre 1907, di una armeria in via Grande Lattarini a Palermo. Partecipò alle operazioni di soccorso del terremoto di Messina del 1908 e si distinse per le attività profuse sul luogo e per l'accompagnamento dei feriti a Palermo a mezzo di *carri ambulanza* appositamente attrezzati. Da volontario partecipò al conflitto bellico della Prima Grande Guerra dove si distinse per l'infaticabile impegno nell'organizzazione dei *treni-ospedali* della CRI per il trasporto dei feriti dalle zone di guerra agli ospedali delle città. Sono sue l'idea di un "Istituto per i soccorsi in urgenza" e la descrizione di un "percorso del paziente in acuzie". Malta R, *Ignazio Di Giovanni, Alfredo Salerno e l'organizzazione dei soccorsi nelle zolfare e in città*, in Gerbino A. (a cura), Plumelia, Almanacco di cultura. Officine Tipografiche Aiello & Provenzano, Bagheria 2010, p. 549-566.

<sup>68</sup> Per l'approfondimento sui treni ospedale: *I treni ospedale della Croce Rossa Italiana e del S.M.O di Malta*. Rivista tecnica delle ferrovie italiane, 1915; VIII (1): 1-3 e tavole allegate.

<sup>69</sup> Il 07.08.1888 il Prefetto scrisse ai Sottoprefetti una nota con contenuti desunti dal rapporto dell'Ingegnere del D. M. di Caltanissetta sulla vigilanza esercitata in funzione della corretta esecuzione della legge sui fanciulli e della circolare del MAIC n. 24601 del 28.12.1886, tranciante certa pratica medica. Accusava la mancata tutela della salute dei fanciulli, abusi e pretese eccessive per il pagamento non dovuto della prestazione sanitaria sull'obbligo di certificazione per l'ammissione al lavoro, negligenza con cui la visita veniva svolta, attenzione alla formalità burocratica e non alle garanzie di salute dei minori; sollecitava altresì l'opportunità di coinvolgere il Consiglio Circondariale di Sanità in occasione della revisione dell'elenco dei medici delegati come da articolo 9 del Regolamento 17.091886. ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

via Badaloni conferì alla categoria il massimo rispetto e dignità, rivolgendo loro queste parole di elogio nel corso del suo intervento alla Camera dei Deputati<sup>70</sup>:

*“La classe dei medici condotti rende e ha reso troppi servigi, perché non abbia diritto di vedere la sua sorte finalmente migliorata. Bisogna vivere nei villaggi per vedere l’opera efficace e civilizzatrice del medico condotto. Nei tempi ordinari, voi lo vedete apostolo di igiene, di carità, di civiltà e di libertà; nell’ora triste delle epidemie egli è il capitano, che impartisce gli ordini, e il soldato che muore, ignorato, sulla breccia; nelle calamità pubbliche è esempio mirabile di disinteresse e di abnegazione; nell’ora in cui la patria chiama i suoi figli alla propria difesa, noi abbiamo visto i medici condotti mantenere accesa la face del patriottismo e compiere sul campo il proprio dovere di cittadino. L’opinione pubblica ha reso già giustizia a questi martiri oscuri, che combattono, giorno per giorno, la lotta per l’esistenza, senza altro conforto che la coscienza del dovere compiuto”.*

Senise sostenne le loro ragioni col dire di loro che costituivano<sup>71</sup>:

*“una figura invidiata da tutti gli altri paesi del mondo”*

il senatore Giacinto Pacchiotti, loro mentore, non lesinò tenere parole di elogio<sup>72</sup>:

*“Questi paria dell’ordine medico trovasi dovunque; [...] provvidenza del povero, del contadino, dell’operaio, sempre benefico, disinteressato, generoso con tutti, sempre nell’esercizio del suo ministero, di giorno, di notte, in ogni stagione, per vento, per pioggia, per neve, senza muovere mai un lamento contro chicchessia. Egli sta vigile scolta per servire l’umanità sofferente, non ricevendo sovente in concambio che l’ingratitude. [...] Nel suo paese è il più potente elemento di progresso, di civiltà, di libertà, di amor patrio [...]”.*

Secondo altri punti di vista il medico di campagna appariva integrato a un sistema benefico-assistenziale che, ravvisate le cause *anche sociali* delle malattie,

---

<sup>70</sup> Badaloni Nicola (1854-1945), medico illustre, docente di Patologia e Clinica Medica a Perugia, titolare della cattedra di Patologia a Napoli, rinunciò alla carriera accademica per continuare a svolgere la professione di medico condotto nel Polesine, impegnandosi soprattutto nelle opere di soccorso delle popolazioni contadine. Eletto alla Camera dei deputati per la XVI legislatura su posizioni radicali di ispirazione mazziniana, è stato rieletto dalla XVIII alla XXIV legislatura, passando sulle posizioni del riformismo socialista. Rimanendo fedele alle sue scelte è stato espulso dal Partito Socialista nel 1912, ma G. Matteotti lo ricorderà sempre come un “autentico apostolo del socialismo”. Boiardi F, *I principali protagonisti...*, in Foschi F, Cent’anni fa..., op. cit., p. 106.

<sup>71</sup> Senise Tommaso (1848-1920) si laureò in Medicina all’Università di Napoli e fu libero docente di patologia medica. Di idee costantemente liberali, fu parlamentare dal 1886 al 1897, schierandosi in prevalenza su posizioni ministeriali. Camera dei Deputati, Legislatura XVI, *Discussioni*, 12 dicembre 1888, pag. 5965.

<sup>72</sup> Pacchiotti Giacinto (1820-1893) si laureò in Medicina all’Università di Torino e insegnò ivi clinica chirurgica propedeutica. Senato del Regno, Legislatura XVI, Atti Parlamentari, *Discussioni*, Tornata del 25 aprile 1888, p. 1316.

si prendeva cura delle condizioni igienico-sanitarie *soltanto individuali* degli assistiti, vestendosi del ruolo culturale più di tipo pedagogico che scientifico<sup>73</sup>. Era un modello di medico di famiglia tipico dei piccoli centri abitati, come erano quelli in cui operavano i nostri medici dell'entroterra siciliano e nelle zolfare.

Una figura del tutto diversa ha tratteggiato Ravizza il quale, in maniera critica, descrivendo i comportamenti dei medici lombardi, scrisse<sup>74</sup>:

*“Professione liberale e affinità borghesi installano i medici di preferenza nelle città, dove si concentrano ricchezze, comodità sociali e luoghi di istruzione. Ripartizione senza equità: non sono le famiglie sfortunate, mal nutrite, male alloggiate, esposte alle peggiori infezioni epidemiche [...] ad attirare o trattenere le più forti concentrazioni di medici. Essi non si precipitano nelle agglomerazioni proletarie”*.

Il modello di medico che mostra la storia delle zolfare è quello di Pacchiotti e Badaloni, non quello di Ravizza, anche se il prefetto di Caltanissetta con una nota del 7 agosto 1888 indirizzata ai sottoprefetti di Piazza Armerina e di Terranova di Sicilia, richiamando le raccomandazioni della circolare del Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio n. 24601 del 28 dicembre 1886, accusò la categoria senza mezzi termini perché<sup>75</sup>:

*“La spesa della visita medica che i fanciulli operai devono subire prima di venire ammessi al lavoro si fa generalmente sostenere dai fanciulli stessi. Si è dovuto ancora notare che le pretese dei medici sono eccessive o, quanto meno superiori a quelle che dovrebbero averci trattandosi di operai poverissimi”*.

E ancora più severamente il documento continua:

*“Salve poche eccezioni, i medici, anche pagati, disimpegnano con poco zelo il loro ufficio”*.

La missiva non tralasciò di invocare il rapido e rigoroso intervento del Consiglio Circondariale di Sanità in occasione della revisione dell'elenco dei medici delegati e il sottoprefetto scrisse ai sindaci rimarcando che i medici condotti erano obbligati per contratto ad eseguire gratuitamente la visita ai fanciulli.

La relazione sull'applicazione della legge sul lavoro dei fanciulli mise in evidenza numerose criticità e abusi<sup>76</sup>: alcuni Municipi erano sprovvisti dei libretti sanitari obbligatori, mentre altri li emettevano dietro pagamento, contravvenendo al Regolamento del 17 settembre 1886; altri ancora obbligavano i fanciulli a

<sup>73</sup> Cosmacini G, *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Editori Laterza, Bari 2010, p. 293.

<sup>74</sup> Ravizza C, *Un curato di campagna. Schizzi morali*. Tipografia Boniardi-Pagliani, Milano 1852, p. 31 e 63-64, in Cosmacini G, *Storia della medicina e...*, op. cit., p. 293.

<sup>75</sup> Il contenuto della nota del Prefetto del 7 agosto 1888 sul tema dei rapporti tra lavoro dei fanciulli e medici delegati è un vero atto di accusa. ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

<sup>76</sup> Camera dei Deputati, XX Legislatura, I Sessione 1898, Atti Parlamentari. A. Di Rudinì, Ministro dell'Agricoltura, Industria e Commercio: *Relazione sull'applicazione della legge 11 febbraio 1886 sul*

provvedersi da sé stessi trovando in vendita modelli non conformi; altre volte furono rilasciati ai fanciulli libretti non completamente compilati perché carenti della firma dell'ufficiale di stato civile o del bollo comunale o del numero d'iscrizione nel registro comunale o a volte anche con le generalità del fanciullo in bianco. Capitava anche che i Municipi rilasciassero ai fanciulli i libretti ancor prima che questi avessero raggiunto l'età minima per l'inserimento al lavoro ovvero anche prima di essere stati giudicati idonei alla visita medica: inadempienze che si verificavano più frequentemente nei comuni dove i medici chiedevano di essere ingiustamente remunerati.

#### TEMATICHE NOSOLOGICHE

L'assistenza sanitaria ai solfatarci ha stimolato l'attenzione alle specifiche problematiche e ha rappresentato fruttuosa occasione di ricerca per gli studiosi che hanno descritto i quadri clinici tipicamente riscontrati in Sicilia. Le originali osservazioni sono state trasferite alla comunità scientifica nel corso dei congressi delle allora giovani discipline della Medicina del Lavoro e dell'Igiene con i risultati delle ricerche diffusi attraverso riviste specializzate. Quadri clinici mai prima osservati sono stati identificati, descritti e documentati nei centomila inserti delle visite eseguite agli operai presso la Direzione Medica del Sindacato nel ventennio a decorrere dal 1904: purtroppo materiale documentale non più disponibile<sup>77</sup>.

La prolusione di Antonio Mori al Congresso Nazionale di Palermo del 1947, a 40 anni dal I Congresso Nazionale della Società celebrato pure a Palermo, ha rievocato la schiera degli studiosi di Sicilia che misero in evidenza le condizioni antropologiche, psichiche e addirittura di inferiorità biologica dei lavoratori siciliani, in particolare dei solfatarci, a causa della qualità dell'ambiente di lavoro,

---

*Lavoro dei Fanciulli dal 1° gennaio 1893 al 30 giugno 1896.* Tipografia della Camera dei Deputati, Roma 1898, p. 12-13. Archivio Centrale di Stato di Roma, Ministero Interno, Direzione Generale di Sanità, busta 80, p. 12.

<sup>77</sup> Pompeo Colajanni, fu direttore del Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione per gli infortuni sul lavoro delle miniere di zolfo. L'archivio, come frequentemente accade in Italia, anziché essere trattato come una irripetibile e non più trascrivibile testimonianza di un periodo storico inerente fatti e vita degli uomini, è spesso visto per la sua voluminosa apparenza cartacea e per gli spazi che occupa come un peso inutile, una realtà morta della quale se ne può fare a meno o impunemente liberarsi. È il caso dell'archivio delle zolfare dove per necessità di economie fu licenziato l'archivista che vi prestava servizio da 19 anni, fin dalla nascita delle attività del Sindacato. Colajanni P, *Notizie e dati sulla istituzione e sul funzionamento del Sindacato Siciliano Infortuni, prima, durante e dopo la guerra mondiale*, in *L'Industria Mineraria...*, op. cit., p. 107.

degli eccessivi carichi trasportati, della precoce attività lavorativa e della scarsa alimentazione. Si presentano di seguito i principali studiosi di Sicilia con il loro peculiare contributo scientifico.

*Alfonso Giordano* condusse ricerche sui danni a carico dello sviluppo fisico de *i carusi*<sup>78</sup>, descrisse col nome di *theapneumoconiosi*<sup>79,80</sup> un'affezione polmonare ritenuta tipica dei solfatarci, identificò per primo in Sicilia l'*Anchilostoma di Dubini* quale causa dell'anemia dei minatori.

*Arnaldo Trambusti*<sup>81</sup>, *Alessandro Amato*<sup>82</sup> e *Giuseppe Gabrielli*<sup>83</sup> con i loro approfonditi studi epidemiologici e di patologia generale osservarono che la maggior parte delle miniere erano infestate dall'anchilostoma, ma che in alcune di esse la qualità del suolo non dava esito a sviluppo pur vigendo analoghe malsane abitudini igieniche. Studiarono anche la malaria nei solfatarci.

*Giuseppe Giardina* si occupò dello sviluppo scheletrico de *i carusi* e del lavoro delle donne, spesso occupate nella cernita del minerale negli spiazzali antistanti la zolfara ovvero insieme ai genitori costrette al trasporto dello zolfo all'esterno.

*Pietro Vasta* sviluppò le osservazioni sullo sviluppo dello scheletro dando comunicazione al I Congresso Internazionale delle Malattie del Lavoro (CIML) del 1906 con il titolo "Il torace deforme dei carusi e la legge sul lavoro dei fanciulli".

*Ignazio Di Giovanni* al I Congresso Nazionale delle Malattie del Lavoro (CNML) del 1907 riferì sulle tare organiche dei solfatarci.

---

<sup>78</sup> *Caruso* significa piccolo di età. In miniera era la qualifica minima, di livello più basso e posta alle dipendenze del *picconiere*. In quanto qualifica perdeva la caratterizzazione dell'età, sicché si poteva rimanere *carusi* a vita. In dialetto siciliano è forma vezzeggiativa di *ragazzino*. Noi preferiamo indicarli non come *carusi*, ma *i carusi*, volendo far risaltare l'indeterminatezza che li contraddistingueva, la bassa reputazione, l'assenza del riconoscimento della personale dignità intrinseca, il basso livellamento sociale, la loro numerosità. Infatti anche Vittorio Savorini, autore di una relazione sulle condizioni delle zolfare del 1881, si interroga: "Come si chiamano quegli operai? di chi sono quei fanciulli? di che hanno bisogno?" Savorini V, *Condizioni economiche e morali dei lavoratori nelle miniere di zolfo e degli agricoltori della provincia di Girgenti*. Stamperia Provinciale Commerciale di Salvatore Montes 1881, p. 9.

<sup>79</sup> Giordano A, *Le malattie dei solfatarci con speciale riguardo alla theapneumoconiosi*. Bollettino della Società d'Igiene di Palermo, 1897; 4: 145.

<sup>80</sup> Atti del 1° Congresso Nazionale delle Malattie del Lavoro, Palermo 1907.

<sup>81</sup> Arnaldo Trambusti, Direttore dell'Istituto di Patologia Generale dell'Università di Palermo dal 1898 al 1915. Salerno A, Gerbino A [a cura], *Un laboratorio lungo Cent'anni*. Sciascia Editore, Bagheria 2005, p. 37.

<sup>82</sup> Amato Alessandro, Direttore dell'Istituto di Patologia Generale dell'Università degli Studi di Palermo dal 1925 al 1949. Salerno A, Gerbino A [a cura], *Un laboratorio...*, op. cit., p. 38.

<sup>83</sup> Gabrielli Giuseppe, assistente dell'Istituto di Patologia Generale dell'Università degli Studi di Palermo al tempo in cui era direttore il prof. Arnaldo Trambusti.

*Francesco Burruano* al I CIML riferì sui risultati di 18 anni di esperienza sulle malattie dell'apparato respiratorio e oculare, colonna vertebrale, parete addominale.

*Achille Albanese* nel 1913 al IV CNML riferì di un suo studio statistico –epidemiologico condotto dal 1906 al 1911 su 812 solfatarici ricoverati presso la casa di cura da lui diretta documentando elevata frequenza di patologie bronchiali, anchilostomiasi, ernie.

*Antonio Cammarata* portò un notevole contributo al IV CNML su “La bronchite da fumo negli operai solfatarici della Sicilia ed il modo di prevenirla”. Si intendeva per *fumo* l'anidride solforosa.

*Ernesto Crisafulli* della Clinica Medica di Palermo studiò gli effetti di alcuni ordinamenti del lavoro nella patogenesi di stati nevrogenici della delinquenza. Egli riportò vari esempi di psicosi criminale in operai di diversi mestieri deducendo che l'autointossicazione da fatica conduceva a impulsi omicidi, l'alcolismo ad eccessi erotici ed anche, al pari del saturnismo, alla cleptomania.

*Giacomo Russo* nella relazione “La questione dei carusi nelle zolfare di Sicilia”, al CN dei Patronati Italiani dei Minorenni condannati condizionalmente, tenuto in Firenze nel 1913 e pubblicato nel 1914 nella Nuova Antologia, invocava dallo Stato energica azione protettiva, tanto più urgente in quanto corrispondente a una dolorosa necessità e interesse pubblico della più grande portata.

*Lucrezio Bartoli*, attivo a Riesi, descrisse nel 1901 l'epidemia di anchilostomiasi comparsa nella provincia di Caltanissetta e con grave intensità nel suo paese.

*Calogero Valenti* al I CNML diede il proprio contributo di ricerca sull'Anchilostomiasi.

Colera e malaria divennero oggetto di interventi sanitari specifici: in particolare la malaria di campagne di lotta e bonifica del territorio; le malattie respiratorie furono particolarmente studiate dai ricercatori dell'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Palermo<sup>84</sup>.

A fianco delle ricerche si sviluppava il settore dell'organizzazione degli interventi sanitari con crescenti iniziative: l'assistenza dei soccorsi in miniera in campo traumatologico fu sviluppata procedendo dal modello sedentario e residenziale tipicamente erogato nel luogo di pronto soccorso, a quello dinamico con le squadre di salvataggio organizzate per intervenire accorrendo dove richiamati dalla necessità, al pari di quanto anche oggi avviene per le differenti fun-

---

<sup>84</sup> Si ricordano gli studi dell'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Palermo: Fradà G. sulla *Tubercolosi dei solfatarici* (1961) e sul *Quadro clinico funzionale della broncopneumopatia cronica dei solfatarici* (1964); Paparopoli G. sulla *Patologia bronchiale*; Salamone L. sulla *Morbosità, Morbilità e Assenteismo negli operai delle zolfare* (1957).

zioni del Pronto Soccorso e del Servizio di Emergenza Urgenza che risponde al numero di chiamata 118.

Per ciascuna patologia l'organizzazione si è sforzata di perseguire il modello più adeguato e meglio proporzionato alle risorse economiche allora disponibili, coniugando le giuste *necessità sanitarie* con la *parsimonia economica*. I documenti e le pubblicazioni degli illustri medici e uomini di scienza testimoniano l'impegno profuso ad alti livelli assistenziali e organizzativi, pur in un'epoca e in un entroterra siciliano segnati inesorabilmente da arretratezza culturale ed economica.

Al progresso culturale di questo vasto e popolato settore produttivo ha garantito un elevato contributo culturale la *Rivista del Servizio Minerario* (RSM) pubblicata dal MAIC a partire dal 1877 con l'obiettivo di trattare tutte le tematiche e le annesse problematiche e iniziative, comprese le sanitarie e le legislative, relative allo sfruttamento delle cave e delle miniere sul territorio nazionale.

La RSM ha avuto il merito di aver documentato annualmente le iniziative intraprese a favore dell'assistenza sanitaria, il resoconto statistico degli incidenti occorsi, il numero di feriti e di decessi, l'incidenza delle malattie infettive, le innovazioni legislative e normative, nonché le nuove attrezzature e tecnologie, frutto della nascente branca dell'ingegneria sanitaria. Essa contribuì inoltre a favorire lo sviluppo della necessaria attenzione alla sicurezza nel mondo del lavoro che ancora oggi con le sue vittime tiene desta la coscienza di ognuno di noi e a cui la società civile non riesce a dare adeguata risposta<sup>85,86</sup>.

Conquista importante quindi dell'ultima frazione del secolo XIX fu la promozione della sensibilità per le tematiche inerenti l'igiene degli ambienti domestici e di lavoro. L'Italia pagava un prezzo molto alto in termini di vite umane perse sia in età infantile che adulta. Il territorio era pervaso da malattie infettive per scarsa igiene nell'alimentazione, nelle abitazioni e nella cura personale. La Sicilia in special modo pativa gli effetti di una condanna secolare all'arretratezza già testimoniata oltre tre secoli prima da Giovanni Filippo Ingrassia (1512-1580) nel suo *Informatione del pestifero et contagioso morbo* (1576) il quale, riferendosi alla città di Palermo, denunciava essere, diversamente da Napoli, ancora priva di rete fognaria.

A monte dei fatti accennati ci sono coloro che hanno preso parte alla nascita del *Servizio Sanitario delle Zolfare* i cui comportamenti, se rivisitati in chiave etica, mostrano di avere arricchito quella esperienza umana che, anche se per gli

---

<sup>85</sup> Femminis S, *Infortuni sul lavoro in Italia*. Aggiornamenti Sociali, 2003; 12: 831-834.

<sup>86</sup> Tintori C, *Contro le morti bianche*. Aggiornamenti Sociali, 2009; 1: 74-76.



aspetti pratici e pragmatici dell'esercizio medico non potrà più essere riproposta, ha tuttavia confermato l'irrinunciabile patrimonio di valori in gioco – assistenza medica, qualità del rapporto tra il medico, il paziente e il servizio sanitario, sicurezza negli ambienti di lavoro – e ne ha sancito la loro perennità.

# Il corpo testimonia rischi, fatiche, miseria

### INCIDENTI E CAUSE

Il faticoso e rischioso lavoro nelle zolfare di Sicilia ha offerto sostentamento a migliaia di misere famiglie al prezzo di un elevato contributo in vite umane, oggi *morti bianche*, e di numerosi invalidi tra i sopravvissuti.

Il rosario di vittime per incidenti ora in una ora in un'altra zolfara è stato interrotto dalle gravissime sciagure della miniera Gessolungo il 13 novembre 1881 con 65 morti e 41 feriti, della Tumminelli del gruppo Gessolungo-Iuncio il 6 giugno 1882 con 41 morti e 54 feriti, della Cozzo Disi Serralunga il 4 luglio 1916 con 89 morti<sup>1</sup>.

Le statistiche annuali sugli infortuni e vittime curate dal MAIC e pubblicate sulla *Annali di Agricoltura*, poi diventata *Rivista del Servizio Minerario*<sup>2</sup>, hanno considerato queste sciagure “eventi eccezionali”, ma sarebbe più corretto aggiungere “in una quotidianità costellata di frequenti incidenti e decessi”. Rispetto ai tragici smisurati disastri, gli incidenti quotidiani, quantunque mortali e accompagnati da inevitabili lutti e dolore, apparivano un evento abituale ed evenienza a cui era

---

<sup>1</sup> La tragedia della miniera Cozzo Disi in Casteltermini fu particolarmente frustrante perché, a parte il gran numero di vittime, intervenne nel momento in cui i servizi di assistenza sanitaria nelle zolfare erano stati avviati, ma nessun aiuto fu possibile porgere agli infortunati, e i pochissimi superstiti si salvarono soltanto per fortuite coincidenze.

<sup>2</sup> La rivista “Annali di Agricoltura” edita dal MAIC nel 1879 con i dati del 1877, a decorrere dal 1891 fu pubblicata con il titolo di “Rivista del Servizio Minerario”.

impossibile sottrarsi, accettata o forse meglio dire subita<sup>3</sup>. I medici hanno accolto la sfida volendo trasformare, attraverso interventi combinati e su più settori, le negative esperienze in opportunità di apprendimento, correggendo criticità e inefficienze del gracile sistema di protezione della salute. Leggi e regolamenti hanno chiamato a responsabilità coltivatori e proprietari ponendo loro il vincolo di dover provvedere alla copertura economica dell'assistenza. Dall'inesistente attenzione alle problematiche medico-sanitarie si è pian piano guadagnata la promozione di un sistema organizzato, specie nelle urgenze traumatologiche, tra le scontate e inevitabili difficoltà del reperimento dei fondi per l'acquisto delle dotazioni strumentali e per gli investimenti per la formazione teorico-pratica del personale.

Tra i fattori favorevoli la scarsa attenzione agli infortuni e ai disastri si enumeravano le sperequate *condizioni contrattuali*. L'avidità di guadagno induceva allo sfruttamento e il *sistema del partito* dava forma e sostanza a un associazionismo con il quale i *partitanti*, cioè gli operai picconieri, gestivano in proprio la zolfara facendosi carico degli oneri di esercizio e di ogni responsabilità civile. L'estrazione e la lavorazione del minerale avveniva in proprio, si riconosceva al proprietario un prezzo per unità di misura di materiale cavato rivendendo successivamente la quota netta a un prezzo convenuto superiore a quello del listino commerciale del giorno della consegna. Si può comprendere come il sistema delle *sub-gabelle* adottato dai *partitanti* fosse rovinoso per lo sviluppo della sicurezza, perché il perseguimento del più alto margine di reddito era in rapporto al volume di materiale estratto in funzione del tempo e del numero di solfataria<sup>4</sup>. Con la paga a cottimo o a giornata<sup>5</sup> risultava pertanto più conveniente sfruttare le zone più ricche di minerale, noncuranti dei piani di estrazione e del doveroso rispetto delle leggi della statica a cui la natura obbliga senza possibilità di deroga: obiettivo prioritario era produrre molto e in fretta, nonostante i pericoli della tumultuosa lavorazione. A questi rischi si aggiunge che la scarsa considerazione sociale assegnata ai solfataria, specie alla categoria de *i carusi*, non suscitava negli esercenti giusta attenzione alla denuncia

<sup>3</sup> Nella relazione sul servizio minerario del 1881, anno in cui si sono registrati incidenti con 140 morti, in riferimento alla situazione generale si legge “[...] *ma tolto questo infortunio eccezionale* [...]”, trascurando gli altri che insieme avevano provocato un numero di decessi superiore a quelli patiti nella Gessolungo. Nel 1882 si è assistito a una vera e propria “valanga burocratica” con l'emissione di 84 ordinanze sulla sicurezza e soccorsi. L'ingegnere capo, vista la triste esperienza degli anni precedenti, si adoperò anche con premi e remunerazioni per evitare tali tragedie. MAIC, *Relazione sul servizio minerario 1881-1882*. Annali di Agricoltura 1883-1884. Tipografia Eredi Botta, Roma 1884.

<sup>4</sup> Oliveri FS, *Le Miniere di Lercara: studi e ricerche, 1878-1925*. ISPE Archimede, Bagheria 2004, p. 42.

<sup>5</sup> Il trattamento economico dei picconieri era commisurato a 12-14 ore al giorno e de *i carusi* ad 8 ore, con relativa trattenuta del 2,0% per l'assicurazione. Archivio della Società di Storia Patria di Roccapalumba “Francesco Rosolino Fazio”. Busta 2, anni 1886-1931.

degli incidenti. La documentazione sulle pratiche di infortunio consultata presso l'Archivio di Stato di Caltanissetta evidenzia anche l'insufficienza dei dati anagrafici di costoro. È presumibile anche che lo sfruttamento de *i carusi* in violazione delle leggi avesse generato, in carenza del rigore applicativo, anche condizioni favorevoli a celare dolosamente quanto a loro danno accadeva e non mancano i presupposti per ritenere sottostimate le informazioni sanitarie sugli incidenti. Il MAIC attraverso il Co.Re.Mi. con sede in Caltanissetta, il cui distretto minerario teneva il territorio più esteso della Sicilia con 377 miniere attive nel 1910, sovrintendeva a tutte le attività estrattive e alle funzioni correlate.

I dati statistici annuali sugli infortuni e decessi nelle miniere di zolfo in Sicilia documentano, pur nella verisimile insufficienza, i tragici patimenti della popolazione operaia e le conseguenze dei rispettivi nuclei familiari. Si deve attendere il crescente sviluppo delle attrezzature tecnologiche protettive per veder migliorare gli interventi di assistenza e soprattutto quelli di prevenzione. Le cause più frequenti di incidente sono di seguito sintetizzate al fine di conoscere la tipologia dei traumi<sup>67</sup>. Di seguito si offre una breve sintesi degli eventi più frequenti e più gravi.

- a) *Distacco di roccia*. Era l'incidente più frequente e sofferto. Masse rocciose distaccate dalle volte delle discenderie, rovinavano pesantemente sui minatori, schiacciando solitamente singoli operai ovvero ostruendo i camminamenti e lasciando prigionieri gruppi più o meno numerosi di essi. La causa più frequente risiedeva nella scarsa cura e negligenza nell'ispezionare le volte delle miniere. Inoltre piccole lesioni sotto l'effetto delle vibrazioni esitavano in cedimenti improvvisi.
- b) *Scoppio di grisou*. È un gas molto leggero rispetto all'aria, composto in prevalenza da metano, contenuto in alcune rocce, specie le solfifere, si accumula nelle cupole dei camminamenti. Nelle zolfare il grisou non era costantemente presente e gli incidenti erano saltuari, ma con danni personali rilevanti, visto che i minatori lavoravano nudi per l'elevato tasso di umidità. La sua fiammata, rapida ad accendersi ed esaurirsi, bruciava la superficie di contatto. Bastava un sottilissimo indumento di protezione per prevenire ustioni che avrebbero imposto alla vittima la ricerca tormentosa di un improbabile refrigerio e impedire una morte tra atroci dolori. Se inalato produceva scottature

---

<sup>6</sup> La Porta A, *Il bacino di Racalmuto nella storia mineraria regionale*. Storie paesane, Montedoro anno 2000, p. 52-59 (Dattiloscritto ricevuto dalla figlia dell'Autore).

<sup>7</sup> Nel decennio 1914-1923 si ebbe la media di 248,4 infortuni non seguiti da morte e 4,2 mortali per 1.000 operai. In rapporto ai volumi di produzione si sono avuti un infortunio semplice ogni 63,3 tonnellate di prodotto e un decesso ogni 4.401. Di Giovanni I, *L'organizzazione dei posti...*, op. cit., p. 218-222.

anche nelle mucose respiratorie, evenienza che i solfatarari descrivevano con l'espressione di *bere l'antimonio*. Allo scoppio del grisou poteva seguire la frana del minerale e allora la causa del danno diventava composita.

- c) *Inalazione di idrogeno solforato o acido solfidrico*. Si tratta di un gas dal caratteristico odore di uova fradice, più pesante dell'aria, che si accumula nel suolo e nelle zone inferiori delle discenderie. Velenosissimo, determina stato confusionale e stordimento prima ancora di avvertirsi l'odore: la vittima cadendo a terra muore rapidamente per il respirare concentrazioni più elevate. A differenza degli altri incidenti che causavano vittime isolate o a gruppi in modo simultaneo, quelle da inalazione di idrogeno solforato sono state, e continuano ancora oggi ad essere, plurime e susseguenti, sostenute caratteristicamente da quel libero e consapevole atteggiamento di solidarietà umana che comporta l'accorrere per tentare di salvare il compagno di lavoro, spesso anche un congiunto: il gas li uccide tutti uno dopo l'altro in una sorta di letale catena di solidarietà.
- d) *Intossicazione da anidride solforosa*. Dovuta a un gas sviluppato per combustione dello zolfo; è dannosa a tutti gli esseri viventi, compreso flora e fauna. Solubile in acqua si può resistere ad essa per un tempo limitato respirando attraverso un panno inumidito. Volgarmente detta *fumo*, si sprigionava con il brillamento delle mine e l'incendio della sottile polvere di zolfo. Le correnti d'aria spostavano l'esalazione investendo più o meno massicciamente gli operai alla ricerca delle difficili vie di fuga. La broncopatia cronica di tipo asmatico si instaurava in coloro che erano esposti alle continue esalazioni dei calcaroni e dei forni Gill, mentre il danno acuto della mucosa bronchiale conduceva a morte.
- e) *Asfissia da anidride carbonica*. Dovuta alla respirazione di un gas inodore e più pesante dell'aria, detto *rinchiusu* perché si accumulava nelle zone prive di ventilazione; la concentrazione di ossigeno si riduceva a livelli non compatibili con la vita, tanto che neanche la fiamma poteva bruciare.
- f) *Caduta nei pozzi*. L'incidente era dovuto alla precipitazione nel vuoto o perché l'operaio si accorgeva in ritardo di spingere il vagone oltre la linea di pericolosità ovvero cadeva nel vuoto per la mancanza del blocco di sicurezza della porta in assenza dell'ascensore al piano.
- g) *Malattie professionali*. Hanno rappresentato causa di invalidità temporanea o permanente. Tra il 1960 ed il 1975, quando le attività estrattive si avviavano alla conclusione, alla quasi totalità dei lavoratori in miniera l'INAIL riconosceva l'indennizzo per malattia professionale. Ciò anche per via dello sviluppo di più sensibili strumenti di definizione diagnostica per le broncopatie, le cardiopatie, le artropatie croniche e irreversibili.

Con riferimento agli incidenti da scoppio di mina, su raccomandazione della Commissione di Vigilanza, il Consiglio di Amministrazione del Sindacato Obbligatorio Siciliano il 16 febbraio 1922 deliberò di inviare ai soci una circolare relazionando sugli infortuni avvenuti nei due anni precedenti, auspicando la modifica dei comportamenti che causavano evitabili incidenti e chiamando unitamente a responsabilità soggettive operai ed esercenti (tab. 1). Molti incidenti avvenivano per condotte e pratiche vietate.

---

TABELLA I. IMPRUDENZA E AVIDITÀ TRA LE CAUSE DEGLI INFORTUNI

---

Manovre vietate:

- a) imprudente manipolazione clandestina del clorato di potassa, del quale gli operai ignoravano l'instabilità fisica e la sua facile esplosione alle variazioni termiche e agli urti;
- b) tentativi di riutilizzo delle mine mancate, contrariamente al tassativo disposto dell'art. 35 del Regolamento del 18 giugno 1899 n. 232;
- c) imperfetta escavazione del foro di mina che costringeva a pigiare in fondo la carica esplosiva con colpi di calcatoio;
- d) colpevole persistenza dell'operaio nell'utilizzare il calcatoio di ferro anziché di legno;
- e) caricamento del foro di mina appena scavato senza attendere il suo raffreddamento.

---

Le scarse ma precise indicazioni impartite contribuirono alla formazione del personale e si dimostrarono utili a evitare grossolani errori: quindi la prevenzione era possibile, ma sostanzialmente non voluta.

Negli operai la percezione del rischio incombente era ben presente e temuta tanto che Mario Zurli testimonia che il lavoratore, quando al mattino si apprestava a scomparire nelle discenderie, gli indirizzava un saluto raccomandando di volersi benevolmente prendere cura dei propri familiari nel caso in cui non fosse riemerso alla luce sano e salvo. Il direttore di miniera in quella quotidiana ritualità assumeva la veste affidabile e responsabile del riferimento affettivo: a lui anche il triste compito di comunicare alla famiglia l'eventuale disgrazia.

Nel vissuto degli operai il rimanere in vita dopo una sciagura era come se si fosse rimasti incolumi, proprio perché a essere fatta salva era la possibilità di continuare a lavorare: si affrontava il danno personale in modo riduttivo, limitato, sottoponendolo al valore del lavoro, mentre avverrà il contrario dopo l'introduzione dei benefici assicurativi e previdenziali. La popolazione mineraria era

anche macchiata di scadente reputazione morale perché ivi confluivano frequentemente, anche se non esclusivamente, i non accolti in altri settori lavorativi per carenti qualità morali o intellettive: erano di solito analfabeti, ignoranti e i dedicati all'alcool commettevano gravi negligenze anche per la caduta dei livelli di attenzione o per stanchezza fisica: tragica miscela di concause negative facilitanti gli eventi avversi.

## INFORTUNI E DATI STATISTICI

Attraverso la Rivista del Servizio Minerario edita dal MAIC si sono ricostruiti i dati sul numero di addetti per anno, l'epidemiologia degli infortuni sul lavoro con la media per quinquennio a decorrere dal 1877<sup>8</sup> (grafico 1) e la correlazione con lo sviluppo delle norme di legge (grafico 2).



Grafico 1: Numero medio di solfatarai in Sicilia (1877-1954)

Per un lavoro scarsamente assistito dai mezzi meccanici la produzione di minerale era direttamente proporzionale alla forza operaia, opportunamente stimolata all'avidità realizzazione dei volumi di prodotto anche con modalità contrattuali funzionali a garantire il massimo profitto a mezzo del collegamento tra produzione e

remunerazione: questa costituiva il valore gerarchicamente più elevato. La prassi "a cottimo", modalità contrattuale bandita nel 1919, spingeva a occultare gli incidenti per poter continuare a produrre senza subire fastidi di sorta<sup>9</sup>.

Trascorsero parecchi anni affinché una speciale produzione legislativa favorisse il modificarsi dei comportamenti tra gli operai obbligando alla denuncia degli infortuni e delle malattie. Il R. D. del 14 aprile 1927 n. 530 sul Regolamento Generale d'Igiene del Lavoro rappresentò il fulcro per la tutela della salute del lavoratore. Pur trattandosi di un pacchetto di norme generali, esso includeva peculiari riferimenti all'organizzazione del lavoro, alla definizione delle categorie operaie, alla prevenzione.

<sup>8</sup> MAIC, Annali di Agricoltura e Rivista del Servizio Minerario, per i rispettivi anni di pubblicazione.

<sup>9</sup> Si fa risalire a Raffaele Frugis (1883-1927) l'organizzazione dei minatori in Sicilia, specie tra le migliaia di solfatarai di Caltanissetta i quali, riunitisi in congresso a Serradifalco nel giugno del 1919 con la partecipazione delle leghe di 32 centri solfiferi siciliani, approvarono la riduzione della giornata di lavoro a 6 ore e l'abolizione del lavoro "a cottimo". Musarra N, *Un ferroviere tra gli zolfatai*. Sicilia Libertaria, Novembre 2007, p. 5.

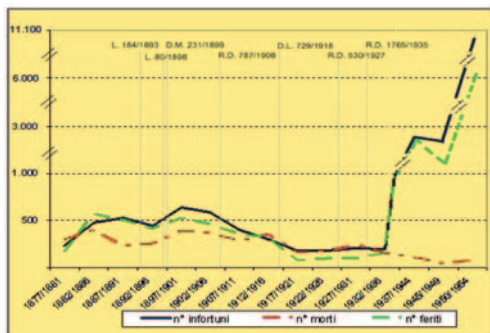


Grafico 2: Infortuni, feriti e decessi (1877-1954)<sup>8</sup>

Si riscontra una coincidenza tra il picco di denuncia degli infortuni (grafico 2) e l’emanazione del D. M. 31 agosto 1932 con il quale fu demandato alla Confederazione Generale dell’Industria il progetto di costituzione di un nuovo ente per la propaganda in materia di prevenzione contro gli infortuni sul lavoro e per l’esercizio di servizi industriali di prevenzione e di attività assistenziali in

genere. Sorse così l’Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione degli Infortuni (ENPI) al quale con regio decreto del 25 ottobre 1936 n. 2176 fu concesso il riconoscimento giuridico.

L’elevata incidenza degli infortuni mortali ha rappresentato una gravissima piaga sociale e che purtroppo ancora oggi anche in Sicilia miete numerose vittime innocenti<sup>10</sup>, nonostante gli interventi ispettivi, i propositi di educazione alla sicurezza<sup>11</sup>, il perseguimento di obiettivi formativi e l’applicazione di tecniche preventive<sup>12</sup>.

Il R. D. 17 agosto 1935 n. 1765 (Testo Unico) introdusse l’assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, e dal 1938 le informazioni mediche e i dati statistici sugli esiti degli incidenti e dei disastri divennero, pur nella loro sommarietà, più specializzate per via del contributo dei medici alla certificazione e alla vigilanza sulle procedure di denuncia.

<sup>10</sup> Il rapporto INAIL 2010 in Sicilia mostra in confronto al 2009 la modestissima riduzione degli infortuni denunciati, transitati da 34.323 a 34.285 (-0,11%), mentre nelle altre regioni d’Italia è andata lievemente meglio, passando da 705.241 a 692.795 (-1,76%). Qui i casi mortali sono passati da 1.053 a 980, mentre in Sicilia da 87 a 69, così ripartiti: in agricoltura 6, nell’industria e servizi 61, tra i lavoratori per conto dello Stato 2. I rischi maggiormente riscontrati e sanzionati dall’autorità di vigilanza sono stati le precipitazioni dall’alto (46%) o nel vuoto (14%), la caduta di massi (4%), danni da impianto elettrico (5%), la non idoneità dell’attrezzatura da lavoro (12%), lo sprofondamento o seppellimento (3%), a causa delle recinzioni di cantieri (4%), l’assenza di servizi igienici (4%), la mancanza di dispositivi di protezione individuale (8%). Salpietro C, *Incidenti sul lavoro. In Sicilia diminuiscono*. Cronache Parlamentari Siciliane, 2011, X, p. 2-9.

<sup>11</sup> Il Piano Regionale Straordinario per la tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di lavoro 2010-2012 della Regione Sicilia cerca un cambiamento di rotta e prova a configurare un quadro omogeneo con vari programmi e attività fino a ieri parziali e frammentari e all’interno di un’unica strategia regionale. Il Piano persegue il potenziamento delle attività di controllo e di vigilanza nei luoghi di lavoro e il rafforzamento delle azioni mirate a promuovere la cultura della sicurezza attraverso informazione, formazione e assistenza. Capraro S, *Alla scoperta del Piano Sanitario Regionale*. Cronache Parlamentari Siciliane, 2011, X, p. 12-18.

<sup>12</sup> Salpietro C, *Necessaria un’educazione alla sicurezza*. Cronache Parlamentari Siciliane, 2011, X, p. 10-11.



I feriti furono assistiti e curati in forma più idonea in strutture convenzionate, si cominciarono a raccogliere le informazioni sui periodi di ospedalizzazione, a utilizzare i dati epidemiologici per le decisioni, a rilevare la durata dei ricoveri e il carico economico dell'assistenza. L'ente pagante garantiva i costi del servizio anche per lunghe degenze dando corpo a un'offerta che al di là dell'urgenza operava per il completo ripristino della salute dell'infortunato, come il Sindacato aveva voluto. Il grafico 3 si riferisce alla durata media dei ricoveri, divisi tra quelli con meno e quelli che superavano i trenta giorni.

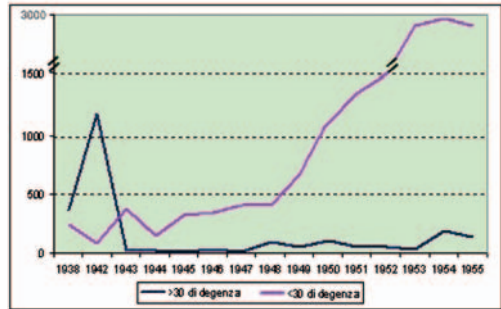


Grafico 3: Feriti con degenza > o < di 30 giorni

Il lento progredire dell'organizzazione sanitaria, inizialmente presidiata da un esiguo manipolo di persone e con mezzi insufficienti e solo localmente gestiti nella plaga vasta, impervia, difficoltosa da raggiungere e da governare con le sole strutture di solidarietà sociale e sanitaria, si era finalmente aperta alla più evoluta offerta sanitaria cittadina e alla migrazione extra-territoriale dei pazienti alla ricerca di una prognosi più favorevole.

Alla fine della II guerra mondiale il numero di infortuni lievi con trattamento ospedalizzato si era ampliato in maniera consistente, mentre rimanevano pressoché invariate le affezioni più gravi, dimostrando che il gruppo di norme sulla previdenza e assistenza aveva stimolato la denuncia degli infortuni anche lievi a cui conseguivano i vantaggi assicurativi.

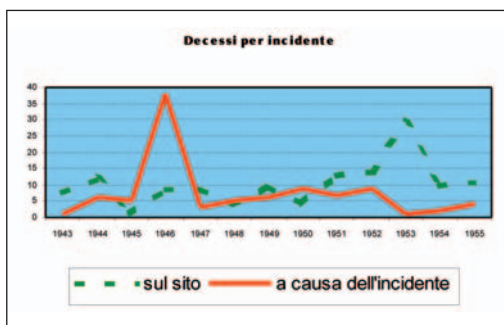


Grafico 4: Decessi sul sito e a causa dell'incidente

Dal 1943 i dati statistici della Rivista del Servizio Minerario documentano una maggiore attenzione all'epidemiologia clinica, le informazioni si trovano disaggregate tra i decessi avvenuti sul sito del disastro da quelli dei giorni successivi per le complicanze (grafico 4). L'analisi statistica dei morti sul sito rispetto a quelli intervenuti nel periodo *post-eventum* è stata la prospettiva con cui sono stati affrontati i problemi strutturali e organizzativi che spaziavano dalla prevenzione dell'incidente allo sviluppo di sempre più tempestivi e appropriati sistemi di intervento e cura delle lesioni.

Fu l'epoca in cui crebbero le opportunità di cure, migliorò la prognosi e si ebbe una visione più chiara della realtà clinico-epidemiologica. Anche se quelli erano gli anni in cui il numero di operai nelle miniere era sensibilmente diminuito per la crisi di produzione, ma rimanendo pur sempre elevato, l'attenzione alla salute dell'operaio si era sensibilmente accresciuta; infatti si collega cronologicamente alla nascita dell'ente previdenziale l'aumento delle denunce di infortuni e feriti, anche quelli lievi e con guarigione inferiore a 30 giorni.

Una riflessione critica va posta sul reale numero di infortuni, decessi e feriti, gravità e giudizio prognostico, almeno nella prima epoca e fino al 1932: ciò in relazione all'elevato numero di addetti e alle precarie condizioni di sicurezza in cui si operava. Negli anni '50 e '60 si elevò rapidamente il numero di notifiche di malattia in coincidenza con il minor numero di operai pur in migliorate condizioni di lavoro. La favorevole produzione legislativa aveva assicurato giusta protezione confermando il dubbio che nella prima epoca nessuna utilità veniva all'operaio nel denunciare la patologia, anzi era inibito a farlo per il timore di perdere il lavoro.

Le leggi è noto danno opportunità: nel 1900 la percentuale di infortuni in rapporto ai 29.813 operai era stata il 2,1%, mentre i decessi l'1,3% e i feriti l'1,7%. Nel 1954, quando gli operai erano diminuiti a 8.139 ed erano state realizzate migliori condizioni di sicurezza nell'esercizio del lavoro, si sono avuti 11.076 domande di infortunio (136,0%), 73 decessi (0,9%), 6.189 feriti (76,0%). Vi è una sostanziale differenza di notifica tra i due periodi: nel primo è evidente che l'infortunistica era legata alla sola traumatologia e numerose erano le cause, come abbiamo visto, a motivo della sottostima, soprattutto per l'assenza di interlocutori a cui chiedere gli indennizzi; nel secondo le malattie professionali sono state incluse tra gli infortuni con estensione delle patologie ammesse ai benefici assicurativi. Inoltre le informazioni mediche divennero più specializzate e i dati disponibili seguirono criteri di epidemiologia clinica. Il costante impegno ha fatto transitare la prima fase della *medicalizzazione dei siti minerari* relativa al solo avvio dei posti di soccorso a quella in cui sono state contemplate le malattie professionali compresi i benefici assicurativi e previdenziali.

#### I CARUSI, TRA *PAUPERITAS* E *INFIRMITAS*

Secondo W. E. Gladstone (1809-1898) – che definì quello “il secolo degli operai” – la positiva evoluzione nel mondo operaio è stata significativamente caratterizzata dal transito di attenzione dal “lavoro”, inteso come risultato e prodotto, non piuttosto civile opportunità di promozione dell'uomo, al “lavorato-

re”, finalmente guardato in Europa nella giusta valoriale dignità di persona a cui il sistema di norme doveva riconoscere i diritti di tutela<sup>13</sup>.

Delabretoigne ha raccolto i dati sull’andamento del commercio solfifero a decorrere dal 1860 documentando i frequenti periodi di crisi alternati a benessere industriale<sup>14</sup>. Nel periodo 1860-1867 l’industria solfifera continuò a essere torpida, ma gli eventi nei decenni successivi e fino agli inizi del 1900 attraversarono pur nel patimento degli operai. Una costante era quindi il lavoro estenuante di coloro che a spalla trasportavano il minerale all’esterno andando su e giù decine di volte al giorno, prima che avvenisse una moderna meccanizzazione e quando l’organizzazione era ancora precaria e trascorreva nella persistente improvvisazione.

Il rendimento generale medio per operaio secondo una stima del carico di lavoro e in rapporto alla giornata lavorativa dall’alba al tramonto, era di circa 188 chili di zolfo puro; se il peso di una gerla era non inferiore a 30 chili di grezzo, si può facilmente dedurre quante volte bisognava andare su e giù per le discenderie durante una giornata di lavoro di durata non inferiore a dieci ore.

Una fatica di tal natura, che i medici hanno osservato in svariate circostanze<sup>15</sup>, è all’origine della singolare pagina di storia della medicina che ci accingiamo a scrivere: è una tipica pagina di *pauperitas* che da sempre sollecita l’emotività di quanti l’hanno conosciuta, il che non basta a rivestirla di valenza etica. Solleva la condivisibile e generale *pietas* umana il pensiero de *i carusi*, spesso di età infantile con meno di nove o dieci anni, assegnati a quel faticoso lavoro insieme agli adulti con i quali trascorrevano l’esperienza lavorativa “nella loro disponibilità”, privati della tranquillità a loro dovuta, della protezione genitoriale, senza possibilità di conoscere cose diverse da quelle che provavano, anzi pativano, nell’oscurità dei cunicoli. Per la maggior parte di loro era questo l’inizio del lavoro in miniera e il termine *caruso* finì col diventare nelle zolfare la qualifica del lavoro di bassissimo rango, ovvero una categoria, come qui si ritie-

---

<sup>13</sup> Una sintesi delle legislazioni europee sul lavoro operaio si trova nella Relazione dell’On. Ferdinando Berti. Camera dei Deputati, Atti Parlamentari, Legislatura XIV – *Documenti, Disegni di Legge e Relazioni*, I sessione 1880-1881, p. 3. La Commissione era composta dai deputati: Piccardi presidente, Dini segretario, Nanni, Ferrari L., Mazza, Sonnino G, Cocco-Ortu, Berti componenti. Proposta di legge “Disposizioni a tutela dei lavoratori nella costruzione di edifici, nelle miniere, nelle officine” d’iniziativa dei deputati Minghetti, Luzzatti, Villari, Sidney-Sonnino (tornata del 9 giugno 1880), e disegno di legge presentato dal Ministro di Agricoltura, Industria e Commercio, di concerto col Ministro di Grazia e Giustizia e dei Culti. Camera dei Deputati, *Atti parlamentari*. Tornata del 28 giugno 1881.

<sup>14</sup> Delabretoigne Luigi, *Brevi cenni sulla storia e sulle condizioni del commercio solfifero in Sicilia*, in Di Giovanni I, *L’Industria solfifera...*, op. cit., p. 328.

<sup>15</sup> Vergara A, The recognition of Silicosis: Labor Unions and Physicians in the Chilean Copper Industry, 1930s-1960s. *Bull. Hist. Med.*, 2005; 79: 723-748.



Fig. 1 - L'adulto va incontro a *i carusi* per aiutarli ad alleggerirsi del carico.

ne di doverla unitariamente definire: *i carusi*<sup>16</sup>. Onofrio Tomaselli nel suo straordinario e ben noto quadro conservato alla Galleria d'Arte Moderna di Palermo non offre soltanto l'immagine poeticamente e artisticamente elaborata e tradotta su tela ma, come era in uso nei temi della pittura dell'800, ha ritratto la vita reale, come del resto conferma il fotogramma (foto 2) e come altresì Mario Zurli ricorda<sup>17</sup>:

*“Non c'è più Calidduzzu di appena otto anni che insieme agli altri carusi impanottava gli sterri di zolfo per poi fonderli nei forni Gill e nei calcaroni. Non c'è più Menicu u carusu che dopo aver percorso trecento metri, dai fondali della miniera con il sacco pieno di zolfo sulle spalle, arrivava all'esterno sfinito dalla fatica, scaricava il pesante fardello e, ricurvo e ingobbito, riscendeva ancora una volta nel sotterraneo”.*

L'immagine fotografica esalta, rispetto al dipinto del Tomaselli, il momento aggiuntivo e fondamentale dell'arrivo de *i carusi* nell'assolato e arido spiazzale dopo il lungo e faticoso tragitto, per la presenza dell'adulto, in primo piano di spalle, colto in un gesto di incontro, di solidale accoglienza e offerta di aiuto nel-

<sup>16</sup> Leonardo Sciascia racconta della propria famiglia: “Mio nonno era stato *caruso*, uno di quei ragazzini che nelle zolfare siciliane venivano adibiti al trasporto del materiale. Era entrato in miniera all'età di nove anni, alla morte del padre, e vi restò fino alla fine dei suoi giorni”. Sciascia L, *La Sicilia come metafora. Intervista di M. Padovani*. Edizioni Mondadori, Milano 1979.

<sup>17</sup> Zurli M, *I Remember*, Ferragosto 2002 (Datiloscritto ricevuto dall'Autore nel 2008).

l'alleggerire *i carusi* del carico della gerla alla fine di uno dei tanti quotidiani faticosi viaggi.

La nostra selezione di immagini è funzionale a porre in risalto le peculiarità che la presente ricerca si propone di privilegiare, tanto che gli eventi legati alla produzione costituiscono la trama per la narrazione degli aspetti non solo medico-sanitari, ma anche umani, relazionali ed etici che di volta in volta prendono corpo e si animano: come alla vista di un quadro ognuno proietta sé stesso col cogliere ciò che maggiormente lo colpisce, così nella riedizione dei fatti storici l'emozione trasferisce il proprio modo di pensare ed essere, e si testimoniano i propri interessi.

Nella scala gerarchica dello sfruttamento delle zolfare si manifesta una povertà di rango con il ruolo sociale che ciascuno si era ritagliato all'interno di quel micro-universo: l'operaio-minatore, cioè il *sofataro*, nelle diverse qualifiche; il *conduttore* o coltivatore della miniera, vero sovrastante e sfruttatore del materiale inerte e dell'umano sensibile; il *proprietario*, spesso nobile ma delegante, fisicamente lontano dalle contingenze, ma fruitore del privilegio del diritto di essere proprietario anche del sottosuolo dei propri feudi; i *burocrati* degli uffici dell'amministrazione delle miniere.

Vigeva agli inizi di questa impresa economica, rivelatasi intensamente carica di passione umana, un sistema di sfruttamento a catena imposto e subito nella consuetudine delle prassi sociali. Contro l'assenza di norme di controllo sul lavoro né i minori né gli adulti osavano elevare voci di protesta. Alla base di tutto predominava una condizione di disagio economico e culturale che imponeva spirito di adattamento e ineluttabile sopportazione. Il *soggetto*, la *persona umana*, nella sua individualità nell'epoca più buia scomparve perché confusa in una categoria ed eclissata nell'oscurità delle gallerie, per resistere in sua vece il prodotto, l'*oggetto* del commercio, triste espressione di uno stile orientato alla *reificazione della persona*. Nei cunicoli delle miniere, nel buio e nel silenzio, episodi di depravazione morale consentivano agli adulti quello spazio di rivalsa e di sopraffazione sui piccoli lavoratori, bieco riscatto dei quotidiani stenti e patimenti di una volta; ma all'esterno si operava per far riemergere quel mondo alla risplendente *dignità umana*, attraverso la valenza etica della cura dell'infanzia, della salute, della vita, subito dopo pienamente dispiegate dalla Costituzione Italiana del 22 dicembre 1947, dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 12 dicembre 1948: stagione in cui mentre la produzione di zolfo si avviava al suo compimento, nella società maturava un movimento culturale sorto dalle ceneri dei vili campi di concentramento e che ha contribuito alla nascita della Bioetica.

Questa drammatica e per molti versi tragica pagina di umanità suscita intensa e profonda emotività ed è la prima che si impone quando si parla delle zolfare di Sicilia, anche per il triste primato della piaga del lavoro minorile che questa deteneva rispetto ad altri siti minerari nazionali. L'indagine avviata dal MAIC con lettera del 22 novembre 1883 agli Ingegneri dei distretti minerari censì il fenomeno del lavoro dei fanciulli in Italia<sup>18</sup> mostrando quanto in Sicilia fosse dilagante e usuale (tab. 2).

TABELLA 2. FANCIULLI OCCUPATI NEI SITI MINERARI DEL TERRITORIO NAZIONALE DISTRIBUITI PER FASCE DI ETÀ (MAIC, 1882). (I=INTERNO, E=ESTERNO, M=MASCHI, F=FEMMINE)

Distretto minerario	Età dei fanciulli									
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Genova (M)							1	14	29	
(F)						2	4	2	12	
Iglesias						80	230	280	290	
Torino (M)								2		
(F)								3		
Casa Bruschi (Pilotta) – Roma										
Firenze (I)										
(E)										
Napoli					25	40	50	60	75	
Caltanissetta (I)	30	100	150	250	600	1.180	1.950	2.472		
(E)	50	100	180	350	400	500	429	400		
Ancona (I)							3	34		
(E)					3	3	12	1		

Nel distretto minerario di Caltanissetta nei lavori interni delle zolfare si registrava un triste primato: erano occupati 6.732 fanciulli e negli esterni 2.409, un numero dieci volte superiore a quello di tutti gli altri distretti d'Italia<sup>19</sup> (tab. 2, 3, 4).

<sup>18</sup> Archivio Centrale di Stato di Roma (ACSR), Ministero Interno, DG Sanità, busta 80.

<sup>19</sup> Camera dei Deputati, XX Legislatura, Documenti, *Relazione sull'applicazione ...*, op. cit., p. 11, 15.

TABELLA 3: DISTRETTO MINERARIO DI CALTANISSETTA: FANCIULLI NELLE AZIENDE MINERARIE (ESCLUSO CAVE)

Anno	Aziende con fanciulli	Totale operai	Fanciulli impiegati	Percentuale fanciulli
1893	574	31.169	7.017	22,5
1894	500	27.478	6.063	22,1
1895	442	24.610	6.036	24,5

Nonostante la legge sulla regolamentazione del lavoro minorile fosse già in vigore da diversi anni le industrie che impiegavano fanciulli erano ancora numerosi.

TABELLA 4: DISTRIBUZIONE DEI FANCIULLI PER CLASSI DI ETÀ

Anno	Valori assoluti			Percentuali		
	9-10 anni	10-12	12-15	9-10	10-12	12-15
1893	500	1.711	4.806	7,1	24,4	68,5
1894	400	1.411	4.252	6,6	23,2	70,2
1895	300	1.210	4.526	5,0	20,0	75,0

Moltissimi fanciulli tra i 9 e 10 anni si fermavano a lavorare nelle zolfare fino al compimento dei 18 anni e furono verosimilmente coloro che svilupparono quei difetti fisici che la visita di leva militare ha etichettato “non idonei”.

TABELLA 5: DISTRIBUZIONE DEI FANCIULLI PER CLASSI DI ETÀ E PER LAVORI INTERNI ED ESTERNI

Anno	Età fanciulli	Fanciulli occupati nelle zolfare		
		Lavori interni	Lavori esterni	Totale
1893	9-10	-	500	500
	10-12	906	805	1711
	12-15	3.637	1.169	4.806
1894	9-10	-	400	400
	10-12	805	606	1.411
	12-15	3.226	1.026	4.252
1895	9-10	-	300	300
	10-12	808	402	1.210
	12-15	3.578	948	4.526

I dati della tabella 5 dimostrano la particolare occupazione dei fanciulli nei cunicoli e nelle discenderie per portare all'esterno il carico di minerale.

Ma chi era questo personaggio ormai famoso nella storia delle zolfare di Sicilia? I fanciulli e i ragazzini di età compresa tra i 6 e 14 anni in dialetto erano detti *carusi* per via dei capelli rasati<sup>20</sup>. Il termine era descrittivo di un maschio di età infantile, di ceto umile, analfabeta, dominato, privo di ogni autonomia rivendicativa e a cui non era dovuto quel rispetto e valore assicurato al *bambino*, *scolaro*, *ragazzino istruito* delle famiglie agiate: egli era la sintesi di tutti i contenuti ascrivibili alla *pau-peritas* e alla *infirmitas*. La piccola statura consentiva di muoversi agilmente nei cunicoli dentro i quali agevolmente potevano essere nascosti o *murati vivi*<sup>21</sup>, cioè celati dietro i muri a secco e sottratti sia alla vista della pietà generale sia occultati agli ispettori del Co.Re.Mi., specie dopo l'approvazione della legge 11 febbraio 1886 n. 3657, in vigore dal 18 agosto dello stesso anno. *I carusi*, con la tracolla piena di pane e oggetti da lavoro, dalla squallida casupola dove abitavano in una numerosa famiglia economicamente dissestata, scomparivano allo sguardo vigilante dei genitori per essere trasferiti in una miniera lontana anche 25 Km affrontando i rischi del non ritorno. Li attendeva un lavoro sfibrante in un sistema di relazioni difficili, gerarchicamente costrette, che li scalfivano fisicamente, psicologicamente e moralmente. Questi piccoli lavoratori svolgevano una tormentata funzione all'interno dell'economia familiare: ceduti dai genitori come *soccorso morto*<sup>22</sup>, cioè in cambio di un imperioso prestito a sostegno dell'indigenza familiare<sup>23</sup> – che si rive-

---

<sup>20</sup> *Carusu* era anche il tipico *salvadanaio* di terracotta, rotondo e largo nella parte alta, somigliante a una *testa rasata*, come allora era in uso il taglio dei capelli dei ragazzini, forse più per ragioni economiche che igieniche. La similitudine richiama la passività perché riferita a un soggetto che si aveva nella disponibilità e a cui si imponeva ogni decisione, come avveniva ai *carusi* e ai bambini.

<sup>21</sup> Nella relazione del 5 giugno 1898 di Di Rudinì, presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro ad interim dell'Agricoltura, Industria e Commercio, si precisa che vi era un ostruzionismo, specie a Palermo, da parte dei proprietari degli opifici per non fare entrare gli ispettori, i quali cedevano solo alla forza pubblica; ma questo era già sufficiente a far prontamente allontanare i minori, a volte anche bambine di 9 anni, non messi in regola. Atti parlamentari, *Relazione sull'applicazione...*, op. cit., p. 47.

<sup>22</sup> Negli interrogatori resi dall'economista G. Bruno e dal marchese G. Giambertone nell'ambito della Commissione d'inchiesta presieduta da Bonfadini sulla condizione della classe operaia in Sicilia, si è tentato di minimizzare la problematica dello sfruttamento del lavoro minorile. Infatti non parlano di *soccorso morto*, ma di un *anticipo* che i fanciulli (e non i genitori) chiedono al momento di essere reclutati per il lavoro. Si sosteneva altresì che ogni iniziativa legislativa che volesse modificare lo stato delle cose avrebbe prodotto costi più elevati con impossibilità a fronteggiare la concorrenza. Cfr: *L'inchiesta sulle condizioni sociali ed economiche della Sicilia (1875-1876)*. Il testo degli interrogatori è anche riportato in Addamo S, *Zolfare ...*, op. cit., p.149-155.

<sup>23</sup> “[...] Si vedevano da lontano nella profondità altri lumi, simili a tante stelle rosse, che venivano lentamente verso di noi, avvicinandosi sempre di più. Erano le lanterne dei ragazzi... Poveri ragazzi! Avanzi infelici della vecchia schiavitù. [...] La miseria di quei fanciulli dà il pane ai loro genitori”. Schueegans A, *Nelle zolfatare*, in *La Sicilia*. Nella natura, nella storia e nella vita. Edizioni Giada, p. 237-8.



lerà difficilmente riscattabile per via del gravame dei tassi di usura – rappresentavano una popolazione in pericolo perché in attesa di un improbabile riscatto, affettivo per i genitori, morale per la società<sup>24</sup>.

Savorini nella sua relazione del 1881 dichiarò che l'usanza del "soccorso morto" vigeva nella provincia di Girgenti in tutte le miniere di Aragona, Casteltermini, Cianciana, Comitini, Favara, Palma di Montechiaro, Licata e il salario era loro erogato in denaro o anche in generi alimentari<sup>25</sup>. In risposta alla richiesta del Ministro del 1879 la relazione del senatore Giorgio Tamajo, Prefetto di Agrigento, frutto di un'accurata indagine su 71 miniere dell'agrigentino, rilevò che erano occupati 3.869 operai, di cui la popolazione con la qualifica di *icarusi*, non tutti quindi di età infantile, era costituita da 2.480 unità, mentre le donne erano 113. Egli stesso visitò le zolfare per rendersi direttamente conto delle problematiche da affrontare e denunciò la triste situazione sanitaria in cui versavano quei fanciulli-operai, suffragata dai dati ufficiali del riscontro di patologie nel corso delle visite per l'arruolamento alla leva militare<sup>26</sup>.

Le tabelle 6 e 7 mostrano la severità degli esiti della visita di leva militare facendo sfuggire a numerosi giovani una insostituibile opportunità sociale e marchiandoli perché portatori di difetti fisici.

---

TABELLA 6. RIFORMATI PER DEFORMITÀ DEL "CASSO TORACICO" SU TOTALI ISCRITTI ALLA LEVA

---

Anno	Distretti minerari	Distretti non minerari
1874	14,7%	11,3%
1875	35,1%	23,4%
1876	31,7%	26,1%
1877	20,1%	21,1%

---

<sup>24</sup> ACSR, Ministero Interno, DG Sanità, busta 80. Il Ministro dell'Interno il 25 luglio 1879 chiese ai Prefetti una loro opinione su una legge che regolamentasse il lavoro delle donne e dei fanciulli. Il Sen. G. Tamajo, Prefetto di Girgenti, rispose con una relazione sulla condizione dei minatori. Il documento, a firma autentica, non è datato. Tamajo G, *Memoria e proposte della condizione morale e materiale dei minatori della provincia di Girgenti*.

<sup>25</sup> Savorini V, *Condizioni economiche e morali ...*, op. cit., p. 11, 15.

<sup>26</sup> I dati forniti dal Generale Torre sono stati contestati nel corso degli interrogatori resi dall'economista Giovanni Bruno e dal marchese Giuseppe Giambertone nell'ambito della Commissione d'inchiesta presieduta da Bonfadini. Addamo S, *Zolfare ...*, op. cit., p. 149-155.

TABELLA 7. RIFORMATI PER DEFORMITÀ DEL “CASSO TORACICO” SU TOTALE DEI RIFORMATI

Anno	Distretti minerari	Distretti non minerari
1874	16,0%	6,2%
1875	31,7%	9,9%
1876	19,0%	11,0%
1877	24,4%	9,8%

I dati biometrici e statistici hanno evidenziato la netta prevalenza dell'insufficienza toracica nei riformati alla leva nei distretti minerari, espressione di una generazione di giovani gravemente segnata per essere stata sottoposta ai pesanti lavori delle zolfare, tanto che nell'anno di leva 1875 si ebbe un riformato ogni tre per deformità toracica. La fatica si ripercuoteva negativamente sul fisico e una respirazione ritmica, sospirosa, lamentosa accompagnava, e forse anche confortava, i loro sforzi per l'inquietudine di un carico sempre al limite del superamento delle concrete capacità di sopportazione. I parametri biometrici descrivevano braccia e gambe muscolose e grosse, spalle e petto deformati, a cui si associava il caratteristico pallore del volto. La quotidianità degli infortuni, spesso esitati in tragedia, il dover fronteggiare rischi di salute che la vita urbana risparmiava ai coetanei più fortunati, l'essere esposti a lavori usuranti di cui forse solo tardivamente si rendevano conto, l'alimentazione inadeguata ad integrare il fabbisogno minimo giornaliero, li avevano resi succubi della caducità delle vicende umane e pessimisti sulla qualità della loro vita a venire.

L'indagine avviata dal MAIC con l'invio della nota del 22 novembre 1883 agli Ingegneri dei distretti minerari per censire il lavoro dei fanciulli e minorile in Italia<sup>27</sup>, ha consentito di documentare quanto tale consuetudine fosse dilagante nel distretto minerario di Caltanissetta<sup>28</sup>. I dati sulla distribuzione per età dei fanciulli e ragazzini nelle miniere della Provincia di Caltanissetta sono drammaticamente eloquenti (grafico 1). Tra i 10 e i 13 anni i figli delle famiglie povere erano già immessi al lavoro senza peraltro, quando necessario, risparmiare i fan-

<sup>27</sup> ACSR, Ministero Interno, DG Sanità, busta 80.

<sup>28</sup> Nella relazione di Tamajo è chiaro – ed ha anche valenza scientifica – il tentativo di collegare la deformità del torace alla gravosa e sproporzionata attività lavorativa a cui erano sottoposti i fanciulli in tenera età. Rivive l'insegnamento di B. Ramazzini secondo cui la medicina entra più profondamente nella compagine sociale, spostando il campo di applicazione dal singolo paziente ad una popolazione omogenea per attività lavorativa. Cosmacini G, *Il medico nella società: il caso italiano*, in Grmek MD, [a cura], *Storia del pensiero medico occidentale*. Vol II, Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento. Editori Laterza, Bari 1993, p. XXII.

ciulli tra i 6 e i 9 anni. I dati documentano che solo pochi erano adibiti ai lavori all'esterno della miniera, mentre la maggior parte lo era all'interno. Nel distretto minerario di Iglesias, pur essendo presenti diverse centinaia di minori, non si registravano presenze al di sotto degli 11 anni.

Nel 1880 gli studi di medicina non avevano ancora messo a fuoco i danni che la perdurante e gravosa attività lavorativa avrebbe cronicamente determinato a fanciulli e adolescenti.

L'esperienza insegna che quando mancano l'opportunità di fruizione dei servizi sanitari, il supporto educativo e il minimo di formazione sociale dell'apprendimento scolastico, parimenti sono carenti i livelli di rispetto della dignità dell'uomo. L'attuale povertà dei Paesi in via di sviluppo testimonia che la tutela della salute può crescere coerentemente con il progresso culturale ed economico della popolazione, anzi costituisce stimolo e spia di successo. L'Occidente ha già fatto propria questa conquista e si trova al contrario ad affrontare l'epidemia

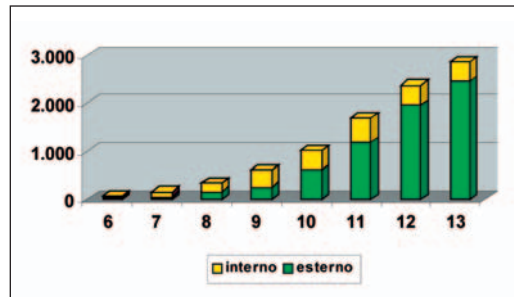


Grafico 1 - Zolfare di Caltanissetta (1882): età dei fanciulli nei lavori interni ed esterni.

legata all'eccesso di alimentazione e agli stili di vita non salutari per la cui correzione sono necessari investimenti in ricerca clinica e formazione.

Il valore dell'assistenza sanitaria nella storia delle zolfare risiede anche nel fatto che essa è stata il primo strumento di riscatto morale, la prima opportunità per il godimento dei diritti umani fondamentali, all'epoca non ancora universalmente dichiarati. La regolamentazione del lavoro dei fanciulli ha rappresentato l'inizio dell'affrancamento umano attraverso l'esclusivo intervento dei medici a cui la legge chiese di tradurre operativamente principi etici generali e norme di buona pratica particolare. Con l'obbligo della periodica certificazione medica dell'idoneità fisica si iniziarono a sviluppare i sistemi di garanzia grazie anche al dover precisare le tipologie di lavoro a cui i fanciulli potevano essere sottoposti. Per la corretta applicazione della legge furono nominati gli ispettori che, muniti di un documento personale di riconoscimento rilasciato dal Ministero, effettuavano i controlli nelle zolfare. L'Ufficio del Lavoro del MAIC<sup>29</sup> e la Camera dei Deputati sorvegliarono attentamente la reale applicazione della legge sul lavoro

<sup>29</sup> Ministero Agricoltura Industria e Commercio, Ufficio del Lavoro, *Le zolfare siciliane e i carusi*. Atti del Consiglio Superiore del Lavoro, I sessione ordinaria dell'anno 1903. Tipografia Nazionale di G. Bertero & C, Roma 1903, p. 81-86.

dei fanciulli attraverso la presentazione di relazioni triennali<sup>30</sup> corredate da dati statistici. Alla fine del primo trentennio dell'Italia post unitaria era iniziato il difficile cammino per condurre il lavoratore alla condizione di dignità, umanità e progresso sociale che altre nazioni avevano già conosciuto.

In quel periodo storico il rispetto della persona umana nella sua unicità e nel suo carattere sacro non era un valore comunemente condiviso e pertanto non tardò a suo favore la riflessione etica e sociale di illustri uomini come fu quella di Giuseppe Toniolo<sup>31</sup> che, con i suoi scritti, specie quelli di economia, considerò punto di partenza il fatto che tutti gli uomini condividono una medesima condizione al di là di una semplice convenzione della comunità. Egli contribuì a focalizzare la condizione sociale della sua epoca ponendosi contro la prospettiva dominante per sostenere che la dignità della persona non dipende dai successi né dalla capacità realizzatrice; anzi rifiutava ogni discriminazione fondata sui risultati che il lavoratore è obbligato a raggiungere e criticava le condizioni che rendono il lavoro disumano quali i salari da fame, le giornate lavorative di 12 ore, la manodopera femminile sottopagata e lo sfruttamento dei bambini nelle miniere e nelle industrie. Era soprattutto il lavoro “a cottimo” a esporre allo sfruttamento, anche se lo si coglieva come opportunità di rivalsa personale, impegno, serietà, capacità di realizzazione e riscatto morale, diversamente dall'appiattimento e mortificante sistema di remunerazione a giornata<sup>32</sup>. Le conseguenze negative prevalsero tuttavia sugli aspetti positivi *prima facie*.

Contribuì ulteriormente allo sviluppo dei principi di garanzia umana la legge del 22 dicembre 1888 n. 5849 sulla *Tutela dell'igiene e della sanità pubblica*, conosciuta anche con gli eponimi di *Legge Crispi-Pagliani*, scaturita dal positivo fermento sociale che attraversava il Paese ormai attento alle problematiche socio-economiche e umane, e che fu preceduta in Parlamento da un approfondito e appassionato dibattito. La tematica dell'organizzazione sanitaria rientrava nelle competenze del Ministero dell'Interno (art. 1), avendo posto l'assistenza sanitaria come “questione di ordine pubblico” e conferendo competenze ai prefetti, sottoprefetti e sindaci. Le

---

<sup>30</sup> Nella seduta dell'8 febbraio 1890 e del 12 febbraio 1893 sono state presentate le prime due relazioni e in quella del 5 giugno 1898 la terza. Camera dei Deputati, XX Legislatura, *Relazione sull'applicazione ... op. cit.*, p. 3. Il Ministro Guicciardini con nota del 29 marzo 1896 ha sollecitato Prefetti e Ingegneri Capo degli uffici distrettuali minerari all'applicazione della legge di polizia mineraria del 30 marzo 1893 n. 184 e del regolamento approvato con RD del 14 gennaio 1894, n. 19 sulla sicurezza nelle miniere. MAIC, *Rivista del Servizio Minerario* Tipografia Nazionale di G. Bertero, Roma 1896.

<sup>31</sup> Giuseppe Toniolo (1845-1918), conseguita a Padova nel 1867 la laurea in Diritto civile e canonico, iniziò la carriera universitaria e nel 1873 acquisì la libera docenza. Nel 1879 divenne ordinario di Economia politica a Pisa e nel 1889 istituì l'Unione Cattolica per gli Studi Sociali, fondando nel 1893 la *Rivista internazionale di Scienze Sociali*, per poi dare vita nel 1888 alla Società Cattolica per gli Studi Scientifici.

<sup>32</sup> Pagano G, *La miniera di zolfo ...*, op. cit., p. 11.

norme hanno puntualizzato il modello organizzativo nei diversi livelli di responsabilità a partire dall'organismo di grado più elevato, il *Consiglio Superiore di Sanità*, istituito presso il Ministero degli Interni. In sede provinciale i *Consigli Sanitari Provinciali* erano alle dipendenze dei prefetti (art. 2) e in ogni comune era previsto un *Medico Ufficiale Sanitario* nominato dal prefetto su proposta del consiglio comunale (art. 12), con competenze sulla prevenzione dei danni da lavoro industriale. Con regio decreto del 17 settembre n. 4082 fu adottato il Regolamento che provvedeva all'esecuzione della medesima legge, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del Regno il 28 dello stesso mese ed entrato in vigore il 18 ottobre. Il 23 settembre il Ministro Grimaldi indirizzava ai Prefetti la circolare n. 17263 del MAIC per comunicare l'approvazione del Regolamento e sollecitare la sua urgente applicazione<sup>33</sup>.

La salute dei cittadini era ormai vista anche in Italia sia come occasione di ricchezza della Nazione sia come crescita della moralità pubblica. Il deputato Badaloni nel suo intervento alla Camera pose un parallelismo – ancor oggi drammaticamente valido – tra il dilagare della delinquenza da un lato e le malattie e decessi per cause naturali dall'altro: entrambi costituiscono espressione di patologia della società che recedono con il miglioramento delle condizioni economiche, igienico-sanitarie e culturali. Egli asseriva che nel malessere fisico, nelle continue sofferenze materiali, nella conseguente depressione morale si dovevano ricercare le ragioni della spinta al *malfare* per cui, tutelando efficacemente la salute pubblica, si sarebbe efficacemente tutelata la moralità pubblica. Così testualmente<sup>34</sup>:

*“La salute pubblica è adunque realmente, o signori, ricchezza pubblica; ma non basta, essa è altresì moralità pubblica”.*

Gli studi scientifici, avendo correlato l'ambiente di lavoro a specifici quadri patologici, permisero di sviluppare le norme per la tutela del lavoratore, adeguare lo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria alla domanda di salute, istituire i sistemi di previdenza per le invalidità patite, effettuare interventi nella prevenzione e nella protezione dai rischi: tematiche ancora oggi di stimolante attualità.

---

<sup>33</sup> Grimaldi B, Ministro dell'Agricoltura, Industria e Commercio, con circolare dell'8 ottobre 1886, indirizzata agli Ispettori delle Industrie e Ingegneri Capi dei Distretti Minerari del Regno, impartiva istruzioni agli Ispettori per vigilare sulla corretta applicazione della legge sui fanciulli, incaricandoli di redigere relazioni bimestrali e annuali precisando in particolare i seguenti punti: età di ammissione, durata del lavoro, lavoro insalubre e notturno, provvedimenti di sicurezza, libretti, registri e tabelle, contravvenzioni, osservazioni e proposte, perché “La legge non è già di recare nocimento od inciampi alle industrie, ma di assicurare lo sviluppo fisico e morale del giovane lavoratore nell'interesse stesso della produzione e della conservazione delle forze del paese”. MAIC, Segretariato Generale, prot. N. 18043 del 1886. Tipografia Eredi Botta, Roma 1887, p. 7.

<sup>34</sup> Camera dei Deputati. Atti parlamentari. *Discussione*. Disegno di legge sulla *Tutela dell'igiene e della Sanità Pubblica*. Tornata del 12 dicembre 1888, p. 5959.

La triste realtà siciliana delle condizioni di lavoro era sconosciuta in Sardegna dove le società minerarie concessionarie avevano costruito per i minatori alloggi ben aerati e soleggiati, circondati da terreno sufficiente per coltivare in proprio l'orto e il giardino<sup>35</sup>. Le case per i celibi non sempre erano pienamente rispondenti ai criteri di idoneità, ma si disponeva comunque di spazi adeguati per accogliere le famiglie. Investimenti continui trasformarono progressivamente le dimore fatiscenti e malsane in nuovi fabbricati. La costruzione delle latrine nelle diverse miniere aveva fatto scattare l'obbligo di usarne, evitando di deporre i residui antropici in spazi liberi. Il giudizio complessivo sugli interventi in Sardegna era positivo anche se la bonifica non era ancora stata ultimata. In Sicilia la miseria delle abitazioni e dell'alimentazione costituì occasione di espansione delle malattie della povertà, ancora oggi drammaticamente presenti nei tanti paesi in via di sviluppo e nelle masse di rifugiati che sfuggono al tormento delle guerre, mentre numerose associazioni di volontariato si prodigano per diffondere nelle società benestanti il seme della solidarietà a loro favore. Ciò che sfuggì ai ricercatori del tempo fu l'osservazione che i fenomeni economici non possono essere studiati e corretti se isolatamente presi perché sono intimamente collegati a tutte le manifestazioni dell'attività sociale e alle infinite azioni e reazioni che li producono<sup>36</sup>.

Alfonso Giordano, sensibile ai temi della ricerca scientifica, allo sviluppo delle conoscenze mediche, impegnato nelle attività sociali, fu attento a descrivere le condizioni igieniche della classe operaia nelle zolfare di Sicilia evidenziando che, in confronto alle miniere germaniche, essa pativa una condizione di miseria economica e culturale. L'inconsistenza del salario e l'aleatorietà del mercato per le variabili legate al grado di evoluzione dell'industria, al fluttuante prezzo del minerale, alla chiusura o serrata degli stabilimenti, all'aumento dell'offerta di braccia, piegavano le possibilità di un'ordinata fruizione dei beni primari gravando la vita economica delle numerose famiglie. Il salario, a economia, a compito o a partito, unica fonte di reddito per il solfataro, variava anche nella stessa settimana secondo tipologia di lavoro, età, sesso, abilità, forza fisica, ma sempre correlato al valore del prodotto sì da legare stabilmente resa del lavoratore e profitto dell' esercente. Giordano osservava che la struttura del salario faceva prevalere il lavoro su altre fisiologiche necessità<sup>37</sup>: tema di rilevanza etica che fu molto caro a Toniolo.

<sup>35</sup> Malta R, *Alimentazione e abitazioni dei minatori nelle zolfare di Sicilia*, in Lippi D [a cura], Atti del Congresso "Antonio Cocchi Mugellano (1695-1758). Scienza, deontologia, cultura. Edizioni Tassinari, Firenze 2008, p. 218-233.

<sup>36</sup> Pagano G, *La Sicilia, elemento ...*, op. cit., p. 52.

<sup>37</sup> Giordano A, *La fisiopatologia...*, op. cit., p. 68-69. Il volume fu presentato alla Commissione istituita con Regio Decreto del 19 dicembre 1901, della quale Giordano stesso faceva parte, per lo studio delle malattie

## A) ABITAZIONI

Edgardo Rosa condusse un'inchiesta sulla condizione igienica, logistica e alimentare degli operai in Germania in confronto con quella dei minatori sardi e dei solfatarci siciliani<sup>38</sup>. Le colonie di Kronenburg, Schederdorf, Dreidminger e Bochumun ebbero i loro progressi grazie a Luigi Beare, direttore del tempo, che fu anima e mente. I villaggi ospitavano 100.000 persone di cui 11.290 operai con le rispettive famiglie: ivi dimoravano stabilmente fruendo dell'efficiente organizzazione condotta con criteri gestionali fondati su tutela igienica, prevenzione sanitaria, spirito cooperativo e mutualità. Il villaggio era costituito da 1.056 edifici, ognuno di 4 unità abitative, sparsi tra giardini e orti, con larghi viali alberati, il cui affitto non superava il 10% del guadagno di un operaio. L'operaio disponeva di asili infantili, scuole di lavoro manuale per le figlie, grandi magazzini di vendita di ogni genere dove, senza spese aggiuntive, trovava da comprare a puro prezzo di costo quanto necessario per il soddisfacimento dei bisogni primari del vivere. Nel residence vi era una pensione per gli operai celibi, con camere sufficientemente grandi – metri 8,5x3,6x4 – sì da potere individualmente fruire di un volume d'aria di oltre 100 m<sup>3</sup>. Le camere erano arredate con mobili e suppellettili, biancheria, bagni rifiniti e forniti di acqua calda, ventilatori per il ricambio d'aria: ogni cosa adatta a rendere la vita del minatore quanto più gaia e gradita possibile sì da procurargli sicurezza e benessere personale e sociale.

I solfatarci siciliani, *solfarari* li chiamava Giordano, vivevano nelle abitazioni dei quartieri poveri, dei vicoli polverosi e pieni di fango dei comuni di residenza. Le loro case erano piccole, a piano terra, di cubatura inferiore a 48 metri dove stava l'intera famiglia, a volte 10 membri. Privi di letti, riposavano su giacigli fatti di cumuli di paglia; mancavano i locali con i servizi igienici e il quartiere era sprovvisto di reti di raccolta fognaria per cui gli escrementi erano lasciati all'aria aperta. Scrive Giordano<sup>39</sup>:

*“Queste case destano veramente ribrezzo, dolore, ribellione”!*

Nelle zolfare molto distanti dall'abitato esistevano gruppi di alloggi senza forma, grazia, ordine architettonico, anneriti dal fumo e dal sudiciume. All'interno non vi erano arredi, ma letti di tavole ricoperti da frasche e pagliericci. In piccoli

---

professionali degli operai. Una nota del Ministero precisava che i contenuti del volume sono espressione strettamente personale dell'Autore. L'opera è ricca di dati statistici e affronta in modo integrale i vari aspetti della vita dei solfatarci.

<sup>38</sup> Rosa E, *La Germania al lavoro (VI)*. Giornale di Sicilia, 13-14 settembre 1905.

<sup>39</sup> Giordano A, *La fisiopatologia ...*, op. cit., p. 82-85.

spazi di metri 4x5x4 abitavano intere famiglie o gruppi di operai, fino a 14 per alloggio, spesso a contatto della stalla degli animali con cui contraevano promiscua convivenza. Si riposava su tavolati con su sparsa paglia e frasche raccolte nelle campagne prossime alla miniera, si dormiva su giacigli privi di cuscini e lenzuola, con il capo poggiato sulla mano, i piedi di uno lambire la testa di un altro, coperti dai loro stessi abiti da lavoro. Nell'inverno il riscaldamento era un mito. La descrizione delle case dei solfatarci proviene dalla sua conoscenza diretta per averle visitate da medico:

*“un odore acre, greve, nauseabondo di sporcizia e di sudore soffoca e arresta il visitatore”.*

Giordano intuì che gli ambienti pregni di esalazioni pestilenziali e microrganismi patogeni non solo non garantivano il necessario ristoro alla faticosa giornata di lavoro, ma costituivano causa diretta di malattia per verosimile riduzione dei poteri di difesa immunitaria: lucida intuizione di una patologia da eccesso di antigeni e stress, come le successive ricerche immunologiche confermeranno. Il clima caldo-umido delle gallerie delle miniere costringeva a lavorare ignudi o quasi, con la cute esposta al contatto del terriccio, melma e residui antropici, rivestita stabilmente di un film sottile di materiale fangoso frammisto a polvere di zolfo, senza poter fruire di bagni o docce né poter lavare i ‘miserabili cenci’. In Parlamento il senatore Boccardo nel suo intervento sul disegno di legge del 1888, in risposta al senatore Pacchiotti che prevedeva lo sviluppo dell'Igiene attraverso le Università, i grandi centri di ricerca e le strutture deputate alla sua attuazione, si interrogava<sup>40</sup>:

*“se si era fatto di tutto per creare e diffondere nelle plebi le buone e sane abitudini igieniche. Anche perché nella più parte dei piccoli comuni esistevano stalle al posto di scuole, e dove il bambino era ben difficile che divenisse avvezzo alla buona abitudine della nettezza della persona, al rispetto della lindura della casa, che costituiscono il primo fondamento della pubblica e della privata igiene”.*

L'impegno pertanto era divenuto sistemico e ben argomentato per migliorare le condizioni di arretratezza in cui si trovava l'Italia, e non solo la Sicilia, grazie alle varie inchieste parlamentari di quegli anni, che fornirono la corretta conoscenza delle sfortunate condizioni socio-economiche in cui versavano le popolazioni più umili.

---

<sup>40</sup> Girolamo Boccardo (Genova 1829-1904), docente universitario di economia, quando fu nominato al Senato era autore di una ricca produzione scientifica. I suoi contributi parlamentari hanno riguardato la discussione di trattati commerciali, questioni doganali e tariffarie. Si professava “modesto cultore delle scienze sociali”. Senato del Regno, Legislatura XVI, Atti Parlamentari, *Discussioni*, Tornata del 25 aprile 1888, p. 1321.



## B) ALIMENTAZIONE

In Germania ciò che attirava l'ammirazione era la cura costante che si rivolgeva per attenuare le pene di quel immenso proletariato sia con gli strumenti del lavoro stesso che con altre organizzazioni sociali che rendevano la vita più gradevole. Oltre alla comodità degli alloggi i gestori delle miniere tedesche erano attenti a garantire l'alimentazione più idonea e ad offrire sollievo e ristoro al lavoratore a conclusione della faticosa giornata. Ogni operaio con la propria famiglia disponeva di una casa; nel residence per celibi vi erano grandi sale da pranzo con cucine e celle frigorifero per la conservazione igienicamente corretta delle carni macellate. La consumazione dei pasti era allietata da pezzi di musica di un grande organo-orchestra. Un diario settimanale stabiliva il menù con la quantità e la qualità dei cibi: carni, ortaggi, legumi e verdure erano prodotti dalla stessa società mineraria. Nelle colonie tedesche gli alloggi, vitto, acqua, riscaldamento, luce, tutto compreso non costavano al minatore più di 75 centesimi al giorno in estate e 80 in inverno.

In Sicilia non vi era nulla degli agiati servizi garantiti ai minatori tedeschi e addirittura erano pochissime le zolfare provviste di acqua potabile, che bisognava attingere ai pozzi, trasportare con recipienti di legno, conservare in brocche di terracotta<sup>41</sup>. In prossimità delle miniere mancavano fontane e lavatoi per l'igiene personale e degli indumenti; l'acqua scorreva in abbeveratoi dove liberamente potevano accedere animali di ogni genere, selvatici, domestici e randagi. L'acqua piovana immagazzinata nell'inverno era priva della garanzia della potabilità. Custodivano gli alimenti in luridi cenci di stoffa e l'acqua in brocche aperte non protetta da polvere e insetti. *I carusi* consumavano il pasto sbocconcellandolo lungo le discendrie, con le mani sporche di terriccio ed escrementi, senza orario e in assenza di quei momenti di socialità di cui godevano gli operai della Germania: altra musica! Il salario medio di un operaio siciliano era minimo e addirittura un quarto rispetto a quello della Louisiana e della Rhodesia, ma sempre inferiore a quello di altri siti minerari italiani<sup>42</sup>. Il confronto tra il prezzo dei generi di prima necessità, il paniere economico e il salario dimostrava che non c'erano condizioni di garanzia per una sufficiente alimentazione, il che condizionava la differente assunzione di calorie tra le varie classi di operai. Nelle tabelle 8 e 9 si presenta il salario medio e l'alimentazione standard dei solfatarci fanciulli e adulti in Sicilia nel 1905.

<sup>41</sup> Nei ricordi di M. Zurli l'acqua era fornita da "*Totò u carrettieri*" che col carretto trainato dal mulo "Ciccio", con la "benna" piena d'acqua, riforniva il posto di soccorso e i "cupoloni" o "cubbuluna" dei minatori. Zurli M, *I Remember*, 2002 (dattiloscritto non datato).

<sup>42</sup> Giordano A., *La fisiopatologia ...*, op. cit., p. 68-77.

TABELLA 8: SALARIO MEDIO IN LIRE DEGLI OPERAI NEL 1905

Distretto minerario	Lavori interni		Lavori esterni	
	Ore di lavoro	Salario	Ore di lavoro	Salario
Torino	8	2,20	10	2,10
Bologna	8	2,85	10	1,75
Vicenza	8 – 11	1,75 – 3,75	10 – 12	1,50 – 2,40
Carrara	8 – 10	3,80	11 – 12	3,90
Roma	8 – 10	2,65	8 – 10	2,05
Napoli	10	3,50	11	1,50
Milano (ferro)	10	1,90	10	1,95
Milano (zinco, piombo)	8	2,52	10	2,17
Firenze <sup>43</sup>	8 – 12	2,50	10 – 12	3,91
Caltanissetta (operai)	8 – 10	2,0 – 3,50	8 – 10	2,0 – 3,50
Caltanissetta (manovali)	6 – 8	1,80 – 2,20	6 – 8	1,80 – 2,20
Iglesias	8	2,44	10	1,79

La differenza tra la qualità dell'alimentazione base dei minatori tedeschi e dei solfatarari siciliani, adulti e fanciulli, è in tabella 9.

TABELLA 9: ALIMENTAZIONE BASE (GRAMMI E CALORIE)

Minatore in Germania		Solfataro Adulto		Solfataro Fanciullo	
<i>Alimenti</i>	Gr. Cal.	Gr.	Cal.	Gr.	Cal.
Carne	130				
Legumi	a volontà				
Pasta		350-400	507-579	300-350	434-507
Pane		500	1.200	500	1.200
Vino		500	345		
Olio		30	270	30	270
Formaggi		25	62	20	
Verdura		100	20	50	10
Range			2.404-2.476		1.914-1.987

<sup>43</sup> Il salario medio dei minatori occupati all'esterno era più elevato di quelli dei sotterranei perché nel calcolo era compresa la remunerazione degli operai dell'Isola d'Elba che percepivano la paga giornaliera di lire 4,0.

In molte zolfare, specie nelle lontane dai centri abitati, pane pasta vino baccalà cereali si trovavano in bettole, osterie, piccole botteghe e rivendite di generi alimentari. A volte gli stessi conduttori aprivano nelle zolfare spacci alimentari offrendo i prodotti in conto della paga: al saldo del debito computavano gli interessi a *usura* sugli anticipi. Questo costume fu introdotto dai mercanti inglesi all'inizio del XIX secolo, venne chiamato *Truck System* e consisteva nel pagare in natura una parte del salario o del prezzo del cottimo, di solito con generi alimentari e di prima necessità. Con l'apertura delle botteghe attigue alle miniere la pratica si diffuse rapidamente in tutta l'area zolfifera e gli esercenti, attratti dall'opportunità di ricavare guadagni accessori e di ridurre le paghe degli operai con tali raggiri speculativi, scadevano nelle frodi commerciali e nell'usura. L'operaio ne era vittima in quanto avrebbe dovuto percorrere parecchi chilometri alla ricerca di un'alternativa concorrenziale per rifornirsi a minor costo.

L'alimentazione non variava al cambio delle stagioni né nei giorni di lavoro rispetto a quelli di riposo ed era sostanzialmente costituita da cereali e vegetali in genere, come fu poi dimostrato in occasione degli esami coprologici condotti per la ricerca e la bonifica dell'Anchilostoma.

Nelle miniere sarde la situazione alimentare non era dissimile da quella delle zolfare siciliane anche se alcune peculiarità mostravano attenzioni alla cura del lavoratore e alla sua complessiva socialità. Gli alimenti base anche lì erano costituiti da pane, pasta, legumi e verdure; i più fortunati, un ristrettissimo numero di operai, fruivano di minestra e carne una o due volte a settimana o perché disponevano del tempo per cucinare o per la prossimità della famiglia alle miniere. L'industriale C. Ferraris offriva diversi vantaggi agli operai, compresa la possibilità di una minestra a 20 centesimi e una fetta di carne a 25, mentre cospicui investimenti assicuravano condotte idriche igienicamente sicure. Le miniere sarde erano più progredite delle siciliane e i titolari più rigorosi nella scelta degli operai: evitavano di assumere i dediti all'alcol preferendo i sobri, sia per mantenere l'ambiente a basso rischio di litigiosità<sup>44</sup> in quanto l'alcol abbassando la

---

<sup>44</sup> Nelle taverne siciliane e soprattutto tra gli operai di fatica quali i cavoratori di pietre il vino era bevuto giocando con il *tocco* o *passatella* o *padroni e sotto*. Ricco di regole e considerato quasi sacro fu messo al bando nel 1784. Questo gioco era momento di socialità e occasione per umiliare e ridicolizzare l'avversario, cioè il malcapitato di turno. Nell'appiattimento del lavoro quotidiano del *tutti uguali*, quel momento di gioco rappresentava per *i carusi* l'opportunità per differenziarsi a turno in *padroni e sotto*. Il termine *toccu*, che sta per *toccare* è un po' come il *nominare*, cioè esercitare un potere su qualcuno. Nell'alternanza dei ruoli che il gioco comporta, tra sentimenti di fiducia e ostilità, ciascuno sperimentava tutte le ambiguità di un potere che da un lato si reclama assoluto, ma dall'altro necessita sempre del consenso dei sottomessi. D'Onofrio Salvatore, *L'onore è salvo a colpi di tocco*. Enos 2010; II: 8-15. La pratica del *tocco* era frequente anche tra i solfatarari, come testimonia Zurli nel suo racconto nel manoscritto prima citato "*U carusu: Tatò e Tatò*".

soglia di eccitabilità rende più aggressivi ed è responsabile di far degenerare l'amichevole discussione in ostilità personale, scontro verbale e spesso anche fisico, sia per ridurre il rischio di incidenti sul lavoro per via dell'ottundimento dello stato di vigilanza e su cui anche oggi sono concentrati gli sforzi per una efficace prevenzione. Al I Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro celebrato a Palermo nel 1907 furono presentati studi comprovanti i danni da difetto di alimentazione con stigmate indelebili per deperimento organico ed esiti degenerativi. Numerosi ricercatori hanno studiato la qualità dell'alimentazione e determinato il fabbisogno calorico dei solfatarari nelle varie fasce di età: Di Mattei, De Gianna, Albertoni, Novi, Prugnola, Panegrossi, Memmo, Castellani, Campeggiani, Tafuri, oltre Luigi Manfredi con il suo classico studio sull'alimentazione dei contadini e dei solfatarari<sup>45</sup>.

Le calorie assunte giornalmente non risultavano sufficienti a compensare la perdita causata dal lavoro nelle estreme condizioni ambientali. La *pauperitas* segnava le loro vite e obbligava a trascorrere un'esistenza "a basso assorbimento di risorse". Lavoravano molto, avevano poco, consumavano molto, consumarono sé stessi.

I coefficienti termici fissati da Robner avevano stabilito che per un operaio minatore occorrevano 5.213 sostanze pari a 4.790 calorie, mentre l'abituale alimentazione poteva garantire mediamente 3.215 calorie/die, con una differenza in negativo di 1.575 rispetto al fabbisogno. Di Mattei osservò che picconieri e solfatarari pativano la perdita di calorie di gran lunga superiore a quella calcolata per via delle profuse sudorazioni e traspirazioni negli ambienti caldi e umidi, per l'irradiazione solare della cute non protetta da sufficiente abbigliamento, per il lavoro del cuore, polmoni e muscoli. Le misurazioni di Davidson e Passmore (tab. 10) condotte alla fine del XIX secolo per la determinazione del fabbisogno calorico confermarono quelle iniziali di Robner. È eloquente il grido di protesta contenuto in una lettera denuncia dell'11.02.1891 di circa 200 *picconieri* della zolfara Castrogiovanni<sup>46</sup> al Ministro dei Lavori Pubblici circa la sproporzione tra il lavoro fisico e la congruità alimentare<sup>47</sup>:

*"... dopo 8 ore di maneggiare un piccone di Kg. 7 ci tocca un tozzo di pane da mangiare e bere un litro d'acqua.... [...] Non è da credergli vedere il terribile spettacolo uscire dalle caverne ragazzi di 12-13 anni col carico di ca. 60 kg percorrendo un sentiero disastroso e montuoso, al buio. Tutti i giorni succedono infortuni, chi si*

<sup>45</sup> Di Mattei E, *Alimentazione delle classi lavoratrici del Mezzogiorno in rapporto alla questione sociale*. Atti del 1° Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro, Virzì, Palermo 1908, p. 130.

<sup>46</sup> La lettera è resa emotivamente intensa dal contenuto antitetico degli accostamenti.

<sup>47</sup> ACSR, MAIC, Direzione Generale Sanità, Versamento V, busta 940.

*rompe una gamba, chi un braccio, chi stremato di forze resta sotto il peso enorme, chi rimane schiacciato dai massi. Vedere questi ragazzi nudi, scalzi, pallidi, scarni, irti e ispidi i capelli che fanno parità alle stesse pietre...”.*

Il documento denuncia la sproporzione tra carico di lavoro, consumo energetico e povertà dell'alimentazione, consentendo di dedurre che l'organismo già predisposto al rachitismo per carenza di fattori nutrizionali si piegava a un carico eccessivo per la gracilità muscolare dando ragione dei diversi valori antropometrici tra gli scolari e *i carusi*<sup>48</sup>. L'analisi del consumo calorico è in tabella 10.

TABELLA 10: CONSUMO CALORICO (DAVIDSON E PASSMORE, 1969)

Categoria	Consumo energetico (Kcal/24 ore)(1)		
	Medio	Minimo	Massimo
Pensionato anziano	2.390	1.750	2.810
Impiegato	2.520	1.820	3.270
Tecnico di laboratorio	2.840	2.240	3.820
Lavoratore anziano industria	2.840	2.180	3.710
Muratore	3.000	2.440	3.730
Studiante universitario	2.930	2.270	3.410
Operaio acciaierie	3.280	2.600	3.960
Agricoltore	3.420	2.900	4.000
Cadetto militare	3.490	2.990	4.100
Minatore di carbone	3.660	2.970	4.560
Boscaiolo	3.860	3.670	4.600

#### COSTITUZIONE SCHELETRICA DE *I CARUSI*

*I carusi* più di 20 volte al giorno trasportavano a spalla dalla profondità delle gallerie allo spiazzale esterno la gerla carica di zolfo pesante anche 30 chili, a seconda dell'età e della robustezza fisica, attraverso ripide, insicure, sdrucchiolevoli scalette di legno. La strada di ritorno si percorreva in fretta e quindi la schiena stava sotto carico quasi incessantemente per tutta la giornata di lavoro. Come testimoniano alcune fotografie molto note e ampiamente diffuse nelle menzionate pubblicazioni, *i carusi*, nel tentativo di distribuire uniformemente il carico, facevano gravare l'ingombro al centro della nuca per sorreggerlo con entrambe le

<sup>48</sup> Giordano A, *La fisiopatologia ...*, op. cit., p. 104-119.

braccia; erano costretti a iper-estendere capo e dorso, opporre la colonna vertebrale che, diventata cedevole, si inarcava in cifosi dorsale. L'utilizzo di una spalla soltanto avrebbe messo a rischio la staticità, e il corpo, sbilanciato lateralmente, avrebbe aggravato l'instabilità della deambulazione.

Diversi ricercatori stranieri e Alfonso Giordano in Sicilia (tab. 11 e 12) hanno studiato i parametri biometrici e morfologici dei piccoli solfatarì, ponendoli a confronto con i dati sia di coloro che erano adibiti all'industria che degli scolari di pari età, concludendo per l'esistenza di una correlazione diretta tra alterazioni fisiche, classe sociale di appartenenza e condizione socio economica.

Il peso corporeo medio, secondo i dati di Roberts, Cowel e Giordano nei fanciulli di classe povera, compresa quella de *i carusi*, era inferiore ai soggetti di pari età delle classi agiate e degli addetti alle fabbriche<sup>49</sup> (tab. 11).

TABELLA II: PESO CORPOREO MEDIO DEI FANCIULLI

Peso corporeo medio dei fanciulli (statistiche)						
Età	Roberts		Cowel		Giordano	
	Classe povera	Classe agiata	Fabbriche dentro	Fabbriche fuori	<i>Carusi</i>	Scolari
9-10	26.608	23.123	23,47	24,15	22.422	24.545
10-11	24.101	25.086	25,84	27,33	24.789	26.851
11-12	25.750	27.359	28,04	26,46	24.987	29.064
12-13	27.161	29.467	29,91	30,49	30.644	32.300
13-14	28.878	31.823	32,69	34,17	32.109	35.851
Media	26.499	27.371	28,0	28,5	26.990	29.722

Analoghi dati hanno trovato Quetelet, Pagliani, Browidit (tab. 12).

Il peso corporeo medio degli scolari nella casistica di Giordano è il 10% superiore a quello de *i carusi* e analogamente in quella di Roberts il peso corporeo della classe agiata è superiore alla povera.

<sup>49</sup> Giordano A, "*Carusi*" e scolari nei raffronti antropometrici. Gazzetta Siciliana di Medicina e Chirurgia, 1905; IV: 285-291. I dati erano stati pubblicati dal MAIC in Annali di Agricoltura, *Rivista del Servizio Minerario*, anni 1880-1881. Tipografia Eredi Botta, Roma 1883.

TABELLA 12: PESO CORPOREO MEDIO DEI FANCIULLI<sup>50</sup>

Peso corporeo medio dei fanciulli (Kg)					
Anni	Quetelet	Pagliani	Browdit	Giordano	
	(Bruxelles)	(Torino)	(Boston)	(Lercara)	
	Fanciulli				
				nelle scuole	nelle solfare
9	23,5	22,4	26,87	22,307	20,586
10	25,2	24,8	29,62	24,545	22,422
11	27,0	26,6	31,84	26,851	24,789
12	29,0	29,3	34,89	29,064	27,987
13	33,1	33,0	38,49	32,300	30,644
14	37,1	36,6	42,95	35,851	32,109
15	41,2	41,8	48,59	40,300	33,071
16	45,4	47,2	54,90	46,900	34,947
17	49,7	52,7	57,84	50,666	38,083

Numerosi rilievi antropometrici hanno documentato il deficit di statura nelle classi operaie disagiate rispetto alle facoltose, attribuendo soprattutto al peso sproporzionato del carico le permanenti deformazioni instauratesi nel corso dello sviluppo (tab. 13).

L'apparato scheletrico era interessato per lo più nel cingolo scapolare con conseguente asimmetria delle spalle e incurvamento della colonna vertebrale. Si realizzavano due condizioni anatomiche: la cifosi dorsale o *gobba indietro* e il petto a forma di carena o *gobba in avanti*. La prima per l'incurvamento in avanti delle spalle e della colonna vertebrale, la seconda per verosimile disvitaminosi da carenza dei precursori della vitamina D a causa del deficit alimentare di latte e latticini e della lunga permanenza negli ambienti privi di irradiazione solare<sup>51, 52</sup>.

<sup>50</sup> *Ivi*, p. 291.

<sup>51</sup> "L'alimentazione di questi uomini è quasi esclusivamente costituita da idrati di carbonio; pane e cipolla cruda o pane e sarda salata nei due pasti che consumano sul posto di lavoro; la sera, a casa, una minestra a base di pasta di scarto e verdure; la pastasciutta solo la domenica". Sciascia L, *Le parrocchie di Regalpetra*. Adelphi, Milano 1991, p. 150. Il riferimento è ai minatori di salgemma in Sicilia, ma la condizione socio-economica era la medesima dei solfatarci.

<sup>52</sup> Giordano A, *La fisiopatologia ...*, op. cit., p. 108.

TABELLA 13: STATURA MEDIA DEI FANCIULLI

Statura media dei fanciulli (cm.)					
Anni	Quetelet (Bruxelles)	Pagliani (Torino)	Browdit (Boston)	Giordano (Lercara)	
					Fanciulli nelle scuole
9	121,8	123,9	126,2	123,8	119,1
10	127,3	126,4	131,3	128,4	120,2
11	132,5	129,4	135,4	129,8	124,5
12	137,5	133,7	140,0	133,8	127,6
13	142,3	139,6	145,0	143,8	132,0
14	146,9	145,4	152,1	146,5	135,7
15	151,3	151,9	158,2	153,5	137,0
16	155,4	158,0	165,1	157,6	141,2
17	159,4	160,0	168,0	158,2	142,6

Accanto al diminuito sviluppo scheletrico (tab. 13) Giordano mise in evidenza ne *i carusi* della fascia di età tra i 14 e 16 anni anche il ritardo puberale, la cui causa prima fu giustamente attribuita alla denutrizione: patologia di cui si parla poco nelle ricerche sulla condizione di sviluppo degli adolescenti in miniera e i dati di Giordano sono di evidente correttezza e originalità (tab. 14).

TABELLA 14: DEFICIT DI SVILUPPO NELLA CASISTICA DI GIORDANO

Descrizione dei difetti	Anni									
	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Costituzione scheletrica grama	1	4	5	4	3	2	2			
Nessun accenno di pubertà						17	12	5	2	
Ipertrofia cervico-dorsale apofisi spinosa cervico soprascapolare cifosi incipiente	4	9	11	16	2	9	4	1	2	
Cifosi e/o lordosi	1		1		1	14	5	2	1	
Sporgenza omoplatica		1	1	3		2	2			



La visita di leva militare costituì l'occasione per rilevare che la tipologia e le caratteristiche del lavoro progressivo, in aggiunta all'alimentazione ristretta, avevano determinato nei fanciulli delle zolfare difetti di sviluppo scheletrico non compatibili con la concessione dell'idoneità al servizio. La classe contadina allo stesso appuntamento patì minori conseguenze per via di un più sano regime alimentare con prodotti naturali ricchi di sostanze nutritive, tra cui le proteine animali. I contadini o *viddani* si differenziavano da *i carusi* perché lavoravano nei campi, alla luce del sole, frudevano di uova, latte e latticini a volontà prodotti in proprio. Avvalorano la tesi i dati del distretto di Piazza Armerina dove negli anni 1881-1884, corrispondenti agli anni di leva 1860-1863, *il numero di riformati perché non giudicati idonei al servizio militare fu, per tutte le cause, del 21,6% per i contadini e del 42,5% per i solfatarci*. Dai dati pubblicati dal MAIC<sup>53</sup> la percentuale media dei giudizi di riforma pronunciati fra tutti i solfatarci di Sicilia negli anni 1881-1884 (leva 1860-1863) fu del 44,5%. Pompeo Colajanni<sup>54</sup> rilevò dati statistici comparativi degli esiti della visita di leva dei contadini e dei solfatarci di Piazza Armerina (tab. 15). Su 3.672 iscritti i riformati furono 1.634 (44,5%) di cui: per difetti di statura 1.269 (80,6%), del torace o gibbosità 356 (9,7%), ernie e idroceli 114 (3,1%), cecità 18 (1,1%), cause diverse 73 (4,5%).

TABELLA 15: RIFORMATI ALLA LEVA MILITARE TRA SOLFATARI E CONTADINI (%)<sup>55</sup>

Anno della leva	Difetto di statura		Altre imperfezioni fisiche		Tutte le cause di riforma	
	fra i contadini	fra i solfatarci	fra i contadini	fra i solfatarci	fra i contadini	fra i solfatarci
1872	14,5	32,7	6,9	7,7	21,3	40,4
1873	14,4	38,3	7,0	6,3	21,6	44,5
media	14,4	35,0	6,4	7,0	21,4	41,5

<sup>53</sup> MAIC, Rivista del Servizio Minerario 1884, Annali di Agricoltura 1886.

<sup>54</sup> Pompeo Colajanni, Direttore del Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione per gli infortuni sul lavoro delle miniere di zolfo.

<sup>55</sup> Malta R, Maira G, Salerno A, *Aspetti medico-sanitari, etici e socio economici dell'attività solfifera in Sicilia (1791-1964)*. Medicina nei Secoli, 2007; 19/2: 609-626.

Nella cittadina di Aragona in provincia di Agrigento dal 1901 al 1905 soltanto il 36% dei giovani fu dichiarato “abile” alla visita di leva militare obbligatoria.

Gli studi di Loriga<sup>56</sup> e Vasta<sup>57</sup>, orientati a cogliere la relazione tra il carico e la patogenesi del difetto di sviluppo dello scheletro, si sono basati sul fatto che l'accrescimento scheletrico fisiologico avviene esclusivamente per mezzo delle cartilagini di coniugazione, mentre lo spessore si acquisisce per depositi successivi di strati ossei. Il Loriga dimostrò che il carico, esercitando una pressione verticale sulle cartilagini dei femori, delle tibie e delle vertebre, fa sì che le cellule dei nuclei di coniugazione scivolino lateralmente, disturbando il regolare allungamento delle ossa. Il peso inoltre imponeva al giunto dorso-nucale una posizione di iper-distensione in avanti, determinando allungamento e cedimento delle strutture legamentose e dei dischi intervertebrali, con inarcamento del cingolo scapolare, ipercifosi o gibbo (detto in siciliano *immu*); da qui il soprannome generalizzato dei cittadini di Racalmuto della provincia di Girgenti, detti *racalmutesi immiruti* (gobbi)<sup>58</sup>.

La flessione in avanti del capo, l'allungamento del collo e la fissità del cingolo scapolare erano responsabili della ridotta escursione del torace e della dinamica respiratoria, più gravemente durante lo sforzo in salita, proprio quando l'organismo contraeva maggior debito di ossigeno. Il diniego dell'idoneità al servizio di leva militare era legato al riscontro della “deformità della gabbia toracica”. Siamo in epoca in cui gli esami radiologici non erano ancora disponibili e il gibbo era attribuito alla deformità della cassa toracica e non del rachide<sup>59, 60</sup>.

Giardina magistralmente descrisse postura e dinamica dell'andatura sotto carico<sup>61</sup>:  
“[...] *all'inclinazione delle discenderie ripidissime, col suolo irregolare, spesso bagnato, per modo che l'operaio, per mantenere l'equilibrio della persona, deve andare a dorso flesso, assumere attitudini viziose e fare sforzi compensatori i quali, più per*

<sup>56</sup> Loriga G, *Lavoro dei fanciulli e crescita del corpo*. Officina Poligrafica Italiana, Roma 1910.

<sup>57</sup> Si descrive la ricerca sulla deformità de *i carusi*, l'asimmetria tra le due metà toraciche, le gibbosità localizzate alle vertebre dorsali, la scoliosi, le alterazioni dello sviluppo organico nei riguardi della statura, del perimetro toracico, con riferimento alle posizioni viziate, al trasporto di carichi eccessivi, precoce iniziazione al lavoro dei giovinetti. E' una lettura tutta meccanica del danno, senza riferimenti alla componente metabolica. Vasta P, *Il torace deforme dei carusi e la legge sul lavoro dei fanciulli*. Atti del 1° Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro. Tipografia Virzi, Palermo 1907.

<sup>58</sup> La Porta A, *Il bacino di ...*, op. cit., p. 7.

<sup>59</sup> Campani A, Sugli effetti delle deformazioni della colonna vertebrale sugli organi del respiro e del circolo e in particolare sui tumori cardiaci. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1906.

<sup>60</sup> Di Giovanni I, *Le tare organiche nei solfatari*. Atti del 1° Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro. Palermo, 1907. Tipografia Virzi, 1908.

<sup>61</sup> Giardina G, Relazione al Primo congresso nazionale degli infortuni e delle malattie professionali, Palermo 26-31 ottobre 1947. Edizioni dell'INAIL, Roma 1948, p 43-44.

*gli stessi pesi, rendono anormale lo sviluppo del corpo fino a deformarlo. A lungo andare la colonna vertebrale si incurva e devia, le spalle divengono irregolari, il petto infossato, l'addome ristretto e sporgente, le fosse sopra e sottoclavicolari si approfondiscono, le masse muscolari si fanno asimmetriche e in alcune regioni ipertrofiche. E intanto gli arti superiori si allungano, il collo rimane tozzo e breve, la testa diviene calva e si rivolge in basso, le regioni lombari quasi scompaiono e i piedi si fanno piatti e larghi e le ginocchia si ingrossano in contrasto delle gambe, che restano agili e scarne. L'individuo, così nel suo insieme, presenta, colle stigmate del lavoro faticoso e anormale, tutti i caratteri della senilità precoce”.*

In questa descrizione, a differenza delle precedenti, il petto è “infossato” e richiama il “torace da calzolaio”.

Studi sulla tubercolosi polmonare nei solfatarari furono condotti dalla scuola di Medicina del Lavoro diretta da Fradà dell'Università di Palermo<sup>62</sup>. Per quanto riguarda le altre patologie, spesso a queste correlate, nel 1896 in Aragona<sup>63</sup> i dati epidemiologici di malattia (tab. 16) e di mortalità per causa di malattia (tab. 17) mostrarono che l'affezione respiratoria era significativamente più frequente. Le affezioni osteo-scheletriche incidavano di meno, con valori percentuali simili nei lavoratori delle diverse qualifiche<sup>64</sup> e si instauravano nel 7,1% de *i carusi* mentre negli adulti si incrementavano a 8,9%.

TABELLA 16: PATOLOGIE DEI SOLFATARI NEL 1896 IN ARAGONA (AG)

Apparato	Vagonari <sup>65</sup>	Picconieri <sup>66</sup>	<i>I carusi</i>
Respiratorio	45,11%	12,83%	9,45%
Digerente	11,02%	16,83%	15,21%
Osteo scheletrico	8,87%	8,30%	7,01%
Patologia infettiva	18,60%	23,12%	12,78%

<sup>62</sup> Mentasana G, Amodei M, *Rilievi e considerazioni patogenetiche sulla tubercolosi polmonare nei solfatarari*. Folia Medica, 1961; XLIV (9): 721-730.

<sup>63</sup> Geraci F, *Una “terra” feudale e proletaria: Aragona*. Archivio Storico Siciliano, 2000; XXV: 141.

<sup>64</sup> Giordano A, *Le malattie dei solfatarari ...*, op. cit., p. 145, e in Atti del I Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, Palermo 1907.

<sup>65</sup> Il *vagonaro* spingeva i vagonetti pieni di minerale grezzo dal luogo di estrazione fino alla discarica per riportarli indietro vuoti.

<sup>66</sup> Il *picconiere* era la figura più importante del lavoro nel sottosuolo: a lui era affidata la ricerca dei filoni solfiferi e l'escavazione del minerale. Per il trasporto all'esterno si serviva de *i carusi* a lui legati da contratti di cottimo. Il picconiere spesso iniziava la sua avventura da *caruso*.

Lo scostamento tra le due percentuali è molto limitato se si considera che negli adulti intervenivano oltre ai frequenti infortuni traumatologici osteo-articolari anche le malattie degenerative, entrambi con esiti solitamente invalidanti. Invece andamento opposto al precedente si è verificato per le malattie respiratorie<sup>67, 68</sup> in cui l'incremento cresceva con il progredire dell'età.

TABELLA 17: MORTALITÀ TRA I SOLFATARI (%) (1895-1907) PER CAUSA DI MALATTIA

Apparato	Casteltermeni	Aragona
Respiratorio	39,4%	41,20%
Digerente	7,5%	6,59%
Cardiovascolare	8,21%	7,50%
Malaria		9,50%

L'appartenenza alla favorevole classe sociale e quindi all'elevato stato economico ancora una volta hanno dato prova di condizionare lo stile di vita e di poter cogliere le migliori opportunità di salute: è in ogni epoca la disponibilità di ricchezza, nei suoi diversi e controversi aspetti, ad aprire la porta del benessere e dello star bene.

Ferrannini<sup>69</sup> osservò (1931) che il respirare in ambienti con dispersione di polveri di zolfo esponeva ad una condizione di ipercalcemia, allora non spiegata, ma che avrebbe potuto rappresentare elemento importante e peculiare per l'eventuale coinvolgimento dell'apparato osteo-scheletrico. Levi, membro del Consiglio Superiore di Sanità del Regno, al V Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro diede notizia che l'Istituto aveva commissionato a Giovanni Loriga

<sup>67</sup> Guardascione V, *Malattie da lavoro in genere e malattie professionali protette negli zolfatari. Metodi di prevenzione*. Ha ripercorso lo studio delle affezioni respiratorie dei minatori di zolfo a partire dalle osservazioni di A. Giordano sulla primordiale identificazione della *Theapneumoconiosi*. I Congresso Nazionale degli Infortuni e delle Malattie Professionali, Palermo 26-31 ottobre 1947, Edizioni dell'INAIL, Roma 1948, p. 489-496. Medioevo. Editori Laterza, Bari 1993, p. XXII.

<sup>68</sup> Grasso, Biondi I, Sorrentino G. (a cura di), *Le malattie dell'apparato respiratorio dei lavoratori del solfo*. XVIII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, S. Vincent 20 – 23 settembre 1952. Tipo-litografia I.N.A.I.L., Roma 1954, p. 35.

<sup>69</sup> Ferrannini A, Clinico medico di Catania (1931) sottopose dei cani ad insufflazione quotidiana di polvere di solfo greggio e di solfo puro raffinato, riscontrando costante e progressivo aumento della calcemia, sino a 2-3 volte il valore iniziale. Egli ritenne l'ipercalcemia manifestazione caratteristica della pneumoconiosi, atta a differenziare la fibrosi polmonare da solfo da altre lesioni, ma non determinò né da dove né perché si liberasse questo calcio in eccesso. In Grasso Biondi I, Sorrentino, *Le malattie dell'apparato ...*, op. cit., p. 8.

un lavoro sull'*Organizzazione Umana dell'Industria* per la buona propaganda sulla tutela nel lavoro<sup>70</sup>.

La spiegazione delle affezioni allora patite a carico dell'apparato osteoscheletrico può oggi essere interpretata in chiave olistica e non esclusivamente meccanico-posturale, assumendo le condizioni socio-economiche e gli stili di vita come elementi condizionanti la qualità della vita e della salute.

La chiamata di leva rappresentò un'esperienza cruciale per tanti giovani siciliani che dovettero provare l'umiliazione di esser stati respinti a causa delle tare fisiche che lavoro e denutrizione avevano determinato, impedendo loro di vivere quella insostituibile esperienza relazionale. È opportuno rilevare il valore sociale che la leva – “levato” dal nido familiare – ha sempre comportato per il transito del soggetto da ragazzo ad adulto. Il servizio militare obbligatorio costituiva la prima vera occasione di allontanamento dalla vita domestica e dalla famiglia patriarcale con l'immissione nel mondo delle ampie relazioni sociali e dell'autonoma responsabilità personale: esperienza che nella contemporaneità è venuta meno a tutti i giovani attualmente giunti alla maggiore età non essendo più obbligatorio tale dovere. La permanenza dei giovani tra gli agi familiari rischia di rendere questa generazione più torpida nell'assumere ruoli indipendenti per una vita pienamente e responsabilmente autonoma. Una delle conseguenze è che l'impatto con le prime difficoltà che la vita inevitabilmente riserva potrebbe far loro ridestare il desiderio di ritornare al comfort familiare presidiato dall'intervento dei genitori sempre pronto a sterilizzare ogni difficoltà, anche se non sempre opportuno né costruttivo.

#### LA DONNA NELLE ZOLFARE

Sembra finora che la storia delle zolfare sia stata una storia soltanto di uomini, impegnati dentro o fuori le miniere, siano essi professionisti colti o politici, eroici e altruisti, o dediti all'alcool e forse anche di abbruttiti: non è così. Ci sono anche le donne che Renato Guttuso dipinse mentre in qualità di madri, mogli, sorelle, figlie accorrevano alla zolfara alla notizia della sciagura che aveva tragicamente coinvolto i propri affetti (fig. 2).

Era quella una donna che pur vivendo lontana dai centri di lavoro partecipava col suo ruolo domestico all'altalena di gioie e dolori della zolfara. Non solo di questa ma di altre donne vogliamo anche parlare: di quelle che lavoravano nelle

---

<sup>70</sup> Levi E, *Il moderno indirizzo per il benessere e l'incolumità dei lavoratori*. Stabilimento Lito-Tipografico M. Martini, Prato 1922, p. 4.



Fig. 2 - Guttuso R., *Le donne dei minatori*, 1953.

zolfare, espressione del massimo disagio fisico e psicologico, per la loro sparuta presenza in un ambiente dominato dal lavoro maschile e dove un complesso di fattori fisici e psicologici richiedevano coraggio e straordinario temperamento per resistervi.

I caratteri antropologici, anatomici, fisiologici, psicologici e sociali delle donne rispetto a quelli dell'uomo si imponevano nell'esaltazione delle differenze: nella coscienza sociale e nell'esercizio medico la donna doveva essere vista primariamente per la sua funzione generatrice e di tutela della prole e della propria famiglia, dichiarando essere contro natura ogni evento che avesse ostacolato questo progetto di vita. I dati statistici non tardarono a documentare la maggiore incidenza di aborti, parti prematuri, nati morti e aumento di mortalità dei figli di donne di alcune categorie di lavoro, quali quelle addette alle lavorazioni del piombo. In altre statistiche risultava ridotta la fertilità delle donne di diverse industrie, oltre a vari disturbi della sfera ginecologica, il che faceva dire a Giordano che a occuparsi del problema non dovevano essere solo i patologi, gli ostetrici, i ginecologi, ma anche la nascente categoria degli igienisti<sup>71</sup>.

La presenza delle lavoratrici nelle industrie italiane complessivamente era il 20%. Nel 1899 nelle miniere di zolfo, su un totale di 34.152 operai, 73 donne

<sup>71</sup> Giordano A, *La fisiopatologia ...*, op. cit., p. 91-94.

adulte e 133 sotto i 15 anni lavoravano all'interno delle gallerie, mentre all'esterno 27 adulte e 7 con meno di 15 anni. Nel 1903 invece su 33.304 lavoratori si ebbero all'interno 57 donne adulte e 112 sotto i 15 anni; all'esterno solo 4 di età sotto i 15 anni. Il 46,5% erano nubili, il 37,5% coniugate, il 16% vedove<sup>72</sup>.

Commenta Giordano che nonostante il crescente aumento del costo della manodopera la donna era pagata sempre meno dell'uomo; tuttavia il buon senso della popolazione cominciò a volere sottrarre "il sesso debole" a quel genere di lavoro così dannoso per la salute, specie nelle zolfare<sup>73</sup>. Solo poche zolfare nei territori di Caltanissetta, Favara e Cianciana utilizzavano manodopera femminile. Nel comune di Cianciana intere famiglie lavoravano alle dipendenze di qualche cottimista o esercente e le donne erano addette al trasporto o al carico e scarico dei calcheroni, molto raramente nei lavori interni. Lavoratrici si trovavano anche nelle miniere di salgemma nei territori di Cattolica Eraclea e Petralia, tuttavia in numero limitato.

Giordano si spinse col dire che spesso capi fabbrica e impiegati rendevano vittime queste lavoratrici sicché era facile immaginare che la promiscuità dei due sessi potesse esporre alla rilassatezza dei costumi, complice l'allontanamento dalla famiglia e l'affievolirsi dell'attenzione per i figli e per il coniuge dai quali di fatto vivevano separate per quasi tutto il trascorrere della settimana<sup>74</sup>.

In Italia a parità di incarico una donna guadagna meno dei colleghi maschi, e figli e obblighi familiari costringono molte di loro a rinunciare alla ricerca dell'occupazione. Il Governo si è impegnato nel maggio 2012 a colmare il gap retributivo tra uomo e donna entro il 2016 e l'OCSE nel suo rapporto 2012 invita a superare il divario per stimolare la crescita socio-economica. Infatti l'aumento del numero delle donne nel lavoro fa crescere anche la domanda di servizi di assistenza all'infanzia e agli anziani, domestici e di ristorazione in misura maggiore rispetto alla crescita dell'occupazione maschile. Secondo il Global Gender Gap Index nel 2011 l'Italia, con un punteggio di 0,68 occupava il 74° posto nella parità di genere su 135 Paesi, dove il valore 1 equivale a parità. L'indice è costruito su quattro indicatori, di cui due – l'istruzione, misurata come accesso e risultati conseguiti, e la salute, come probabilità di sopravvivenza – sono considerati obiettivi raggiunti; mentre un forte divario esiste per gli altri due indicatori: le opportunità in campo economico (0,59) e la partecipazione politica (0,15). I dati ISTAT 2012 mostrano che in Italia il tasso di occupazione femminile è il

---

<sup>72</sup> Ufficio del lavoro di Roma, *La donna nell'industria italiana*, 1905, p. 21.

<sup>73</sup> Giordano A, *La fisiopatologia ...*, op. cit., p. 97-100.

<sup>74</sup> Giordano A, *Interrogatorio intorno al lavoro delle donne e dei fanciulli nelle fabbriche: risposte sulle zolfare di Lercara (Siracusa)*. G. De Angelis e figlio, Napoli 1878.

46,5%, a fronte del 67,5% per gli uomini, testimoniando un divario tra i più alti in Europa.

La parità occupazionale è uno degli obiettivi del Millennio sanciti dall'ONU nel 2000. Anche l'Unione Europea con la Strategia di Lisbona nel 2000 si è prefissata di aumentare l'occupazione femminile in tutti i Paesi membri, dal 51% nel 2000 al 60% nel 2010, ma nel 2011 eravamo al 56%. All'interno dell'Unione Europea troviamo Paesi con percentuali di donne occupate superiore al 70%, come la Svezia (72,1%), Danimarca (71%) e i Paesi Bassi (69,9%), mentre vi sono stati come la Grecia e l'Italia dove non si arriva al 50%. Negli Stati Uniti la forza lavoro ha superato il 50% per la prima volta nel 2010.

La disparità di genere riguarda anche la retribuzione<sup>75</sup> perché all'interno della stessa area disciplinare esiste un differenziale salariale (come al tempo delle zolfare) pari al 6% per i laureati in area umanistica e ingegneristica, e superiore al 9% per i laureati in area scientifica. Disparità retributiva esiste tra settore pubblico e privato, e la stessa cresce con il numero dei figli, tacciando la situazione italiana la peggiore in Europa quando confrontata con Spagna, Francia, Svezia, Regno Unito e Germania.

Il basso tasso occupazionale, che sembra lasciare più libere le donne, al contrario non favorisce neanche il tasso di fecondità. Nel 2011 il numero medio di figli per donna è stato di 1,42 in Italia, 1,98 in Svezia, 1,89 in Danimarca, 2,0 in Francia. I Paesi con un alto tasso di occupazione femminile hanno anche un alto tasso di fecondità<sup>76</sup>, a conferma dell'esistenza di una correlazione positiva tra occupazione e fecondità, a patto che il contesto aiuti. L'Emilia Romagna, con un tasso di occupazione femminile tra i più alti d'Italia (60%) e con un tasso di fecondità passato da 0,97 a 1,48 negli ultimi 15 anni, conferma quanto asserito. Al contrario nell'Italia meridionale, dove i sistemi di sostegno del welfare sono meno orientati a sostenere la maternità, entrambi i tassi sono molto bassi.

Sul benessere dei figli di madri che lavorano vi sono risultati molto differenti. A fronte del minor tempo che trascorre con i figli la madre lavoratrice, vi è soprattutto la qualità del tempo passato insieme nelle due diverse situazioni, partendo dal fatto che l'esperienza del lavoro è sempre arricchente e modello di sviluppo e impegno per tutto il nucleo familiare. Di fronte a tale delicata complessità, prudenza vuole che si condivida l'affermazione che il benessere dei bambini è legato a molteplici condizioni sociali, economiche, affettive, di cui il lavoro

---

<sup>75</sup> Le donne dirigenti guadagnano solo il 2% in meno dei loro colleghi maschi, mentre il divario salariale è del 16% tra gli impiegati e del 14% tra gli operai.

<sup>76</sup> Il *ricambio generazionale* per mantenere costante la popolazione, la cosiddetta *soglia di rimpiazzo*, cioè il livello di fecondità che mantiene costante la popolazione, è di 2,1 figli per donna.



della madre fuori della casa rappresenta solo un aspetto, e non è detto che sia di per sé negativo per definizione.

Negli ultimi decenni il cambiamento dello status sociale delle donne in Italia e nei Paesi occidentali è una vera e propria trasformazione rivoluzionaria, con profonda refluenza nei comportamenti, nelle decisioni nella vita familiare, nell'istruzione. Una "rivoluzione silenziosa" l'ingresso della donna nel mondo del lavoro, ma incompiuta e che coinvolge diversi ambiti: in famiglia, dove sulle donne inserite nel mercato del lavoro continuano a gravare i carichi di lavoro domestico faticosamente sostenibili, e dove permangono stereotipi molto radicati nella divisione dei lavori e ruoli per genere; nella ricerca del lavoro, non sempre conseguenza dei brillanti risultati universitari; nella maternità, dove le donne mettono al mondo meno figli di quanti desiderano.

A questa silenziosa rivoluzione non seguono ancora in Italia iniziative politiche tendenti a rimuovere le criticità sociali e a creare condizioni di conciliazione tra la vita quotidiana delle donne e dei loro partner, sempre in bilico tra attività lavorativa e responsabilità familiari. A parte i Paesi scandinavi, dove gli asili nido sono aperti in alcune città anche ventiquattro ore al giorno, il Paese europeo più all'avanguardia in termini di sostegno all'infanzia è la Francia, dove per colmare le lacune di offerta da parte degli asili pubblici e privati, è stata introdotta la possibilità di farsi accudire i figli a domicilio da una educatrice accreditata oppure di affidarli a un'assistente materna che accudisce i bambini a domicilio. Questi servizi sono economicamente sostenuti dall'ente pubblico. Potenziare i servizi per l'infanzia in termini di disponibilità, accessibilità e qualità dei servizi è un passaggio obbligato per consentire alle donne di non abbandonare il mercato del lavoro al sopraggiungere della maternità<sup>77</sup>.

Per una nuova prospettiva di arricchimento sociale va superata la cultura di genere e la rigida separazione dei ruoli a favore della ricerca della complementarità, costruita su basi rinnovate rispetto ai tempi che si stanno attraversando. Una complementarità che non è più quella del tempo delle zolfare dove la diversità di genere era anche diversità dei luoghi dell'esistenza quotidiana e la partecipazione della vita del coniuge era integrazione completa di ciò di cui ognuno era privo, ma che chiede di essere costruita all'interno di una rinnovata relazione uomo-donna che al di là del miglioramento individuale potrà avere effetti positivi per la crescita complessiva della società.

---

<sup>77</sup> Tintori C, *Donne e lavoro: un puzzle da ricomporre*. Aggiornamenti Sociali 2012; 7-8: 593-601.

# I medici e l'organizzazione dei soccorsi

### DALL'ARMADIO FARMACEUTICO ALLE SQUADRE DI SALVATAGGIO

Alle origini dell'impresa estrattiva i solfatori nelle miniere disponevano di poche sostanze medicamentose, solitamente provenienti dall'empirismo della tradizione agricola e contadina, e raccolte in un piccolo scaffale, detto armadio farmaceutico<sup>1</sup>, costituivano la base di ogni automedicazione. Dalle basilari provviste medicamentose, man mano integrate con la produzione dei dispositivi medici, si giunse dopo qualche decennio al soccorso a distanza con squadre di salvataggio adeguatamente formate e attrezzate per un più rapido e utile intervento. Il progresso tecnologico accompagnò l'assistenza sanitaria nelle zolfare anche con lo sviluppo delle reti di comunicazione, allora solo timida prerogativa esclusiva dei centri urbani, al fine di garantire un'organizzazione efficiente ed efficace per un rapido accorrere per soccorrere.

Le conquiste della medicina e della scienza dell'organizzazione sanitaria, la crescente coscienza verso le condizioni umane e sociali degli operai furono riverstate nel mondo delle miniere di zolfo in Sicilia grazie alla produzione di norme che avviarono interventi strutturati per la tutela dei beni della vita e della salute.

La relazione sul servizio minerario del 1883 edita dal MAIC contiene gli elementi di un difficile inizio della promozione dei soccorsi, quali la carta sintetica dei sistemi di legislazione mineraria vigenti, le condizioni di sicurezza degli apparecchi di

---

<sup>1</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, fasc. 12.

estrazione del minerale, un'ordinanza del Prefetto di Caltanissetta sugli obblighi di assistenza sanitaria con la conseguente netta opposizione dei coltivatori<sup>2</sup>.

Seguiremo il percorso storico dello sviluppo dell'organizzazione sanitaria nell'urgenza, dall'elementare forma di assistenza in miniera costituita dall'erbario farmaceutico fino a modalità più evolute e con criteri ancora validi nella modernità, a cui è legato il contributo dei diversi protagonisti, medici e non.

Il percorso dell'organizzazione sanitaria a favore dei solfatarari fu un progredire di interventi dapprima estemporanei, poi sempre più specializzati e finalizzati. Poco prima dell'unità d'Italia la legge del 20 novembre 1858 agli articoli 94 e 95 prescriveva obblighi di assistenza e soccorso<sup>3</sup>. La circolare ministeriale del 28 aprile 1876 n. 307 dava disposizioni sui mezzi di soccorso delle miniere e sulla formazione delle compagnie di salvamento<sup>4</sup>. La legge del 17 marzo 1898 n. 80, emanata all'acme dei disastri di quel periodo, ha disciplinato l'obbligo di apprestare le prime cure agli infortunati; essa non entrò in regolare funzionamento neanche l'anno successivo, nonostante il regolamento in quarantadue articoli per la "prevenzione degli infortuni nelle miniere e nelle cave" del 18 giugno 1899 fosse stato approvato con R. D. n. 231 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia del 26 giugno 1899 n. 148. Con il R. D. n. 230 fu anche licenziato il regolamento generale in sedici articoli per la prevenzione degli infortuni nelle imprese e nelle industrie alle quali si applicava la suddetta legge.

Il MAIC diffuse il regolamento n. 231/1899 con le prescrizioni per l'istituzione ed il funzionamento del servizio sanitario e con gli obblighi per l'operaio di attenersi scrupolosamente alle disposizioni del medico<sup>5</sup>. In sintesi va ricordato che l'art. 2 disponeva il divieto di accesso nelle miniere ai non addetti ai lavori; l'art. 3 che le bocche a giorno fossero chiuse da cancelli, ma apribili dall'interno al pari delle odierne porte "antipanico"; con l'art. 7, nel sospetto di presenza di gas nelle gallerie, il sorvegliante aveva l'obbligo di ispezionare la miniera prima dell'accesso degli operai; vari articoli contenevano divieti e obblighi per l'uso di macchinari e carrelli; l'art. 32 obbligava all'abbandono della zolfara qualora l'ossigeno fosse divenuto insufficiente, il che era nettamente segnalato dall'affievolimento della fiamma; l'art. 34 vietava di assumere operai alcolisti, enolisti o affetti da malattie che comportavano capogiri, epilessia, sordità e simili; l'art. 35 vietava di assegnare il lavoro a non meno di due operai; l'art. 38 stabi-

<sup>2</sup> MAIC, Annali di Agricoltura 1885, *Relazione sul servizio minerario 1883*, p. 53.

<sup>3</sup> MAIC, Annali di Agricoltura 1882, *Relazione sul servizio minerario 1884*, p. LVII.

<sup>4</sup> MAIC, Annali di Agricoltura 1879, *Relazione sul servizio minerario 1876*, p. LV.

<sup>5</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 83.

liva l'obbligo del passaggio delle consegne tra gli operai al cambio del turno; l'art. 40 obbligava alla denuncia immediata delle lesioni di qualsiasi entità riportate durante il lavoro, inoltrabile dall'interessato ovvero dai colleghi, qualora il primo fosse stato impedito, affinché potesse tempestivamente essere affidato alle cure obbligatorie del sanitario della miniera.

#### A) L'ARMADIO FARMACEUTICO

Il Prefetto di Catania con ordinanza<sup>6</sup> del 21 giugno 1899 emanata in forza dell'art. 11 della Legge Mineraria del 30 marzo 1893 n. 184 concernente la polizia delle miniere, cave e torbiere, degli art. 37, 38, 39 del relativo Regolamento del 14 gennaio 1894 n. 19 e dell'art. 9 della legge 17 marzo 1898 n. 80 sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni degli operai sul lavoro, sollecitava l'applicazione delle norme sull'istituzione dei servizi sanitari nelle miniere. Interveniva con successiva ordinanza del 31 agosto 1899 affinché ciascuna ditta esercente una miniera della Provincia si adeguasse alle norme imposte per la tutela sanitaria dei lavoratori (tab. 1).

---

#### TABELLA I. L'ORDINANZA DEL PREFETTO DI CATANIA DEL 31 AGOSTO 1899

---

Il provvedimento disciplinava le seguenti necessità organizzative sanitarie:

- a) provvedere alla nomina di un medico incaricato di accorrere prontamente alla miniera stessa per prestare le prime cure ai feriti in caso di infortunio;
- b) dotare la miniera di una collezione di medicinali e di mezzi di soccorso indispensabili;
- c) organizzare un posto di medicazione sul luogo della miniera ove questa fosse stata distante più di tre chilometri dal centro abitato e di un locale convenientemente arredato per la prestazione delle prime cure sì da porre i feriti nelle condizioni di essere trasferiti ove necessario;
- d) riunirsi, eventualmente anche in consorzio, per soddisfare agli obblighi imposti dalle norme sugli infortuni, qualora le miniere si fossero trovate in una medesima località e distanti tra loro non più di tre chilometri: cioè nominare un unico medico, organizzare un unico posto di medicazione con unico armadio farmaceutico.

---

<sup>6</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, fasc. 13.

La sopra citata disposizione prefettizia obbligava a tenere sempre provvisto l'*armadio farmaceutico* delle specialità medicinali e dispositivi di medicazione e soccorso ritenuti indispensabili<sup>7</sup> (fig. 1).

Prima dell'entrata in scena della CRI il bagaglio per l'assistenza sanitaria nelle zolfare era costituito dall'*armadio farmaceutico*, luogo dove si custodivano, come meglio si poteva, i pochi presidi farmaceutici e dispositivi medici, solitamente gestiti dagli stessi operai della miniera con automedicazione o dietro suggerimento di "chi aveva più esperienza" secondo la tradizione contadina, ma comunque senza l'assistenza dei medici.

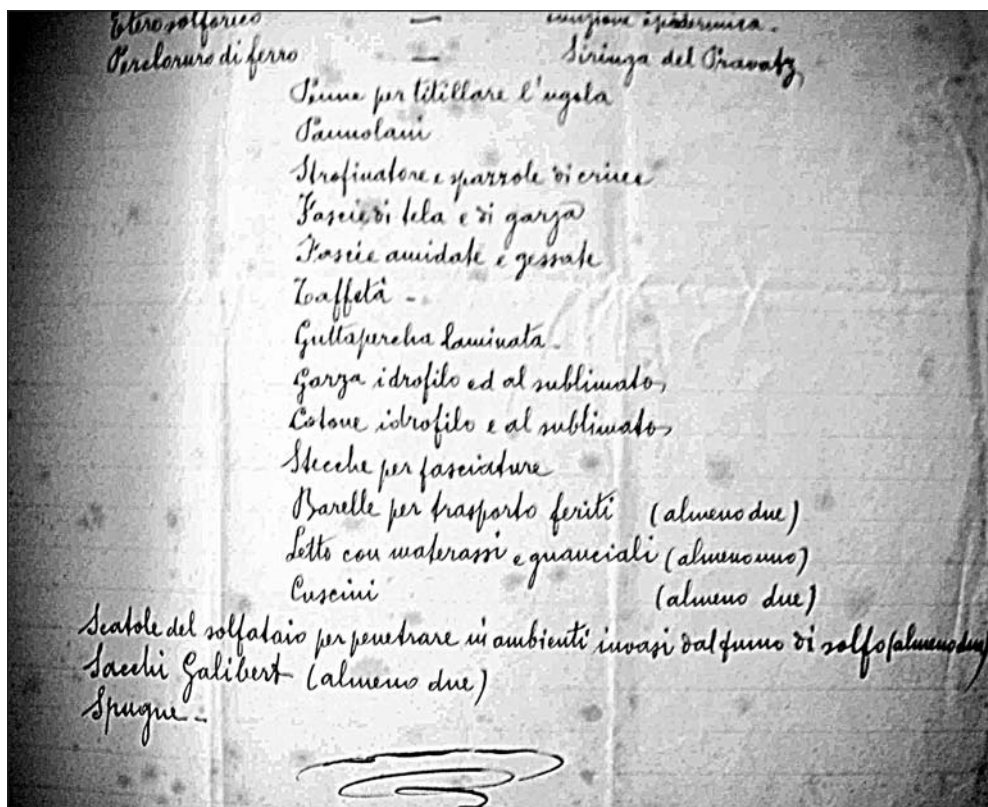


Fig. 1 - Archivio di Stato di Caltanissetta, Fondo *Co.Re.Mi.*: contenuto dell'*armadio farmaceutico*.

L'*armadio farmaceutico* costituì il primo presidio sanitario riscontrabile nei documenti dell'Archivio di Stato di Caltanissetta e di cui gli esercenti e coltivatori delle zolfare siciliane erano obbligati a munirsi per il doveroso e minimo,

<sup>7</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, fasc. 12.

ancorché insufficiente, primo intervento sanitario da offrirsi tempestivamente all'fortunato in caso di incidente o malessere. Oltre ai farmaci nell'elenco compaiono anche i dispositivi ausiliari per la prevenzione dei danni da inalazione di gas quali la *Scatola del solfataio* e i *sacchi di Galibert*.

Poca attenzione era riservata allora alla cura e disinfezione delle ferite, come si evince dalle prescrizioni sanitarie emanate negli anni successivi, essendosi riscontrata negligenza nell'applicazione delle conoscenze in campo igienico e microbiologico<sup>8</sup>. La crescente attenzione alle patologie batteriche obbligava l'operaio, ai sensi dell'art. 81 del Regio Decreto 231/1899 a denunciare immediatamente al sorvegliante o all'esercente ogni infortunio, anche di minima entità, benché non comportasse l'allontanamento dal lavoro; ogni *scalfitura* o escoriazione iniziava ad essere considerata tramite d'infezione e doveva essere medicata con le dovute cautele, rigore e professionalità. Si faceva altresì divieto agli operai di tacere sugli incidenti omettendo la denuncia d'infortunio, pena la perdita del diritto all'indennità, godibile in virtù della legge 80/1898 sull'assistenza obbligatoria. Nelle modalità organizzative successive al 1890 si voleva assicurare professionalità agli interventi sanitari con la nomina del medico a presidio di una o più zolfare qualora consorziate e con la predisposizione di un luogo adeguato per la provvista dei farmaci.

#### B) POSTI DI SOCCORSO E PRIME CURE

Il senatore Guarneri nel 1898 coinvolse il Sottocomitato di Palermo della CRI<sup>9</sup> nell'attivazione dei primi posti di soccorso nelle zolfare. Della proposta di progetto organizzativo fu incaricato Ignazio Di Giovanni, successivamente nominato direttore dei servizi di soccorso. La CRI si trovò subito concorde nell'accogliere questo invito e potersi spendere per quello che fu *il suo primo servizio sanitario in tempo di pace* appena 34 anni dopo la sua fondazione, facendo propria la gravità e tragicità di quella condizione lavorativa del tutto simile a un campo di battaglia e offrendo la possibilità di un soccorso umanitario che all'epoca fu approntato in tempi brevi e su base volontaria e gratuita.

I criteri con cui furono istituiti i posti di soccorso, la loro differenziazione in quattro classi e la relativa dotazione organica (tab. 2) furono rispondenti a varie contingenze e scelte oggettive: numerosità degli operai, distanza delle zolfare dai

---

<sup>8</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, fasc.12.

<sup>9</sup> I documenti degli archivi della CRI delle sedi di Palermo e Caltanissetta risultano dispersi. Alcune notizie sono state reperite attraverso documenti e pubblicazioni del suo archivio di Roma.

centri abitati, numero e gravità di infortuni storicamente registrati, esistenza o meno di vie e mezzi di comunicazione, facilità di collegamento con i siti urbani.

---

TABELLA 2. CLASSIFICAZIONE DEI POSTI DI SOCCORSO PER INTENSITÀ DI CURA

---

I classe: presenza permanente di un medico e di due infermieri, funzionante nel medesimo luogo dove si svolgevano i lavori dell'industria solfifera;

II classe: funzionante in un comune prossimo alla zolfara e presidiato da uno o più medici; si faceva obbligo ai medici di accorrere sul luogo di incidente quando necessario;

III classe: dipendevano dai medici dei posti di I o II classe ed erano affidati a due infermieri costantemente presenti in miniera;

IV classe: affidato ad un solo infermiere e funzionante nelle identiche condizioni dei posti di III classe.

---

Il ruolo della CRI è stato prezioso nell'organizzare i posti di soccorso e avviare quella staffetta assistenziale che doveva poi lasciare il testimone al costituendo Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione. Per effetto della legge 17 marzo 1898 n. 80 sugli infortuni si faceva obbligo all'operaio l'iscrizione a una società assicuratrice ovvero di riunirsi in "Sindacato per gli infortuni sul lavoro nelle miniere". La CRI intervenne con proprie risorse umane e tecnologiche garantendo i suoi servizi dal 1898 al 1913. L'impegno tradusse operativamente il principio basilare, condiviso unanimemente nella riunione iniziale del Sottocomitato di Palermo, di dover assicurare un trattamento confacente ai feriti con l'ausilio di mezzi speciali, sia strumentali che umani. Era stata di fatto delineata la cornice etica dentro cui rendere quello speciale impegno giusto, giustificato e coerente con la stessa ragion d'essere di quella istituzione. Alla CRI va il merito di aver avviato quel processo assistenziale che il successivo apporto del Sindacato rinvigorì con le sue azioni strategiche di ampliamento dei servizi e di distribuzione dei posti di soccorso. Ignazio Di Giovanni descrisse quello "un periodo di laboriosa preparazione", culminato nel settembre del 1901 quando il senatore Guarneri, condividendo la soddisfazione con gli ufficiali della CRI, protagonisti indiscussi di quei miglioramenti organizzativi, inaugurò con solenne celebrazione e condivisibile gioia della comunità il primo posto di soccorso nelle zolfare del gruppo Juncio-Stretto.

I posti di soccorso di I classe furono istituiti nelle miniere più popolose e dove si riconosceva una maggiore esposizione ai rischi di incidente. Quelli di II clas-

se avevano sede nelle condotte mediche, costituivano il servizio di II linea ed erano destinati ad affrontare le *urgenze differibili*, poiché ricevevano soprattutto gli infortunati per la prosecuzione delle cure dei pazienti dimessi dai posti di I classe, ovvero ad effettuare il primo trattamento medico dopo il soccorso degli infermieri nei posti di soccorso di III e IV classe, perché privi di medico. I medici dei posti di soccorso di II classe inviavano al Sindacato il rapporto settimanale sulle prestazioni effettuate, sulle condizioni degli infortunati, sul decorso delle lesioni, sulle eventuali complicazioni, proponendo, quando necessario, l'internamento nei luoghi di cura.



Fig. 2 - Infermiere delle zolfare

La reportistica che iniziava a formarsi, assicurando attendibili dati epidemiologici, consentiva anche la possibilità e l'opportunità di analisi e di decisioni organizzative oggettivamente fondate. L'infermiere (fig. 2) dei posti di III e IV classe godeva di autonomia professionale, pur contenuta in un quadro di interventi prestabiliti, ma gli si riconosceva maggiore responsabilità rispetto alla tradizionale funzione ancillare.

La garanzia della presenza stabile di un medico nella zolfara o, in mancanza di questo, di almeno un infermiere in grado di effettuare piccole medicazioni per poi eventualmente inviare ai professionisti l'infortunato, ha costituito la primordiale protezione degli operai, evolutasi successivamente in forme diverse per adeguamento a nuove norme, a esigenze contingenti, alle innovazioni tecnico-strumentali.

Dal 1901 al maggio 1906 la CRI ha attivato cinque posti di soccorso: nel 1901 nella miniera Juncio-Stretto, nel 1903 Trabonella e Giumentaro, nel 1905 Trabia e San Giovannello, attingendo soltanto a un limitato contributo degli esercenti potendo fruire di speciali beneficenze<sup>10</sup>. Fu al contempo disponibile

<sup>10</sup> Si ricordano: la Cassa di Risparmio V.E. di Palermo, la Società Mineraria Luzzatti & C, la Ditta Luzzatti, della Torre e Moscatello, la Ditta Luigi Scalia & C., la Société Generale des Soufres, l'ing. Fiocchi, l'on. Conte Testasecca, altri esercenti l'industria Mineraria, i quali tutti elargivano annuali sussidi finanziari e prestazioni di ogni genere. CRI, Bollettino 1904; 23: 190.



una raccolta di dati epidemiologici e statistici, base utile per fondare interventi migliorativi e oggettivamente giustificati (tab. 3).

TABELLA 3: INTERVENTI DI SOCCORSO DELLA CRI (1901 – 1907)

Anno	Juncio Stretto	Trabonella	Giumentaro	Trabia	San Giovannello	Totale
1901	79					79
1902	285					285
1903	215	1.380	71			1.666
1904	350	1.267	368			1.985
1905	392	1.536	379	817	9	3.133
1906	287	1.468	449	1.428	337	3.969
1907	251	1.125	390	1.902	427	4.095
Totale	1.859	6.776	1.657	4.147	773	15.212

I medici della CRI, o gli infermieri in loro assenza, redigevano il referto in appositi registri per ogni sinistro<sup>11</sup>. I dati consentono di estrapolare la casistica di ciascun posto di soccorso delle lesioni e delle patologie riscontrate e di prendere conoscenza dei volumi di attività ed entità del rischio in miniera.

Oltre agli infortuni di cui alla tab. 4, nel 1906 vi sono stati 14 decessi, 72 trasferimenti in barella e 448 con altri mezzi. Nel 1907 i dati della zolfara Grottaalda di Piazza Armerina sostituiscono quelli della S. Giovannello. Il totale degli interventi è stato di 3.285 a fronte dei 4.009 del 1906, i morti 11 e i trasferimenti 20 in barella e 292 con altri mezzi<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Croce Rossa Italiana, Attività della Croce Rossa Italiana in tempo di pace. *La Croce Rossa nelle miniere di zolfo in Sicilia*. Bollettino 1908; 22: 177-180.

<sup>12</sup> Nel 1908 vi è stata una ricca corrispondenza tra il Distretto Minerario e il MAIC per l'applicazione della legge del 14 luglio 1907 n. 527. Fu inviato al MAIC un piano completo delle miniere raggruppate in base al numero di operai e alla rispettiva distanza dai comuni con elencazione dei posti di soccorso. Il 10 agosto 1908 il Capo del D.M. di Caltanissetta inviò una lettera al MAIC facendo presente che i costi di gestione di ogni posto di soccorso erano elevati, proponendo la limitazione "a quei soli gruppi che presentano spiccata importanza industriale" e postergando a un tempo successivo l'avvio di altri man mano che l'esperienza sul loro funzionamento l'avrebbe ritenuto opportuno. Hanno avuto un posto di soccorso di I classe le zolfare: Grottaalda, Iuncio Testasecca, Pagliarello, Respica, Stincone, Trabia-Tallarita, Trabonella, Piliere, Lucia, San Giovannello); di terza o quarta classe: Giumentaro, Galati, Salinelle, Deliella, Gallizzi-Floristella, San Giovannello-Batia, Garcia Garcuilla, Bosco, Mandradimezzo, Giangagliano, Serracampana, Vodi, etc. Ogni posto era corredato con armamentario "completo" o "ridotto" a seconda dell'intensità di assistenza. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 9, fasc. XIII/5.

TABELLA 4. IL SERVIZIO DELLA CROCE ROSSA NEI POSTI DI SOCCORSO (1906)

Tipologia lesioni	Posti di soccorso					Totale
	Juncio	Trabonella	Giumentaro	Trabia	S. Giovannello	
Abrasioni	23	280	56	120	34	513
Contusioni	44	261	95	324	84	808
Ferite taglio e punta	19	64	24	59	28	194
Ferite contuse e lacero contuse	160	509	166	533	172	1540
Scottature	7	48	18	47	17	137
Fratture	3	15	2	7	1	28
Lesioni articolari e lussazioni	9	33	19	50	9	120
Ernie	0	7	3	1	1	12
Inalazioni di gas solforosi	8	63	40	123	10	211
Distrazioni muscolari	9	36	33	62	8	148
Lesioni oculari	0	20	4	45	0	69
Ferite suppuranti	1	37	12	11	11	72
Paralisi cardiaca	1	0	0	0	0	1
Coliche e nevralgie	0	5	0	1	1	7
Foruncoli	0	9	1	9	1	20
Varie	3	80	8	35	0	129

Il Sottocomitato Regionale di Palermo della CRI giudicava preziosa l'opera svolta nei posti di soccorso delle zolfare e la presenza "continua e giornaliera" dei suoi numerosi ufficiali e infermieri costituiva garanzia per la popolazione e supporto indispensabile per gli esercenti<sup>13</sup>. I dati mostrano la progressiva medicalizzazione dei siti minerari e la differenza nei volumi di prestazioni è in rapporto soprattutto al differente numero di operai occupati in ciascuna zolfara<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Nel 1907 il servizio sanitario della Croce Rossa era diretto dal Maggiore Commendatore Vittorio Spataro, coadiuvato dal Capitano Ignazio Di Giovanni e disimpegnato dagli Ufficiali medici Enrico Nuara, Giuseppe Dell'Aira, Giuseppe Gabrielli, Giuseppe Miceli, Attilio Coglitore, Giovanni Milano, Francesco La Calce. CRI, Bollettino 1908; 22: 177.

<sup>14</sup> Coesisteva un'attività ispettiva per verificare la corretta tenuta dei posti di soccorso, tanto che a seguito dell'ispezione comandata il 21 agosto 1928 da Di Giovanni nella miniera "Ciavolotta" furono trovate tre stanzette fatiscenti e, non essendo stato possibile reperire altri locali, il 29 successivo fu ordinata la chiusura tra le proteste dell'esercente. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 9.

Nel 1911 erano già in funzione 18 posti di soccorso, di cui 4 di I classe, 4 di III e 10 di IV che assicuravano la copertura sanitaria a 10.919 (59%) operai su 18.554. Oltre al servizio sanitario dei posti di soccorso, la CR disimpegnava un servizio di vigilanza su tutti gli operai infortunati per incarico del Sindacato di Assicurazione. Furono avviate, a norma della legge 14 luglio 1907 che conferiva al Sindacato l'obbligo dell'istituzione dei posti di soccorso e delle prime cure nelle miniere, le procedure burocratiche affinché questo vincolo venisse assolto dalla CR attraverso un modello organizzativo che garantisse un completo servizio di posti di soccorso ed ambulatori per le cure consecutive.

Nell'interesse del servizio di vigilanza per conto del Sindacato di Assicurazione dal 1° maggio 1906 al 31 dicembre 1907 sono stati rilasciati 4.734 certificati di denuncia, 7.819 rapporti di visite di controlli e 3.166 certificati definitivi.

Per festeggiare la ricorrenza dell'inaugurazione dei primi posti di soccorso Ignazio Di Giovanni, con carta intestata della CRI – XII – Circoscrizione di Palermo – Servizio Miniere – Direzione, il 26 aprile 1911 scrisse all'Ingegnere Capo del Distretto Minerario di Caltanissetta invitandolo ad un banchetto<sup>15</sup>:

*“Con il 30 aprile si compiono 5 anni dacché i servizi di assistenza agli operai infortunati nelle miniere presidiate dalla CRI furono integrati e ampliati dalla prima convenzione con il SOS. Gli Ufficiali medici assegnati a tali servizi hanno proposto di festeggiare la data che commemora una tappa, forse la più importante, nell'opera di redenzione e di sanificazione sociale nella quale si sono viste insieme le direttive dei due Enti. Mi è quindi gradito di invitare a nome mio e di tutti gli Ufficiali la S. V. Ill.ma al banchetto che avrà luogo [...]”.*

Nel 1913, anno in cui la CRI lasciò il servizio nelle zolfare furono erogate le prestazioni di cui alle tabelle 5a e 5b<sup>16</sup>. In Sicilia i maggiori industriali deliberarono la costituzione del “Sindacato Obbligatorio di Mutua Assicurazione per gli infortuni sul lavoro” dopo aver dato vita alla “Associazione mineraria per la prevenzione e l'assicurazione contro gli infortuni del lavoro”. Con la legge 11 luglio 1904 n. 396, che può considerarsi la legge fondamentale del Sindacato, all'obbligo di tutti i coltivatori di miniere di zolfo della Sicilia di far parte del Sindacato, si aggiunse quello dei proprietari, considerati co-esercenti. Il Sindacato ebbe vita legale con il R. D. del 29 settembre 1904 n. 590 di approvazione dello statuto sociale e i suoi servizi furono operativi dal primo di ottobre del 1904. Si dovette provvedere al reperimento dei mezzi per il funzionamento del suo esercizio rapportando i premi

<sup>15</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 9, fasc. XIII.

<sup>16</sup> Croce Rossa Italiana, *Servizio di soccorso nelle miniere di zolfo di Sicilia*. Bollettino 1914; 27: 159-161.

alle mercedi. Il contributo fu fissato in lire 1,50 per tonnellata di zolfo se contenente più del 65% di zolfo puro.

TABELLA 5a. SERVIZIO DELLA CROCE ROSSA, GENNAIO - SETTEMBRE 1913

Posti di soccorso <sup>17</sup>	Denunziati al Sindacato			Interventi chirurgici	Trasporto Feriti		RimedicaZIONI	
	Medicati	Pos.	Neg.		In barella	Altri mezzi	Rimedicati	Rimedichature
I classe								
Trabia	1.322	526	42	189	9	93	359	1.160
Grottacalda	736	128	3	97	-	48	302	1.157
Ciavolotta	177	49	1	31	4	21	62	190
Cozzodisi	741	186	11	79	2	53	253	800
Piliere	639	175	18	110	6	75	180	680
II classe								
Ambulatorio								
Caltanissetta	554	366	46	93	21	290	856	5.176

TABELLA 5b. SERVIZIO DELLA CROCE ROSSA, GENNAIO - SETTEMBRE 1913

Posti di soccorso	Medicati	Rapporti infermieri	Trasporto Feriti		RimedicaZIONI	
			In barella	Altri mezzi	Rimedicati	Rimedichature
III classe						
Iuncio	607	279	3	53	126	336
Stincone	224	85	3	17	64	238
Giumentaro	262	42	2	14	106	443
IV classe						
Quattrofinaite	257	50	1	3	100	372
Giona	223	67	-	5	93	323
Caliato	103	15	1	3	40	138
Salinella	124	30	4	2	53	271
Respica	261	132	2	26	49	144
Galati	294	55	1	10	95	348
Vodi	354	70	3	12	142	428

<sup>17</sup> MAIC, Rivista del Servizio Minerario 1915. Tipografia Bertero, Roma 1917, p. LXXX.

Nel 1913 i pazienti medicati furono 6.878; di 121 di essi la notifica al Sindacato diede esito negativo. I rapporti degli infermieri nei posti di III e IV classe sono stati 825, 599 le prestazioni di chirurgia ambulatoriale, 513 i feriti trasferiti ad altri centri, mentre 3.280 le medicazioni e 12.224 i rimedicati.

Le risorse economiche furono necessarie anche per tenere in funzione nel 1916 nei vari comuni delle province di Caltanissetta, Girgenti, Catania e Palermo, sedi di zolfare, i 40 posti di soccorso di II classe.

I dati epidemiologici degli interventi effettuati nel 1916, sotto la gestione del Sindacato, sono raccolti in tabella 6. Furono anche anni in cui l'impegno dell'organizzazione sanitaria fu rivolto anche alla cura e bonifica dei numerosi malarici e dei numerosissimi infestati da *Anchilostoma*.

TABELLA 6. INTERVENTI DI SOCCORSO NEL 1916

Posti di soccorso	1 <sup>a</sup> classe	2 <sup>a</sup> classe	3 <sup>a</sup> classe	4 <sup>a</sup> classe
<i>N° medicati</i>	3.293	1.103	1.501	2.399
<i>Denunciati al SOS</i>				
- positivamente	1.176	914		
- negativamente	76	65		
<i>Interventi chirurgici</i>	409	191		
<i>Trasporto feriti</i>				
- in barella	25	14	7	
- altri mezzi	419	73	86	107
<i>Medicazioni</i>				
- rimedicati	845	1.543	549	888
- medicazioni	4.701	12.666	1.660	3.141

Si era alle porte di un nuovo impegno organizzativo del soccorso infortunistico, frutto di un'evoluzione positiva del sistema assistenziale e tradotto, come a lungo auspicato, in una necessità irrinunciabile. Erano trascorsi 18 anni dai primi interventi della CRI e 15 dall'inaugurazione del I posto di soccorso, e la domanda assistenziale era sempre più elevata ed esigente. Il sistema stava dando i suoi frutti con la stabilità della propria presenza, ma nuove esigenze si affacciavano dando per scontata la permanenza dei presidi già istituiti, orientando l'attenzione a colmare le carenze di cui si soffriva e provvedendo ad integrare l'esistente con forme assistenziali più agili, efficienti ed efficaci.

### C) SQUADRE DI SALVATAGGIO

I *posti di soccorso*, frutto di un modello organizzativo a carattere residenziale e statico con funzioni di avamposto e punto fisso dove l'infortunato poteva recarsi, sono stati integrati dalle *squadre di salvataggio* che agivano in forma dinamica e attrezzate per raggiungere lo sventurato nel sito del disastro, soccorrerlo e portarlo via dal luogo dell'incidente<sup>18</sup>.

Il decreto-legge luogotenenziale del 26 maggio 1918 n. 739 assegnava al neo-costituito Consorzio Solfifero Siciliano il compito di provvedere all'istituzione dei posti di salvataggio e al Sindacato infortuni di preoccuparsi del loro funzionamento<sup>19</sup>.

Il 7 ottobre 1920 il Presidente del Consiglio di Amministrazione del Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione di Caltanissetta<sup>20</sup> indirizzava al MAIC una relazione sul "Servizio di salvataggio nelle miniere" precisando quanto realizzato per l'assistenza e i soccorsi dopo la grande sciagura nella zolfara Cozzo Disi di Casteltermini del 4 luglio 1916 dove perirono 89 operai privi di adeguati soccorsi<sup>21</sup>. In quella tragedia emersero gravi deficienze nei sistemi di prevenzione e protezione a causa della violazione di ogni obbligo in materia, tanto che il commendatore Enrico Camerana, ingegnere, allora delegato dal Governo presso il Sindacato, dedusse che<sup>22</sup>:

*“per colmare le lacune, che rappresentavano una vera e propria colpa, l'organizzazione di un buon servizio di salvataggio non si sarebbe mai potuta attuare soltanto dall'azione dei singoli coltivatori di miniere, e ciò anche non per ragioni più forti della volontà di ciascuno, ma che soltanto un “ente di diritto pubblico” avrebbe potuto dare i più seri e concreti affidamenti”.*

Il regio decreto 1190 del 1921 precisò le norme applicative del decreto 739 ribadendo il principio che aveva fatto da sfondo alla legge sull'istituzione dei posti di soccorso secondo cui un funzionamento certo e disciplinato poteva essere assicurato da un Ente pubblico attraverso la sua organizzazione.

<sup>18</sup> Organizzare i posti di salvataggio richiese uno sforzo straordinario: il posto centrale di salvataggio stesso con apparecchi e materiali di soccorso da trasportare in caso di intervento, la formazione dei soccorritori, la sala dei fumi, automezzi e l'officina meccanica. Inizialmente furono istituiti dal Ministero 7 posti, di cui 6 aggregati (Juncio, Trabonella, Grottafalsa, Trabia, Cozzo Disi, Ciavolotta).

<sup>19</sup> Malta R., Maira G., *Storia del soccorso sanitario nelle zolfare di Sicilia. Organizzazione e valori etici*. Rivista di Storia della Medicina, 2006; 1/2: 73-97.

<sup>20</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 19, busta 203.

<sup>21</sup> La zolfara Cozzodisi in Casteltermini, provincia di Agrigento, con 500 operai era una delle più popolate del Distretto Minerario. Un monumento nel corso principale ricorda la tragedia del 1916.

<sup>22</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, fasc. 11.

Il Consiglio di Amministrazione, convinto dell'importanza e delicatezza dell'argomento per i gravi risvolti sociali e umanitari implicati, abbracciò volentieri e senza esitazione il nuovo impegno organizzativo e prese iniziative per lo studio delle varie questioni utili a favorire una valida organizzazione del nuovo servizio di salvataggio. Riscossa la fiducia di Camerana, delegato del Governo, e dei membri del Consiglio di Amministrazione che avevano sempre accolto e assecondato ogni favorevole iniziativa, procedette alla promozione delle attività per il miglioramento della sicurezza degli operai delle zolfare. Grazie all'assetto normativo che manteneva il funzionamento del Consorzio Obbligatorio e fatto obbligo di provvedere all'attivazione dei servizi di salvataggio, fu istituita presso il MAIC una Commissione, partecipata anche dal Presidente del Sindacato Obbligatorio Siciliano e dal Direttore dei posti di pronto soccorso in miniera, con lo scopo di migliorare l'organizzazione e studiare il regolamento. Al Sindacato, già presente sul territorio con la gestione dei posti di soccorso rilevati nel 1913 dalla CRI, venne attribuito il compito di organizzare i *posti di salvataggio*, struttura funzionalmente integrativa e di completamento dei primi. Si convenne che dovevano essere ubicati nei centri minerari a maggiore criticità e a più elevato rischio intrinseco, secondo criteri designati e disposti dall'ingegnere capo del distretto minerario di Caltanissetta, e attrezzati di corredo strumentale e tecnico ben definito (tab. 7). I componenti delle squadre dovevano essere gli operai delle zolfare delle varie qualifiche: capo servizio interno, perito minerario, sorvegliante, armatore, picconiere, martellista, aiuto martellista, capo sala officina meccanica, fabbro, muratore, capomastro, tutti soggiacenti all'obbligo di doversi sottoporre alla visita medica preventiva per l'idoneità fisica e ai programmi di esercitazione e formazione<sup>23</sup>.

TABELLA 7. MATERIALI IN DOTAZIONE AI POSTI DI SALVATAGGIO

Apparecchi respiratori Gibbs	3	Sedie pieghevoli	4
Rigeneratori di ricambio	9	Pompa bydrounette	1
Bombole ossigeno di ricambio	9	Tela olona, metri	20
Lampade elettriche Edison	3	Corde di canape con mollettoni	5
Lampade di sicurezza	3	Respiratori inglesi	20
Lampade griseoumetriche	1	Maschera di "Di Giovanni"	20
Cinture di salvataggio	3	Pezzi di ricambio per le riparazioni	
Piccozza con fodera	2	Apparecchi e lampade elettriche	

<sup>23</sup> L'Ingegnere Capo del Distretto Minerario il 27 gennaio 1943 scrisse all'Istituto Nazionale Fascista per gli Infortuni sul Lavoro (INFAIL) affinché i componenti delle squadre di salvataggio fossero sottoposti a visita medica e gli istruttori provvedessero all'addestramento. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, posiz. II.

Le miniere facenti capo a un posto di salvataggio dovevano essere dotate di un apparecchio respiratorio ogni duecento operai addetti ai lavori interni, mentre erano assegnati cinque apparecchi soltanto per tutti i posti di minore importanza che, a giudizio dell'ingegnere capo delle miniere, potevano essere ridotti a tre. Il numero delle maschere doveva essere almeno triplo rispetto a quello degli apparecchi e quello delle lampade elettriche e delle lampade di sicurezza non meno del doppio. Le squadre dovevano essere munite di una o due lampade grisoumetriche a seconda della rilevanza della sede del posto di salvataggio. L'equipaggiamento strumentale di ciascun posto di salvataggio doveva essere approvato dall'ingegnere capo del distretto, massima autorità decisionale anche nell'ambito dell'organizzazione delle attività sanitarie in miniera, così come erano sue la responsabilità dell'ubicazione dei posti di soccorso e di salvataggio, il reperimento e la distribuzione delle attrezzature<sup>24</sup>.

Nella *mission* dei posti di soccorso e delle squadre di salvataggio traspare la stessa distinzione e integrazione funzionale che oggi si riscontra rispettivamente nelle attività sedentarie del Pronto Soccorso ospedaliero, del Presidio Territoriale d'Emergenza e della Rete di Emergenza e Urgenza che risponde al codice telefonico 118 a cui è affidato il compito di raggiungere con propri mezzi e attrezzature tecnologiche i paziente colpiti da patologia acuta, spontanea o traumatica, là dove si trovano.

Il varo delle squadre di salvataggio ha rappresentato una prima efficace soluzione per presidiare il territorio in forma dinamica, dando l'avvio a una embrionale forma di specializzazione dell'assistenza in emergenza e urgenza coadiuvata da idonea dotazione strumentale per il più efficace intervento. Si è dato quindi seguito alla voce di una coscienza solidale e socialmente condivisa che comportava il dover prestare soccorso agli operai a più alto rischio, forti della convinzione che un soccorso adeguato in tempi rapidi era, così come ancora oggi continua ad esserlo, la leva principale per accrescere favorevolmente la prognosi dei pazienti e degli infortunati<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Camerana E, *Il servizio di salvataggio nelle solfate di Sicilia*. La Miniera Italiana 1930; XIV/1: 13-16, 25.

<sup>25</sup> Di Giovanni nella relazione del 30 novembre 1929 sulla sciagura causata dall'incendio nella miniera Saponaro dove perirono due picconieri e un ragazzo evidenziava la difficoltosa richiesta di aiuto e il precario collegamento tra la miniera ed il soccorso per l'accidentata e a volte interrotta viabilità. La ricostruzione degli eventi consegnata dalla relazione del tecnico per il salvataggio e la documentazione della tempistica rilevarono le criticità: l'incendio era scoppiato alle ore 09.00 del mattino e il tecnico dirigente della miniera inviò un biglietto, portato a piedi da un operaio, al Sindacato Infortuni per chiedere gli apparecchi Gibbs che fu consegnato alle ore 12.00 all'infermiere del posto di soccorso Juncio. La macchina a causa della strada accidentata non poté proseguire e per inviare il materiale richiesto si dovette cercare un carro, reso disponibile dalla vicina zolfara Gessolungo.



I posti di salvataggio da allestirsi nei principali centri solfiferi della Sicilia a norma dell'art. 15 del decreto legge 26 maggio 1918 n. 739, in continuazione con l'attività del Consorzio Obbligatorio per l'industria solfifera siciliana, ai sensi dell'art. 11 della legge 30 marzo 1893 n. 184 sulla polizia delle miniere, cave e torbiere e dell'art. 36 del regolamento del 10 gennaio 1907 n. 152 per l'applicazione della legge medesima, dovevano essere impiantati a cura del SOS per l'assicurazione contro gli infortuni nelle zolfare della Sicilia. Il Consorzio provvedeva alle spese d'impianto, compreso il reperimento dei locali, mentre il Sindacato a quelle di mantenimento.

Il MAIC, attraverso l'Ispettorato Centrale delle Miniere, con nota del 4 dicembre 1921 scrisse all'Ingegnere Capo del Distretto minerario precisando ruoli e responsabilità: spettava al SOS provvedere all'impianto e al funzionamento dei posti di salvataggio, al Ministero individuare le sedi di ubicazione, all'ingegnere capo, secondo il Regolamento, approvare la dotazione strumentale con adeguato numero del tipo di apparecchi respiratori prescelto e sorvegliare sulla corretta applicazione delle disposizioni<sup>26</sup>.

Con il decreto del 15 febbraio 1922 furono individuate le zolfare dove impiantare i posti di salvataggio con il relativo corredo di apparecchi respiratori. Con nota dell'1 giugno successivo il SOS doveva provvedere all'allestimento del posto centrale di rifornimento e prova di Caltanissetta<sup>27</sup>. Nel 1929 furono attrezzati due posti di salvataggio nelle miniere Trabia-Tallarita e nel gruppo di miniere di Lercara, e furono integrate le dotazioni di tutti i posti già funzionanti; nel mentre erano già in preparazione i posti di salvataggio delle miniere Ciavolotta e Zimbalio.

Il 24 maggio del 1930 il Ministro Sulli, incaricato dal Ministero di vigilare sull'impianto e sul funzionamento dei posti di salvataggio, dopo una riunione con Camerana, scrisse al Prefetto di Caltanissetta proponendo alcuni provvedimenti (tab. 8) utili a dare piena interpretazione e attuazione allo spirito di quelle leggi che intesero estendere a tutte le miniere la massima tutela sanitaria. Tuttavia non sempre tutto andava avanti per come desiderato: infatti il 4 giugno 1930 gli operai della zolfara Bambinello (Catania), Eredi Luigi Scalia, si rifiuta-

---

Dalla stazione dei Regi Carabinieri di San Vincenzo, per favore speciale, la notizia fu telefonata al posto centrale di soccorso alle ore 12.30 e il primo carro dei soccorsi giunse sul posto alle ore 13.00. A documentare gli sforzi della tempestiva organizzazione è stato l'aver constatato che i cadaveri furono trovati ancora "caldi", ma commenta Di Giovanni: "In complesso, se tutta la preparazione del Sindacato nel servizio dei Posti di salvataggio è in condizioni di rispondere sufficientemente alle sue finalità, si deve rilevare che mancano ancora nelle miniere quei *coefficienti materiali e morali* che potrebbero assicurare in tutti i casi il massimo rendimento di quella preparazione". ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85, posiz. II.

<sup>26</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85.

<sup>27</sup> MAIC, *Rivista del Servizio Minerario 1927*. Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1929, p. 201.

rono di far parte della squadra di salvataggio<sup>28</sup> e quel delicato servizio diventò occasione di pressione corporativa nei confronti dei proprietari.

---

TABELLA 8. SINTESI DEI PROVVEDIMENTI PROPOSTI DA SULLI

---

Per il miglior funzionamento delle squadre di salvataggio occorre:

- stimolare gli esercenti alla più rigorosa osservanza dei doveri loro imposti dal Regolamento dell'8 luglio 1921 n. 1190;
- aumentare l'organico effettivo della squadra, col raddoppio delle unità previste dal Regolamento;
- obbligare tutti i capi mastri e sorveglianti a far parte della squadra;
- esigere l'esercitazione e l'istruzione sommaria sulla costituzione e uso degli apparecchi di salvataggio;
- provvedere alla formazione e istruzione delle squadre, anche per le miniere che non avevano un posto di salvataggio;
- fornire a tutti i componenti della squadra un distintivo metallico da portarsi all'occhiello per la facile identificazione personale e di appartenenza;
- prevedere compensi e premi agli operai delle squadre che meglio si fossero distinti.

---

Per ogni posto di salvataggio, locale o centrale, il SOS doveva stabilire la dotazione di maschere, lampade di sicurezza, mezzi accessori, il calendario delle esercitazioni per il maneggio degli apparecchi respiratori, sotto la direzione del personale tecnico competente nell'*arte mineraria*<sup>29</sup> e con l'ausilio dei sanitari. Alle esercitazioni e agli stage formativi dovevano obbligatoriamente prendere parte i sorveglianti e gli operai delle squadre. Ogni esercente di zolfara, ai fini previsti dall'art. 42 del regolamento di polizia mineraria del 10 gennaio 1907 n. 152, aveva l'obbligo di istituire una propria squadra di salvataggio composta di almeno uno dei sorveglianti della miniera e di tanti componenti in ragione di uno ogni cinquanta operai addetti ai lavori interni. Il numero minimo di partecipanti di ogni squadra doveva essere di quattro e tra le piccole miniere erano consentite forme di associazionismo. Gli esercenti erano obbligati a comunicare al SOS il nominativo dei componenti effet-

---

<sup>28</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 80, fasc. 12.

<sup>29</sup> Lo sfruttamento delle miniere, secondo il sociologo Le Play, era un ramo dell'operosità italiana da qualificare come "arte dei minatori". Era paragonata a quelle manifestazioni dello spirito che richiedono al tempo stesso "scienza, esperienza, intuito, tatto e amore del mestiere". Il suo esercizio si svolgeva tra la preoccupazione di salvaguardia della vita umana e il perseguimento dei risultati migliori con minimi rischi. La Miniera Italiana, *L'arte del minatore*, 1923; VIII/9: 270.

tivi e dei sostituti della squadra in caso di impedimento dei primi, e a farsi carico dei costi per l'addestramento e per l'acquisto dei materiali necessari.

Il MAIC con decreto dell'11 febbraio 1942 e dopo accordi con il SOS stabilì un aggiornamento su quali dovessero essere i posti di salvataggio nelle varie miniere, distinti in due serie: la prima doveva essere attuata con una certa urgenza, mentre la seconda in un prosieguo di tempo visto il ritardo della mancata istituzione di quelli della prima serie<sup>30</sup>.

Il Sindacato fu autorizzato a predisporre il collegamento telefonico, indipendente o a mezzo della rete dello Stato, fra i diversi gruppi minerari, il posto centrale di rifornimento e a provvedere ai mezzi rapidi di trasporto di apparecchi e strumenti di salvataggio<sup>31</sup>.

#### DAL PANNO INUMIDITO ALLE MASCHERE AD OSSIGENO

La frequenza con cui si verificavano nelle zolfare incidenti spontanei e tragedie da asfissia da acido solforoso, idrogeno solforato o altri gas di cui allora si ignorava la composizione, era preoccupante. Inoltre il metodo di lavoro prevedeva che allo scoppio delle mine squassanti la montagna per far crollare il minerale grezzo, seguitasse l'ispezione dei cantieri per spegnere rapidamente gli incendi, pena l'abbandono della coltivazione per lunghissimo periodo e la conseguen-

---

<sup>30</sup> L'1 marzo 1937 l'INFAIL scrisse all'ingegnere capo del Co.Re.Mi. di Caltanissetta rappresentando che "con lettera del 23 febbraio 1922 codesto On. Ufficio portava a conoscenza dell'ex Sindacato Obbligatorio Siciliano Infortuni nelle Solfare (SOSIS) il DM dell'11 febbraio 1922 col quale veniva approvato l'elenco dei posti di salvataggio da istituirsi nei principali gruppi di solfare di Sicilia, indicati in ordine alfabetico. Nella stessa lettera si aggiungeva che nell'applicazione pratica si dovevano tenere presenti le due serie concordate, in conformità a quanto era stato precisato con lettera n. 2383 del 4 gennaio 1922 di codesto ufficio, e che doveva essere data la preferenza all'impianto dei posti di prima serie e di quello centrale. L'ex SOSIS procedette allora all'impianto secondo la disposizione del Superiore Ministero e quindi nell'ottica indicata nella lettera citata". Vi è uno spazio temporale di diversi anni quando interviene la lettera del 19.01.1943 prot. 504 dell'ing. Capo del Distretto di Caltanissetta all'INFAIL con sede in Roma, il quale ricorda che "il MAIC, dopo accordi con il Sindacato, con decreto 11 febbraio 1942 stabilì quali dovevano essere i posti di salvataggio nelle varie miniere, e distinti in due serie: una doveva essere attuata con urgenza e l'altra nel prosieguo". ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 80, fasc. 12.

<sup>31</sup> La lettera del 19 gennaio 1943 prot. 503 dell'Ingegnere Capo del DM di Caltanissetta indirizzata all'INFAIL e al MAIC denunciava che quasi tutti i posti di soccorso e di salvataggio delle miniere erano sprovvisti di telefoni e che tale deficienza, dato che in molti casi le miniere erano parecchio distanti dall'abitato, causava quel ritardo nei soccorsi che poteva essere fatale, come molti casi avevano dimostrato. Ritenne pertanto indispensabile che tutti i posti fossero collegati telefonicamente con la sede di Caltanissetta in modo che questa potesse dare i consigli appropriati o intervenire tempestivamente. Poiché la costruzione di una rete privata sarebbe stata una cosa irrealizzabile, l'Ingegnere Capo suggeriva di appoggiare la rete telefonica alla rete che la Società Generale Elettrica teneva presso le miniere. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 80, fasc. 12.

te perdita economica. Scrive l'ingegnere P. E. De Ferrari<sup>32</sup> che “se l'incendio è circoscritto tutto si riduce ad un falso allarme e a qualche lesione degli organi respiratori; [...] ma a volte il male assume proporzioni maggiori con conseguenze disastrose”. L'ispezione delle gallerie dopo un incidente, sia con vittime che senza, costituiva operazione ordinaria e necessaria per salvaguardare la prosecuzione del lavoro ma dagli esiti imprevedibili per via dell'inquinamento ambientale. Una condizione di rischio a cui non vi era una terza via sicura in grado di tutelare i beni umani della salute, della vita e del lavoro.

Fu proprio De Ferrari ad adoperarsi inizialmente per risolvere sì grave problema di sicurezza con la progettazione di un'originaria ed elementare maschera per la respirazione<sup>33</sup>. La ricerca sullo sviluppo degli apparecchi ausiliari per la respirazione in ambienti tossici o non naturali divenne prioritaria e fu condotta sia in Europa che in America. Vi è stato un lungo percorso che ha portato allo sviluppo dei dispositivi di protezione individuale e gli sforzi di coloro che investigavano nel settore condusse alla produzione di modelli sempre più funzionali.

Nelle zolfare il primordiale, immediato e spontaneo sistema di protezione individuale adottato per accedere negli ambienti con presenza di gas era quello di respirare attraverso un *panno inumidito* ovvero una spugna bagnata tenuta aderente con la mano o un legaccio alla bocca e al naso sì da sfruttare al meglio l'azione dissolvente dell'acqua sui gas. Espediente assai rudimentale, benché corretto in via di principio, ma utilizzabile solo per brevissimo tempo: infatti l'acqua caricandosi di acido solforoso causava irritazione alla bocca, al naso e alle prime vie respiratorie. Fu quindi fortemente sentito il bisogno di apparecchiature ausiliarie con cui il solfataro potesse meglio proteggersi nelle sue difficili quotidiane fatiche e rischi. L'attenzione su questi temi era già presente nel 1873 quando all'Esposizione Universale di Vienna<sup>34</sup> furono presentati alcuni apparecchi in uso a minatori e palombari utili a

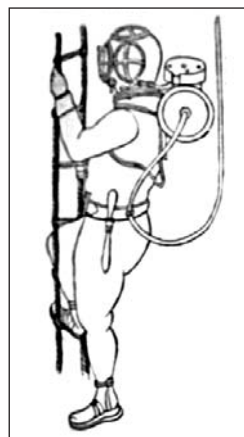


Fig.3 - Scafandro da palombaro

<sup>32</sup> De Ferrari PE, *Fiasca di salvamento per la respirazione nei gas asfissianti delle zolfare*. Appendice al rapporto sul Distretto di Ancona. MAIC, *Relazione del Servizio Minerario 1882*. Annali di Agricoltura 1884, p. 32-43.

<sup>33</sup> Malta R, *Maschere e apparecchi respiratori per la sicurezza dei solfataro: sviluppo tecnologico e visione etica*. Atti dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti di Palermo, già del Buon Gusto. Tipografia AC, Palermo 2011, p. 227-253. Per l'approfondimento delle caratteristiche tecniche di funzionamento degli apparecchi.

<sup>34</sup> Pellati N, *Apparecchi respiratori di salvamento*, in *Relazione dei Giurati Italiani sulla Esposizione Universale di Vienna del 1873*. Fasc. VIII, Gruppo 2, Montanistica e Fucine. Regia Stamperia, Milano 1873, p. 460-470.

favorire la respirazione protetta negli ambienti con elevate concentrazioni di gas asfissianti, a illuminare con lampade a olio o acetilene i sotterranei delle cave e zolfare senza pericolo, a trattarsi a lungo sottacqua (fig. 3).

In Italia la Società delle Miniere Sulfuree di Romagna affrontò questa criticità, tanto che sviluppò nel 1881 la costruzione della prima *fiasca di salvamento*. L'anno successivo gli ingegneri del Distretto Minerario di Ancona produssero un nuovo apparecchio per la respirazione in ambienti con gas tossici. Gli sforzi, indipendentemente dai risultati, condotti per perfezionare le caratteristiche tecniche delle maschere e degli apparecchi respiratori dichiarano l'attenzione solidale ed etica alla sicurezza degli operai.

I modelli allora in uso potevano essere classificati in tre categorie, in funzione delle modalità di alimentazione della respirazione.

Alla prima appartenevano quelli che trattavano l'aria inquinata "spogliandola dei principi gassosi asfissianti e deleteri" frammisti e che impedivano ai gas tossici di nuocere: gli stessi apparecchi favorivano anche la combustione della lampada. Erano applicabili solo in presenza di ossigeno e azoto in condizioni convenienti e con moderata presenza di acido carbonico o idrogeno protocarbonato. Faceva parte di questa categoria l'*Apparecchio di Ladd o respiratore inglese per il fumo e l'aria soffocante*, il quale si componeva di una scatola contenente cotone inzuppato di glicerina, acqua di calce o altro, a seconda del gas da neutralizzare. La scatola si adattava al volto mediante apposita maschera o cuffia: l'utilizzatore inspirava attraverso il naso ed espirava dalla bocca a mezzo di un tubo munito di valvola.

Alla seconda quelli che mantenevano la comunicazione con l'ambiente esterno a mezzo di un tubo: erano detti *Tubi di salvamento per le mine da guerra*. Erano di proprietà del Comitato Militare austriaco, raramente utilizzabili a causa delle grandi distanze da servire nelle miniere, oltre che per l'impossibilità di provvedere convenientemente all'illuminazione.

Alla terza quelli che spingevano a pressione l'aria pura lungo il cammino degli operai a mezzo di apposite pompe e tubi di comunicazione ovvero mediante serbatoi d'aria pura che l'operaio si caricava sulle spalle.

Si presentano alcuni apparecchi respiratori sviluppati dalla collaborazione tra ingegneri e fisiologi in uso presso le zolfare di Caltanissetta.

#### SACCO O APPARECCHIO DI GALIBERT

Il *Sacco o apparecchio di Galibert*, una delle prime dotazioni di cui poterono disporre i minatori delle zolfare di Sicilia, fu presentato per la prima volta all'Esposizione di Vienna del 1873. Un sacco di tela rivestito di *caoutchouc* con

capacità di 80-100 litri era riempito di aria atmosferica a mezzo di un mantice azionato a mano. Un tubo rivestito dello stesso materiale era il mezzo di collegamento attraverso cui l'operaio respirava con la bocca, mentre un morsetto stringeva il naso. Per economizzare al massimo l'aria del serbatoio l'operaio non espirava nell'ambiente libero, ma nello stesso sacco riutilizzando l'aria espirata non completamente desaturata di ossigeno. Si calcolava che l'apparecchio avrebbe potuto garantire l'autonomia della respirazione per tre ore, ma nei fatti la stessa aria non poteva essere inspirata senza danno per più di due volte. Inconvenienti: era voluminoso, limitava i movimenti, l'operatore per adattarsi al difficile impiego aveva bisogno di un lungo addestramento e lo sforzo era accresciuto per aumento dello "spazio morto respiratorio".

P. E. DE FERRARI: FIASCA DI SALVAMENTO PER LE SOLFARE

Il primo impulso alla progettazione della *Fiasca di salvamento per le solfate* (fig. 4) appartiene al signor P. Carigi, vice direttore della miniera di Perticara in Romagna, il quale suggerì di porre la spugna adoperata dai minatori in una fiasca o scatola munita di un tubo per la respirazione e di anelli per agganciarla alla cintura per lasciare libere le mani. La soluzione piacque subito al direttore P. Pirazzoli che, perfezionandola ulteriormente, la presentò in occasione della visita alla miniera del suo inventore. In questa versione l'aria attraversava la spugna umida e gorgogliando nell'acqua amplificava il processo di desaturazione del gas. Dopo questi primi tentativi l'ing. A. Pancaldi, direttore generale della Società che gestiva la suddetta miniera, non solo accolse di buon grado l'invenzione, ma introdusse ulteriori importanti modificazioni in diverse parti, come l'imboccatura del tubo respiratorio, il metodo di chiusura della fiasca e altro.

Si deve all'ing. P. E. De Ferrari del Distretto Minerario di Ancona la progettazione della *Fiasca* con la descrizione delle caratteristiche di funzionamento<sup>35</sup>, il quale si prese

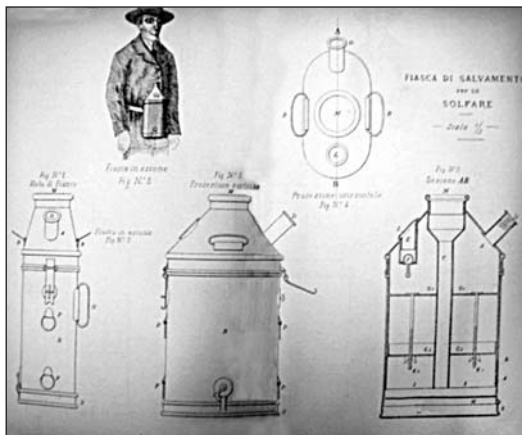


Fig. 4 - Fiasca di salvamento per le solfate di P. E. De Ferrari

<sup>35</sup> Le immagini delle figure 4 e 6 sono fotografie degli allegati degli articoli che trattano rispettivamente la "Fiasca di salvamento delle solfate" di De Ferrari e la "Scatola del solfataio" di Niccoli, pubblicati sulla Rivista del Servizio Minerario già citata.

anche cura dell'immagine – come oggi è di regola per il lancio di un nuovo prodotto – presentando l'apparecchio indossato da un distinto signore elegantemente vestito con giacca, cravatta e cappello: abbigliamento irreali per un solfataro.

Le verifiche tecniche sull'uso dell'apparecchio sia in ambienti controllati che sul campo dimostrarono che un operaio poteva tranquillamente respirare con la fiasca per 20 minuti e al contempo muoversi liberamente per



Fig. 5 - Leoncillo, *Minatori*, 1951.

e eseguire i lavori e le operazioni di salvataggio. Si poteva andare anche oltre avendo constatato, dopo l'esperienza di aver fatto respirare quattro persone in un ambiente saturo di anidride solforosa attraverso un apparecchio già usato, che dopo un'ora la funzionalità protettiva rimaneva inalterata. De Ferrari dimostrò che nelle miniere concentrazioni molto elevate di gas non erano frequenti perché le gallerie erano solitamente attraversate da correnti d'aria che assicuravano la diluizione dei prodotti tossici. Le osservazioni consentivano di escludere che nelle fasi iniziali di un incidente si producessero concentrazioni di gas tali da traumatizzare e ledere gravemente gli esposti. Ciò non toglieva efficacia alla fiasca, anzi la si giudicava mezzo idoneo per un tempestivo soccorso.

Un'esperienza vissuta nelle zolfare delle Marche e della Romagna alcuni giorni dopo un'esplosione di gas consentì di osservare che alcuni operai perirono mostrando i segni di avvelenamento e in assenza di ustioni apparenti, mentre altri, pur trovandosi nello stesso luogo, non risentirono di alcuna negativa conseguenza. Si formularono due ipotesi: la prima che la gravità delle lesioni interne riportate dagli operai a seguito dello scoppio di gas fosse dipesa a seconda che il polmone si trovasse in fase inspiratoria o espiratoria<sup>36</sup>; la seconda che avesse agito una condizione ancora "sconosciuta e misteriosa" per cui i prodotti dell'esplosione avevano esercitato un'azione tossica e lesiva, forse anche per la presenza di qualche gas di cui ancora non si era accertata la composizione. Secondo la prima ipotesi risultava molto importante prevenire il danno evitando che l'esplosione investisse direttamente i polmoni di coloro che si trovavano in fase

<sup>36</sup> Rubino C, *Effetti delle intossicazioni da gas a seconda dello stato degli organi respiratori*. Patologia del lavoro, 1912; VI(3): 105-122.

inspiratoria. La fiasca pertanto risultava utile sia perché impediva che la miscela esplodesse nei polmoni sia perché depriveva l'aria dei gas a mezzo del bagno in acqua pura. Il suo uso accompagnava gli operai quando (fig. 5), penetravano nelle oscurità con l'ausilio di lampade a fiamma per perlustrare le miniere abbandonate o nel tentativo di riguadagnare i lavori o quando cercavano di uscire per andare incontro alla luce.

La Società delle miniere sulfuree di Romagna ottenne con decreto del 31 luglio 1882 la privativa per la costruzione delle fiasche di salvamento e il suo congruo costo per la commercializzazione si riteneva dovesse essere di lire 20-25. Dopo aver passato in rassegna tutte le situazioni in cui la fiasca di salvamento risultava utile a prevenire i danni e a salvare la vita degli operai, egli auspicava che la stessa, attraverso l'Esposizione di Torino prossima a venire, potesse essere pubblicizzata e diffusamente adoperata sia per la semplicità costruttiva che per la facilità d'uso. I destinatari naturali di questo apparecchio dal basso costo potevano trovarsi tra i coltivatori delle zolfare, i vigili del fuoco, gli addetti allo svuotamento dei pozzi neri, macchinisti, fuochisti, frenatori di treni con manovre nelle gallerie lunghe e mal ventilate. Un esempio per tutti: la città di Bologna acquistò diversi pezzi dandoli in uso ai vigili del fuoco per proteggersi nelle operazioni a rischio.

#### E. NICCOLI: SCATOLA DEL SOLFATAIO

La *Scatola del solfataio*<sup>37</sup> di Niccoli, articolata in tre modelli (fig. 6), si basava sullo stesso principio della "fiasca di salvamento" descritta da De Ferrari, ma ne differiva in diverse parti strutturali e soprattutto nella tecnica costruttiva, sempre responsabile del più o meno efficiente funzionamento di ogni apparecchiatura.

Sulla durata di funzionamento della *Scatola del solfataio* Niccoli riprese i calcoli di De Ferrari circa l'analisi della solubilità di diversi gradi di concentrazione dell'anidride solforosa nell'acqua a 30° di temperatura<sup>38</sup>. Bisognava tener conto del tempo necessario affinché un volume d'aria inquinata si spogliasse completamente del gas nel gorgoglio con l'acqua, ma non si conosceva il limite massimo della concentrazione respirabile oltre il

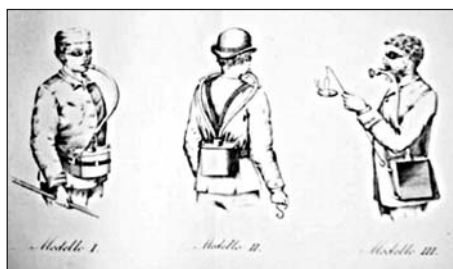


Fig. 6 - Scatola del solfataio di E. Niccoli

<sup>37</sup> Niccoli E., *Scatola del solfataio*. Rivista del servizio minerario 1885. Annali di Agricoltura 1887, p. 37-45.

<sup>38</sup> Malta R, *Maschere e apparecchi...*, op. cit., p. 238.



quale comparivano gli effetti negativi sulle vie respiratorie per la quota non assorbita dalla filtrazione. Negli esperimenti eseguiti con i vari modelli d'apparecchio, ciascuno dei quali conteneva un litro e trecento d'acqua tra il bagno e la spugna, è stato riscontrato che quando l'anidride solforosa saliva alla concentrazione del 2% si cominciava a soffrire la sua azione irritante alla gola. Secondo Niccoli i 10 centilitri di gas contenuti in 1/2 litro d'aria – come calcolato da De Ferrari – attraversanti l'apparecchio ad ogni inspirazione, non erano interamente assorbiti in un secondo, mentre a norma di quel calcolo l'apparecchio avrebbe dovuto agire per circa un'ora e mezza. Niccoli denunciava le insufficienti conoscenze sul tempo d'azione specifico dell'apparecchio per le diverse specie di gas, anche con l'eventuale aggiunta di reagenti chimici, onde garantire correttamente potenzialità e limiti nelle diverse circostanze. L'apparecchio da lui ideato rispetto alla *Fiasca di De Ferrari* migliorò di molto la respirazione avendo eliminato la resistenza che si aveva nella fiasca e adempiendo così ai voti espressi dallo stesso De Ferrari e da parecchi coltivatori di miniere. Niccoli non dimenticava di dispensare riconoscenza e gratitudine alla Ditta Pirelli di Milano per la premurosa e disinteressata collaborazione offerta nel modificare più volte le parti in gomma secondo le sue richieste. Il tentativo di riapertura di una zolfare nel 1888 in Casteltermini costituì un'esperienza in cui gli apparecchi respiratori cominciarono ad essere utilizzati appena prodotti<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Il 14 giugno 1887 si sviluppò un incendio che impose l'abbandono della coltivazione Grotta, Cozzo Disi, Madonna con chiusura murata degli accessi. Dopo 14 mesi di disoccupazione gli operai animarono la protesta e il consiglio comunale di Casteltermini, vivamente preoccupato, deliberò di invitare l'ingegnere Carlo Pintacuda e gli altri comproprietari a trovare idonee soluzioni di bonifica. Si aggiunsero gli auspicci del clero e quelli di ogni ordine di cittadini. L'incarico fu dato all'ingegnere Vincenzo Macrì e al perito minerario Giuseppe Padalino, i quali ritennero di dover procedere a ispezioni locali per verificare se l'incendio era spento. Il 26 ottobre 1888 fu aperto un foro nella muratura dell'ingresso con fuoriuscita di anidride solforosa. Osservazioni ripetute portarono alla conclusione che l'incendio era ancora attivo e per tentare di spegnerlo era necessario ispezionare la miniera. Alcuni abili ed esperti operai dotati di sana e robusta costituzione fisica e conoscitori delle zolfare si esercitarono all'uso degli apparecchi respiratori e in particolare della *scatola del solfataio di E. Niccoli*, di cui si era in possesso di quattro pezzi acquistati presso la fabbrica Alessandro Galvani di Pesaro. Erano del *Modello II* a doppio tubo e valvola perché garantivano un funzionamento più regolare. Dal 2 al 15 novembre si eseguirono delle prove e vennero incaricati Anselmo Bonomo, Antonino Cordaro, Carmelo Segretario e Giambattista Di Liberto. Furono prima istruiti sul modo di rendere adatta l'imboccatura del tubo alla personale conformazione, a calzare gli occhiali e la pinza serra-naso e a gestire il flusso respiratorio. Indi una stanza della casina Cozzo Disi fu adibita a "camera dei fumi" facendo bruciare dello zolfo e ottenendo una concentrazione di anidride solforosa tale da non potervi penetrare tenendo in bocca soltanto la spugna bagnata. A due per volta gli operai si introdussero nella camera con gli apparecchi respiratori e venne chiuso l'uscio. Alla prima prova alcuni resistettero 22 minuti e gradualmente nei giorni successivi la loro resistenza aumentava fino a rimanere anche un'ora in quella atmosfera micidiale senza alcun disturbo. Ciò rese possibile attuare il piano di penetrazione in miniera per le operazioni di spegnimento. Furono addestrati anche due operai muniti di *sacchi di Galibert* pronti all'esterno ad intervenire in soccorso ai primi in caso di necessità. *Rapporto sulla riapertura delle zolfare Grotta, Cozzo Disi, Madonna del 16 novembre 1888*, in ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 161.

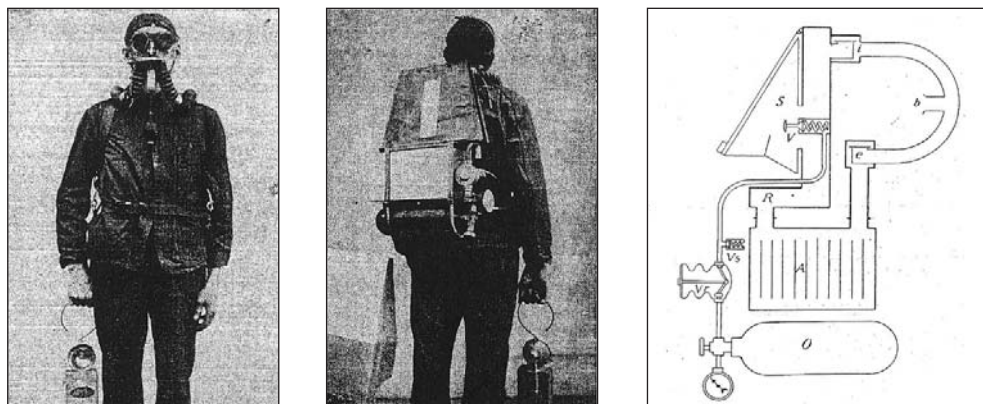


Fig. 7 - Apparecchio di Gibbs.

La catastrofe nella miniera Cozzo Disi Serralunga del 1916 aumentò l'attenzione verso lo sviluppo delle maschere di respirazione e il SOS formulò un voto al Regio Governo affinché si potenziasse il servizio di salvataggio. L'incombere della Prima Grande Guerra, anche se rallentò le pratiche istitutive, non impedì di studiare e ricercare i mezzi più adatti per migliorare gli apparecchi da utilizzare nelle miniere. I primi test furono condotti presso l'Istituto Sperimentale delle Ferrovie dello Stato in Roma, sotto la direzione dell'ingegnere Ugo Cattaneo, Capo dell'Istituto. Si esaminarono diversi tipi di apparecchi respiratori e di maschere allora in uso tra i militari dell'esercito per la difesa dai gas asfissianti per uso bellico. I risultati del lavoro condotto presso l'Istituto portarono all'identificazione di apparecchi e maschere ancora più evoluti. Importante contributo agli studi venne dall'Ufficio delle Miniere degli Stati Uniti<sup>40</sup>. Caratteristiche irrinunciabili delle apparecchiature dovevano essere la *praticità* e la *fiducia*: oggi con linguaggio manageriale potremmo rispettivamente dire che dovevano essere *efficienti*, *efficaci*, in buona sostanza *affidabili*: le ricerche furono potenziate in tal senso. In pochi anni in Italia furono importati diversi tipi di apparecchi e si diffuse il loro impiego nei luoghi e tra gli addetti più esposti a incidenti di tal natura. Gli studi furono condotti in America da Yandell Henderson, docente di Fisiologia all'Università di Yale, e da James W. Paul, direttore del servizio delle miniere della Virginia Occidentale che, nella qualità di capo del servizio di soccorso in miniera dal 1908 al 1915 aveva goduto delle maggiori facilitazioni per lo studio delle tecnologie sanitarie per il soccorso. Furono sviluppati apparecchi sempre più perfezionati, tra cui l'*apparecchio*

<sup>40</sup> La Miniera Italiana, *Gli apparecchi respiratori per ossigeno in miniera*. 1918; II (8): 299.

<sup>41</sup> Audibert E, *L'apparecchio respiratorio Fenzy per miniera*. La Miniera Italiana 1923; VIII/7: 206-213.

Fenzy<sup>41</sup>, che Di Giovanni e una Commissione di Tecnici su richiesta del Ministero dell'Agricoltura saggiarono con i solfatarì della miniera Cozzo Disi, ma con conclusioni negative.

Gli apparecchi più frequentemente impiegati negli Stati Uniti all'epoca erano il *Fleuss-Proto*, il *Drager* e il *Westfalia*. Successive evoluzioni furono l'invenzione di un apparecchio in cui il rifornimento di ossigeno avveniva a partire da aria liquida, detto *Apparecchio Aerolith*<sup>42</sup>. Altro tentativo fu la costruzione di un apparecchio in cui si impiegava perossido di sodio o di potassio sia per la produzione di O<sub>2</sub> che per l'assorbimento di CO<sub>2</sub>, detto *Apparecchio pneumato-geno*<sup>43</sup>. Menzione particolare merita l'apparecchio di Gibbs, ideato nel 1917 dall'ingegnere W. E. Gibbs dell'Ufficio Miniere degli Stati Uniti dopo due anni di lavoro e che si dimostrò abbastanza soddisfacente nelle esperienze dei primi utilizzatori. Differiva dai precedenti soprattutto in ordine a tre caratteristiche: a) possibilità di controllo dell'alimentazione di ossigeno; b) disposizione dell'assorbente alcalino; c) limitazione del riscaldamento eccessivo a causa della reazione chimica fra l'acido carbonico espirato e l'alcali. L'innovazione principale tuttavia fu l'introduzione della funzione *automatica*, vera opportunità ai fini dell'alimentazione dell'ossigeno.

Con l'apparecchio Gibbs<sup>44</sup> l'operatore respirava attraverso un mantice e la velocità dell'alimentazione di ossigeno era regolata *automaticamente* dalla richiesta di ventilazione dell'operatore. Le esperienze applicative hanno documentato il rapido adattamento alle richieste ventilatorie dei suoi utilizzatori essendo in grado di fornire da 300-400 cm<sup>3</sup> di aria durante il riposo a 2.000-3.000 cm<sup>3</sup> durante lo sforzo. I Gibbs furono in uso presso il Distretto Minerario di Caltanissetta e il direttore del Corpo Regionale delle Miniere con lettera del 13 febbraio 1930 propose al Prefetto di chiedere a Ignazio Di Giovanni di redigere una breve monografia sul funzionamento e corretto utilizzo degli stessi<sup>45</sup>. Il prosieguo degli studi ha portato alla progettazione di modelli ancora più evoluti in grado di utilizzare l'aria compressa.

La ricerca sui *dispositivi di protezione individuale*, quali maschere e apparecchi respiratori, ha offerto la possibilità di conoscere la loro evoluzione tecno-

<sup>42</sup> Progettato da Suess e costruito dalla "Hanseatische Apparatenbau Gesellschaft" di Amburgo. *Ivi*, 298.

<sup>43</sup> Progettato da Bramberger e Bock e costruito dalla "Casa Neupert" di Vienna. *Ivi*, 301.

<sup>44</sup> L'Esercizio Minerario Montagna Aragona (E.M.M.A.) lamentava che le maschere inglesi erano insufficienti in caso di incendi di discreta entità e chiedeva di essere fornito con due apparecchi Gibbs per avere qualche sicurezza in più.

<sup>45</sup> ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 85. Il fondo contiene anche indicazioni sul numero di apparecchi disponibili nei centri di salvataggio e la relazione medica sui soccorsi prestati nel caso dell'incendio nella miniera Saponaro.

logica attraverso la progressiva correzione dei limiti e dei difetti. Dai lavoratori delle zolfare il loro impiego è stato esteso ad altre categorie a rischio e a tutto un mondo operaio in cerca di sicurezza, liberando responsabile attenzione per prevenire quelle che oggi vengono chiamate *morti bianche*. Per lo



Fig. 8 - Squadra di salvataggio del Distretto Minerario di Caltanissetta

scoppio di gas, esplosione di mine e incendi anche spontanei, la Sicilia ha pagato un elevatissimo contributo in vittime e i direttori delle miniere si trovarono favorevoli e attenti all'adozione dei nuovi dispositivi di sicurezza. La produzione delle tecnologie iniziò ad essere frutto di collaborazione interdisciplinare tra ingegneri, fisiologi, industriali e medici clinici, e ha trovato eco nel dibattito sulla legge Crispi Pagliani del 1888, facendo muovere i primi passi a quella disciplina nota come *Ingegneria sanitaria* che oggi più che mai offre insostituibile contributo alla cura della salute con il progresso di tecnologie sempre più perfezionate e specializzate.

Allo sviluppo degli apparecchi hanno ampiamente contribuito le ricerche sulla prevenzione dei danni negli eventi bellici quando si cominciarono a utilizzare i gas tossici. In Italia hanno offerto la collaborazione alla ricerca i laboratori dell'Istituto Sperimentale delle Ferrovie dello Stato che disponevano di una speciale camera di sperimentazione. Contemporaneamente è stato studiato un modello di maschera per la respirazione in ambienti tossici, semplice nella sua applicazione e capace non solo di sostituire efficacemente apparecchi più complessi in determinate occasioni, ma anche di proteggere efficacemente l'apparato respiratorio dalle esalazioni di anidride solforosa in caso di protratta esposizione. Tutte queste iniziative, condotte con entusiasmo, spirito di dedizione e intelligenza operativa, sono state assunte nella drammatica contingenza della Prima Grande Guerra.

Si ritenne altresì necessaria la formazione e qualificazione dei soccorritori dando incarico al SOS di istituire una "Stazione centrale di rifornimento e di prova", corredata di tutto l'occorrente perché si potesse istruire e addestrare il personale incaricato (Fig. 8).

---

TABELLA 9. QUALIFICAZIONE DEI SOCCORRITORI

---

Erano compiti obbligatori delle squadre di salvataggio:

- esercitarsi prima di utilizzare gli apparecchi;
  - provvedere alla loro manutenzione affinché si mantenessero sempre in perfetta efficienza;
  - attivare una scuola attrezzata con camera per i fumi per l'istruzione del personale e degli operai nell'uso degli apparecchi e dei metodi di salvataggio;
  - disporre di un certo numero di apparecchi di riserva da dislocare secondo il bisogno.
- 

Il Distretto di Caltanissetta fu fornito di un corredo tecnologico aggiornato a disposizione delle squadre di salvataggio e i volti della fotografia testimoniano la soddisfazione degli utilizzatori in relazione agli elevati livelli di organizzazione conseguiti. Il sorriso dichiara l'orgoglio per l'importante conquista tecnologica, fiducia per un futuro più sicuro, consapevolezza che migliorare si può: la comprensibile e giustificata ansia del lavoratore nei tempi in cui scendendo al mattino nelle viscere della miniera raccomandava la propria famiglia al capocantiere nel caso non fosse più tornato indietro, non si può dire che ormai fosse del tutto debellata, ma si nutrivano reali speranze forti dell'impegno civile e culturale rivolto al cambiamento. L'abbigliamento da lavoro, ordinato ed elegante, testimonia dignità e decoro, ed è ben lontano dai cenci che vestono *i carusi* del dipinto di Tomaselli. Apparecchi di salvataggio, maschere, lampade griseometriche, corde, fasce, cinghie di protezione, tele, ganci e ogni altro elemento a corredo, costituivano la dotazione di ogni posto di salvataggio. Al servizio, il cui svolgimento comportava il "dover accorrere là da dove tutti fuggivano", è stata conferita massima considerazione perché destinato a salvare, pur nella ricerca di rischi personali attenuati, altre vite umane in pericolo.

A Di Giovanni va il merito di aver condotto studi sperimentali sui vari tipi di apparecchi di salvataggio e lui stesso ha

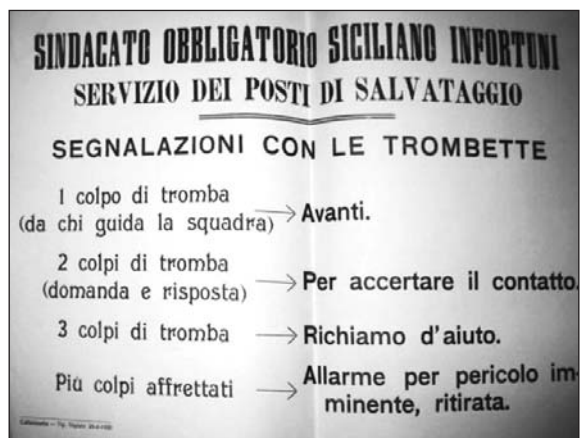


Fig. 9 - Archivio di Stato di Caltanissetta, Fondo *Co.Re.Mi.*: segnalazioni acustiche nell'emergenza.

ideato una maschera per la difesa dai gas<sup>46</sup>. Il SOS aveva anche adottato codici di segnalazione acustica per avvertire del pericolo, guidare la squadra sul luogo del soccorso, applicare cartelli a stampa per diffondere le istruzioni in caso di emergenza (fig. 9).

La fatiscente rete stradale e le inesistenti strutture per la comunicazione a distanza limitavano l'efficienza e l'efficacia del servizio di salvataggio. Occorreva quindi provvedere a dotarsi di mezzi rapidi per il trasporto degli infortunati, degli strumenti e dei materiali di soccorso in caso di bisogno. Il Sindacato procedette quindi all'acquisto di vetture automobili completamente attrezzate ancor prima che fosse stabilito chi doveva farsi carico dei costi.

#### SULLA DENOMINAZIONE DEGLI APPARECCHI RESPIRATORI

Ripercorrendo la denominazione data agli apparecchi della respirazione osserviamo che il primo modello costruito in Italia è stato battezzato *Fiasca di salvamento* testimoniando l'attenzione era concentrata sulla funzione e destinazione d'uso: salvare la vita di chi era esposto al pericolo. Il modello successivo è stato chiamato *Scatola del solfataio*, attribuendo massima rilevanza al destinatario, cioè il solfataio: era stato ideato e costruito per lui, gli doveva appartenere quale corredo obbligatorio per fronteggiare i rischi quotidiani del lavoro. Le due espressioni esprimono modalità diverse di attenzione umana e solidale, oltre che atteggiamento etico verso l'*altro* nella fragilità delle circostanze. Il destinatario come persona e la vita come bene umano del lavoratore erano lo scopo, la finalità della ricerca e del ricercatore.

La progettazione degli apparecchi successivi, possibile dopo anni di studi, ricerche e l'impiego di considerevoli investimenti economici, ha profondamente modificato la modalità della loro identificazione, per cui a volte ha preso risalto l'*inventore*, a volte l'*industria*, altre la *sede geografica*. Destinatario e finalità d'uso scomparvero completamente e in loro vece divenne protagonista l'ingegno umano, e chi si adoperò per risolvere i problemi tecnici scelse di porre al centro la soddisfazione del risultato, la vanità della propria fama o la visibilità dell'industria. Si registrava il transito dall'atteggiamento del dono di una soluzione tecnica a favore dell'*altro*, alla possibilità personale e individuale di acquisire fama, notorietà e i privilegi dei brevetti con il ritorno economico.

---

<sup>46</sup> Di Giovanni I, *Apparecchi respiratori e maschere di sicurezza per le miniere di solfo*. La Miniera Italiana 1921; V: 270-277. Di Giovanni modificò la maschera costituita da una semplice garza imbevuta di liquido assorbente rendendola atta alla fissazione di anidride solforosa.

Anche oggi osserviamo che molto spesso le denominazioni legano l'inventore o il produttore all'oggetto, mentre sparisce il senso ultimo e il destinatario cessa di essere il *fine* per essere trasformato in *mezzo* attraverso cui l'oggetto raggiunge lo scopo, cioè il suo consumo. Si è transitati dalla centralità dell'*altro*, che comporta atteggiamento di solidarietà, a quella dell'*io* funzionale al privilegio di sé, di cui l'*altro* è solo strumento<sup>47</sup>.

Opportuna una considerazione aggiuntiva sulla natura della medicina. Lo sviluppo delle maschere e degli apparecchi per la respirazione è stato uno dei primi esempi di come la medicina trovi sempre la sua fondamentale caratteristica nell'attingere a saperi e discipline diverse, utilizzando ricerche e statuti di altri ambiti culturali e declinandoli nel proprio specifico contesto per un servizio perennemente orientato alla tutela della salute della vita dell'uomo.

Tuttavia la necessità del corredo tecnologico nelle attività destinate alla cura dell'uomo non era considerato autosufficiente al tempo delle zolfare perché divenne subito chiaro che per esprimere un buon servizio non si doveva soltanto fidare nel bagaglio tecnologico e nella idoneità fisica dei soccorritori certificata dalla visita medica, ma ogni componente doveva possedere le caratteristiche indispensabili del:

*buon volere, intelligenza, senso di disciplina e coraggio.*

---

<sup>47</sup> La verità della professione medica e di ogni ricercatore si sostanzia nella centralità della *vita*, ben oltre lo sperimentabile *bios*. Negli ultimi decenni una nuova forma di esercizio della medicina occidentale ha ceduto alla tentazione di essere unilateralmente razionalista. La mancanza di un afflato empatico nel medico verso il paziente affranca la pratica da un vissuto umano, facendo del soggetto paziente, un oggetto di lavoro e di esperienza. Una medicina razionalista cessa di tingersi di quella spiritualità relazionale che si tramanda sin dai tempi di Ippocrate, diventa orgogliosa delle proprie capacità e competenze, e nello sviluppo pur necessario della tecnica ritiene di essere autosufficiente per l'esercizio della professione. Così alla pratica medica possono sfuggire la ricerca della verità del malato, la sua dimensione umana e storica. Il medico rischia di essere un *operatore* e non un *co-operatore* al benessere integrale dell'*altro*. Esercizio medico-sanitario e tensione spirituale verso i problemi multipli, e non settoriali specialistici, sono intimamente connessi e l'uno non sussiste senza l'altro. Ritorna quindi la questione ormai obsoleta della "vocazione" del medico, che deve rispondere a una "chiamata": ma posta da chi? non dalla medicina quindi come professione, ma dal malato come soggetto che "invoca" aiuto. Allora l'accentuazione si pone sulla dimensione della persona del medico ancor prima che sul suo operato. Questa chiamata ha due riferimenti; da un lato è iscritta nella *vita personale* del medico, dall'altro nella *mission* che gli impone un movimento verso l'*altro*, quale costante servizio al paziente. Quindi il modo specificamente intellettuale e scientifico del medico è una testimonianza di ricerca della verità autentica non scvrta dalla realtà, sottesa da un suo metodo, un suo oggetto e una sua finalità: l'uomo.

Agli inizi del XX secolo la sensibilità verso i soccorsi nelle urgenze ha promosso lo sviluppo di interventi tempestivi per poter migliorare la prognosi di infortunati e ammalati. Ignazio Di Giovanni nelle zolfare e Alfredo Salerno nella città di Palermo<sup>48</sup> hanno lavorato per rendere il sistema dei soccorsi e degli interventi sanitari *efficienti ed efficaci*, criteri su cui odiernamente si fonda la strategia gestionale delle attività sanitarie. La crescente domanda di salute, sia nella vita quotidiana che nel mondo del lavoro, e l'insufficienza dei mezzi per fronteggiarla, suggerirono necessari interventi di riforma organizzativa.

Se l'industria mineraria dello zolfo, per il difficile e spesso azzardato processo di estrazione e trattamento del minerale grezzo, costituì grave rischio per l'incolumità fisica degli operai, nelle città non mancava l'attività cantieristica che allora, come oggi, era causa di gravi e spesso mortali sciagure e disgrazie, in aggiunta ai quotidiani incidenti domestici e alle patologie acute spontanee. In questa cornice la riflessione medica giudicava insufficiente il livello organizzativo del soccorso medico disponibile nelle città e lo riteneva responsabile degli effetti prognostici sfavorevoli nell'evoluzione delle patologie acute.

Nel ricordato dibattito parlamentare che precedette l'approvazione della legge Crispi-Pagliani, l'onorevole Badaloni richiamava l'opera di Agostino Bertani, parlamentare, medico, scienziato, filantropo, uomo politico, il quale, nel dare il suo contributo preparatorio alla nuova legge sanitaria, sostenne che<sup>49</sup>:

*“non vi è riforma sanitaria vera ed efficace se questa non provvede a fondare sulle reali competenze l'amministrazione sanitaria dello Stato, sottrarla alla burocrazia invadente che aveva respinto l'ingerenza dei medici nell'amministrazione, causa principale della sterilità dell'opera dello Stato in materia di pubblica igiene”.*

Nella storia sanitaria e sociale che presentiamo saranno proprio i medici che, forti della loro esperienza, offrirono suggerimenti impagabili e proposte fondate su criteri ancora oggi validi nella gestione del servizio sanitario. È insostituibile e inevitabile il contributo del medico nell'individuazione e soluzione dei problemi di salute di cui la società si fa carico nell'offerta dei servizi, utili solo se efficienti ed efficaci, ma che devono anche essere economicamente sostenibili, eticamente giustificabili, equamente accessibili e

<sup>48</sup> Malta R, *Ignazio Di Giovanni, Alfredo Salerno e l'organizzazione dei soccorsi nelle zolfare e in città*, in A. Gerbino [a cura], *Almanacco di cultura*, Plumelia edizioni. Officine Tipografiche Aiello & Provenzano, Bagheria 2010, p. 549-566.

<sup>49</sup> Camera dei Deputati, Legislatura XVI, Tornata del 12 dicembre 1888, *Discussioni*, p. 5958.



appropriatamente fruibili. Si ricorda l'opera di Domenico Barduzzi (Brisighella, 1847-1929) per aver intensamente richiamato al perseguimento della dimensione sociale dell'esercizio medico che in ogni epoca non può sottrarsi ai principi etici fondamentali e deve guidare la ricerca speculativa e l'attività pratica<sup>50</sup>.

Il decreto legislativo di riforma sanitaria 502/92 ha conferito ai medici la responsabilità sulla gestione, sui risultati assistenziali e sul controllo delle risorse economiche. La trasformazione dell'*amministrazione* (intesa come redazione formale degli atti) in *gestione* (la cui natura consiste nel controllo operativo per il perseguimento degli obiettivi) rappresenta un cambiamento rilevante nell'anima di governo della cosa pubblica, centrato sulla responsabilità dei medici verso lo sviluppo del *core business* dell'azienda: soddisfare la domanda dei pazienti e degli studenti, erogare prestazioni sanitarie appropriate, formare il personale medico e sanitario.

In Sicilia Ignazio Di Giovanni nelle zolfare di Caltanissetta e Alfredo Salerno nella città di Palermo hanno pensato all'organizzazione di due modelli di servizio sanitario dedicati all'uomo nei momenti di fragilità della sua salute. I due progetti di assistenza in urgenza metodologicamente trasferibili rispettivamente ad analoghi siti industriali e urbani offrono soluzioni che non sarebbe stato possibile ideare né attuare senza una forte tensione verso il bene del paziente. Essi divennero protagonisti di un esercizio medico non burocraticamente attuato, ma intensamente vissuto nella partecipazione al dramma di un *altro* che chiede solidarietà. La tensione con cui hanno operato è espressione della loro *in-tenzionalità*, del loro *tendere verso* soluzioni finalizzate a realizzare il bene dell'altro, al contempo segnando nitidamente la propria personale qualità morale. Le situazioni e i casi che hanno presentato testimoniano un esercizio della medicina tipicamente antropologico, con una nozione di bene così cristallina che nulla ha a che vedere con fuorvianti o sapientemente e falsamente mascherati tentativi condotti in funzione del privilegio di sé.

I modelli organizzativi a cui hanno dato vita rispondono ai criteri manageriali del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) su cui il management intensamente sta lavorando per erogare il servizio più efficiente e appropriato possibile, ma scontrandosi con resistenze culturali che rappresentano il fattore di maggior resistenza al cambiamento. L'idea del "percorso del

---

<sup>50</sup> Cherubini A, *Barduzzi medico sociale*, in Andreassi L. e Altri, Domenico Barduzzi (1847-1929). Accademia delle Scienze di Siena, detta dei Fisiocritici. "Memorie" 1987; 3: 37-51.

paziente” è un concetto del management moderno e risponde all’ottimizzazione delle necessarie azioni specialistiche multi o trans-disciplinari in funzione di efficienza organizzativa, efficacia di risultato e appropriatezza clinica e gestionale. Il PDTA, nel perseguire efficienza ed efficacia, prevede l’*integrazione* e il *coordinamento* dei vari segmenti in cui si articola il processo di cura e implica che gli operatori muovano dal proprio spazio di azione per proiettarsi in un sistema funzionale in cui ognuno agisce ponendo l’attenzione a chi verrà dopo di lui. Le differenze tra i due modi di concepire il PDTA si radicano nelle diverse condizioni logistiche in cui Di Giovanni e Salerno operavano e che condizionarono il diverso modo di utilizzo della struttura ospedaliera.

I due erano contemporanei, ma non è noto se si fossero mai conosciuti, pur essendovi motivi per ritenerlo; infatti, anche se erano attivi in province diverse, Salerno era stato nella miniera Trabonella nel 1912 in occasione dell’incendio, entrambi erano ufficiali medici della CRI ed entrambi parteciparono ai soccorsi a favore dei terremotati di Messina.

#### DI GIOVANNI E I SOCCORSI NELLE ZOLFARE

Nella *vision* di Di Giovanni un posto di soccorso doveva rispondere a un servizio di prima linea e ogni intervento doveva contenersi negli stretti limiti del primo aiuto, nel timore che obiettivi diversi avrebbero potuto accrescere i rischi per i pazienti oltre a caricare di gravi responsabilità i medici. Obiettivo del primo soccorso doveva essere lenire il dolore e preservare l’infortunato dalle possibili complicanze.

Di Giovanni invece sosteneva che “un posto di soccorso non doveva agire come una clinica chirurgica” e a questo i suoi aiuti medici dovevano uniformare i comportamenti. Al medico di guardia era evidentemente lasciata ogni libertà nel rispetto dell’autonomia responsabilità professionale, e la Direzione Medica si riservava solamente di dispensare consigli e mai ordini, al contrario degli infermieri dei posti di soccorso di III e IV classe a cui dovevano essere impartite disposizioni ben precise in quanto operavano in assenza del medico.



Fig. 10 - Casa di cura “A. Albanese”, Palermo.

## IL PERCORSO DEL PAZIENTE SECONDO DI GIOVANNI

Di Giovanni ha progettato il complesso dell'assistenza sanitaria distinguendo due diversi percorsi<sup>51</sup> a seconda se l'infortunato si fosse ferito in un incidente occorso in una miniera provvista o meno di posto di pronto soccorso (fig. 11). Nel primo caso, se si trattava di lesioni lievi e compatibili con la prosecuzione del lavoro, il ferito era ospitato nell'infermeria della miniera dove poteva essere curato fino a guarigione. Se le lesioni erano di gravità tale che non consentivano la prosecuzione del lavoro, l'infortunato riceveva il primo soccorso in miniera e quindi era inviato direttamente all'ospedale vicino o alla Casa di Salute convenzionata, ovvero al posto di soccorso di II classe dove i medici provvedevano alla cura completa fino alla guarigione. Coloro che invece avevano bisogno di trattamenti più intensi, su disposizione della Direzione Medica del Sindacato, erano avviati presso la sede dell'Istituto Chinesiterapico del dottor Achille Albanese<sup>52</sup> (fig. 10); se l'infortunio avveniva in una miniera

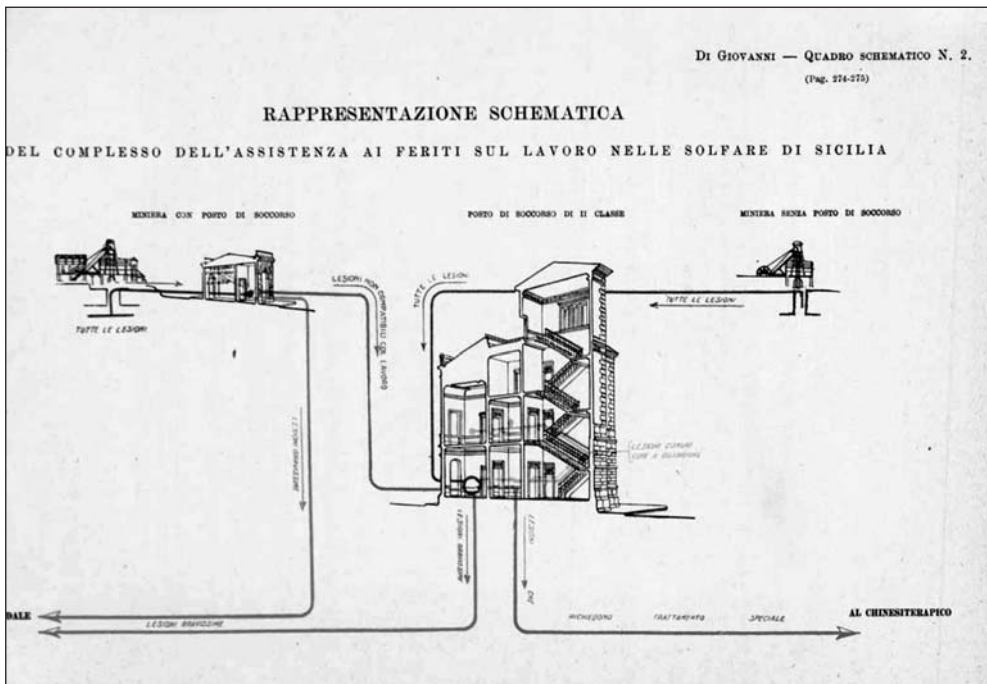


Fig. 11 - Di Giovanni I., Il percorso del paziente nelle solfare.

<sup>51</sup> Di Giovanni I, *L'organizzazione dei posti di soccorso ...*, op. cit., p. 275.

<sup>52</sup> La casa di cura fu fondata nel 1906 a Palermo da Achille Albanese per il trattamento delle Malattie Chirurgiche e Ginecologiche, e con annesso Istituto per la cura radicale delle ernie. Aveva sede in piazza

senza posto di soccorso il ferito, quali che fossero le lesioni riportate, si recava o era trasportato al posto di II classe più vicino dove il medico decideva se inviarlo in ospedale o assumerlo in cura presso di sé.

#### SALERNO E I SOCCORSI IN CITTÀ

Il contributo di Alfredo Salerno allo sviluppo dell'organizzazione dei servizi sanitari nella città di Palermo lo troviamo nelle sue stesse pubblicazioni<sup>53</sup>. L'esercizio professionale era per lui laboratorio clinico di studio, ricerca e realizzazione, oltre che fonte inesauribile di umanità. Auspicava e si spendeva per un'organizzazione sanitaria a favore della tutela della salute nei casi urgenti e i mezzi strumentali dovevano essere fecondo ausilio operativo.

Hanno caratterizzato la sua opera quattro virtù: *volontà* tenace; *fede* nelle proprie idee e convinzione nel doverle attuare; *altruismo*, sentito come banco di prova di un vivere in coerenza personale interna ed esterna; *umiltà* dei grandi uomini. Suggellano l'integrità morale le sue stesse parole, scritte nella consapevolezza e nel timore di non meritare quanto la società quotidianamente gli rendeva onore<sup>54</sup>:

“... per quanto, in quella occasione, si sia creduto che io mi fossi distinto in modo speciale, probabilmente, non avrò fatto nulla di più di quello che gli altri fecero”.

Tra le sue pagine scorre la drammatica e problematica casistica, testimonianza di un sistema assistenziale suscettibile di miglioramento. Uno stato d'animo che con ansia e speranza gli faceva attendere la promulganda legge

---

Alberico Gentili, n. 3, in uno stabile “appositamente costruito”. Il medico residente nella casa era il dott. Giovanni Strazzeri. Venivano ricoverati gli infortunati con lesioni traumatiche e coloro i quali occorrevo di osservazioni e giudizi di specialisti dell'Università ovvero soltanto di cure morali contro simulazioni, protestazioni e autolesioni.

<sup>53</sup> Salerno presenta la problematica situazione dei soccorsi nella città di Palermo, oberata da richieste di intervento per via dell'incremento delle attività industriali e del numero dei cantieri di lavoro, resa difficoltosa dalle ristrettezze economiche. Come nelle zolfare, la CRI intervenne con i suoi uomini e mezzi, anche nella realizzazione di punti di soccorso temporanei in sedi di aumentato pericolo di incidente, quali quelli in occasione dei giochi pirotecnici durante le festività di Santa Rosalia in luglio o per il pellegrinaggio di settembre sul monte Pellegrino, della gara automobilistica con dodici posti di soccorso nel circuito della Targa Florio negli anni 1906-1908, delle prove di aviazione a Mondello nel 1910 con due posti di soccorso, etc. Salerno A, *Una pagina d'igiene sociale a Palermo. Organizzazione dell'assistenza sanitaria agli operai*. Stab. Tip. E. Priulla E, Palermo 1917 (l'anno corretto dell'edizione è il 1919), p. 13-17.

<sup>54</sup> Nello specifico si riferisce all'opera di soccorso offerta in occasione delle gravissime conseguenze dell'esplosione accidentale avvenuta nell'armeria di via Grande Lattarini. Salerno A, *A proposito della legge sull'assicurazione obbligatoria delle malattie. La pronta assistenza negli infortuni, accidenti ed improvvisi malori ai lavoratori ed ai cittadini*. Barravecchia & Balestrino. Palermo 1920, p. 3.

sull'*Assicurazione obbligatoria dei lavoratori*; in lui si scorgono chiari segni di modernità che precorrono i modelli manageriali in atto vigenti e che l'odierna organizzazione sanitaria sta sperimentando a partire dal D. Lgs. 502/92 con particolare attenzione ai criteri di *efficienza, efficacia, economicità, equità ed eticità*.

Nella Palermo del 1920 il livello di organizzazione sanitaria (tab. 10) solo apparentemente presidiava i bisogni assistenziali e i 350.000 abitanti potevano contare sul pronto soccorso dell'Ospedale San Saverio, a cui si aggiunse quello dell'Ospedale della Concezione voluto dal professore Albanese e direttamente dipendente dalla Scuola di Chirurgia lì ubicata, e per terzo sull'Ospedale di Santa Maria dello Spasimo. L'amministrazione militare all'ospedale di Porta San Giorgio consentiva l'utilizzazione del suo posto di ricezione militare ad uso di posto di medicazione per la società civile. La CRI, in quel periodo fortunatamente lontano dalle guerre, adattò dei locali presso l'Ucciardone facendone un posto di medicazione, perché le attività industriali e commerciali costituivano intenso rischio per gli operai. Salerno stesso fu promotore dell'istituzione del posto di soccorso presso la Stazione Centrale delle ferrovie, parimenti gestito dalla CRI<sup>55</sup>.

---

TABELLA 10: ASSISTENZA SANITARIA NELLA CITTÀ DI PALERMO (1920)

---

L'assistenza sanitaria pubblica nella città di Palermo nel 1920 era così articolata:

- assistenza medico-chirurgica e ostetrica ai poveri e meno abbienti, esercitata a domicilio;
  - assistenza ai cittadini nelle sale di degenza: ospedali in genere, case di salute, tubercolosari, istituti di maternità, sifilicomi, manicomi, etc.;
  - assistenza negli Ambulatori o Dispensari di diverse specialità mediche;
  - assistenza in urgenza nei posti di guardia medica o di soccorso.
- 

Le sue esperienze negativamente esitate<sup>56</sup> si concludevano sempre con la stessa domanda: "Un intervento più tempestivo avrebbe salvato la vita di quel paziente? perché ciò non è potuto avvenire?" e auspicava che ciò fosse punto di partenza di una crescita sociale che caparbiamente perseguiva. Salerno non

---

<sup>55</sup> Salerno A, *Una pagina d'igiene ...*, op. cit., p. 13.

<sup>56</sup> Tra gli interventi che hanno segnato la sua esperienza di medico si ricordano il tragico evento dell'esplosione a Palermo nella via Grande Lattarini nel dicembre 1907, la morte di un vecchio nel 1914, una donna in travaglio di parto, l'incendio nella via Sampolo a Palermo, un infortunio nel cantiere navale,

era un sognatore de-contestualizzato, ma seguiva l'evoluzione degli orientamenti politici e i provvedimenti legislativi della Nazione che gli potevano permettere di attuare il progresso dei servizi sanitari anche in riguardo alla sostenibilità economica. Osservava che le numerose criticità e le ragioni etiche sottese costituivano formidabile spinta a impegnarsi per lo sviluppo dei servizi di assistenza nell'urgenza. L'affannosa e spesso vana ricerca del medico risultava affidata alla sorte o a fortuite circostanze e lasciava nell'incertezza il cittadino che non sapeva bene a chi rivolgersi; l'assistenza sanitaria era sì genericamente presente, ma era assente la rete funzionale dei collegamenti tra i servizi erogabili, per cui ogni struttura era una monade; le varie istituzioni sanitarie offrivano servizi spesso duplicati, senza preoccuparsi delle ragioni specifiche che in ogni circostanza e con differenti peculiarità comportava l'urgenza; vi era carenza anche della basilare protezione sanitaria nei luoghi di lavoro, anche per i soggetti più a rischio come i vigili del fuoco<sup>57</sup>. Ritenne pertanto che la migliore soluzione fosse quella di ricondurre sotto un'unica direzione, capace di *unificare, disciplinare, organizzare, coordinare e integrare* l'offerta sanitaria, testimoniando una *vision* del tutto pari a quella a cui tende la moderna gestione manageriale in sanità per il recupero efficiente delle risorse e per la migliore efficacia. La saggezza e l'esperienza lo hanno fatto rimanere scettico nella realizzazione dell'auspicata soluzione che non vedeva di facile attuazione per via dei "forti interessi personali" che contrastavano il ragionevole accentramento organizzativo e funzionale.

Prudentemente suggeriva di adottare "la soluzione possibile", capace di apportare validi risultati ai servizi, sì che proposte con sorprendente attualità e senso della misura di mantenere le autonomie dei singoli istituti, pur tuttavia in forma funzionalmente *coordinata e integrata*<sup>58</sup>, mostrando di perseguire il *bene concretamente possibile*, anche se secondo le sue vedute sarebbe stato meglio varare fin da allora un progetto per l'istituzione di una struttura centrale di governo.

---

*un contadino* ferito da arma da fuoco che fu trasportato su una scala a pioli dal luogo del delitto all'ospedale di città, a mezzo di un carro che ha dovuto percorrere una strada dissestata e dove giunse dopo due ore morendo subito dopo. Anche *la principessa Mafalda* nell'agosto del 1944, quando le truppe anglo americane bombardarono il lager di Buchenwald e distrussero la baracca n. 15 dove era tenuta prigioniera, disseppellita dalle macerie sotto cui giaceva ferita, venne distesa su una scala a pioli e trasportata in una stanza del postribolo dei tedeschi adibita a infermeria.

<sup>57</sup> Salerno A, *A proposito...*, op. cit., p. 8.

<sup>58</sup> *Coordinamento e integrazione* sono i pilastri dell'efficienza organizzativa della moderna sanità, come voluto dal D. L.vo 502/92 e confermato da successivi documenti.

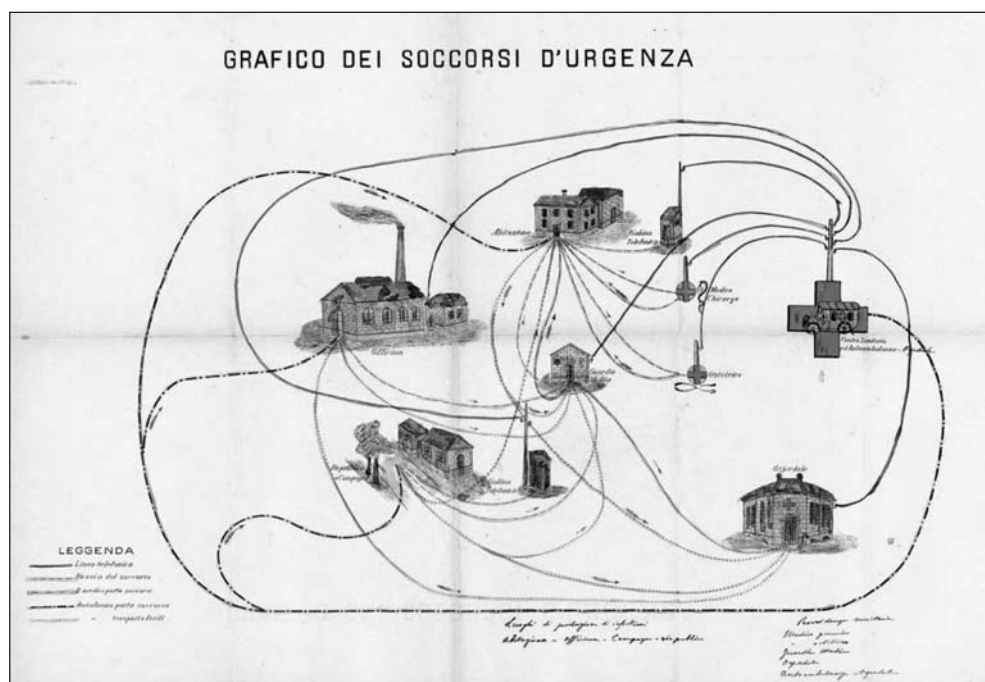


Fig. 12 - Salerno, Il percorso del paziente nelle città.

## IL PERCORSO DEL PAZIENTE SECONDO SALERNO

Salerno tracciò i collegamenti (fig. 12) tra i possibili luoghi di accadimento dell'infortunio e descrisse il percorso-tipo per far giungere i soccorsi all'infortunato quanto più rapidamente possibile, prevedendo anche l'utilizzo del servizio telefonico delle pubbliche cabine per lanciare la domanda al *Centro-sanitario* dell'*autoambulanza-ospedale* con cui prelevare e trasferire il paziente ai luoghi di cura. Il telefono doveva collegare la guardia medica all'ambulatorio medico-chirurgico e ostetrico divenendo un *call center* al servizio della società. Questo servizio non doveva essere un burocratico centro di smistamento, ma un filtro per evitare il *non appropriato* ricovero dei pazienti di lieve e media gravità; la funzione dell'*autoambulanza-ospedale* era essenziale per garantire sicuro, confortevole e rapido soccorso. Prendeva vita un modulo coordinato ed efficiente tra richiesta del paziente, professionalità medica e struttura sanitaria, facilitato e integrato dall'unità mobile attivata dal sistema di comunicazione.

A differenza del Di Giovanni, per Salerno il posto di guardia medica era un centro di esercizio della medicina a tutti gli effetti e non un semplice ambulatorio di primo soccorso per transito e smistamento, come soprattutto avveniva per

i posti di soccorso nelle zolfare. Egli ha precorso i tempi moderni caratterizzati dal dover fronteggiare il non appropriato sovraccarico assistenziale negli ospedali perché generato da una domanda a cui può essere garantita la migliore prestazione in regimi di cura a più basso assorbimento di risorse: il ricorrere all'ospedale doveva, secondo la sua *vision*, essere riservato ai casi più gravi e agli interventi chirurgici, come del resto anche oggi si ritiene che sia corretto.

Salerno scopre che il coraggio di essere medici deve far superare ogni difficoltà e carenza perché il drammatico e sempre non atteso e non voluto incontro con la sofferenza delle malattie o con il trauma delle tragedie che improvvisamente sopraggiungono, cambiano l'esistenza a quanti e tanti fino allora felici.

Il nuovo modo di guardare alla salute dell'operaio era diventato quello di rispettarlo non solo per la sua integrità personale, ma anche perché egli è funzionalmente parte della società che utilizza le sue energie. Nell'educazione di Salerno non trova spazio l'idea che vi possa essere limitazione, neanche economicamente dettata, alla cura della salute, in specie quella del lavoratore ferito in costanza di attività. Il suo appello alla pubblica Amministrazione è stato *Salus publica suprema lex est*<sup>59</sup>, affinché non ci si ricordi della buona organizzazione solo nella contingenza delle necessità, ma si pianifichino nella tranquillità gli interventi per la sicurezza della popolazione, quando purtroppo si è meno proclivi, ma anche più sereni e meno emotivi. Era convinto che bisogna sempre farsi guidare dalla consapevolezza che è proprio dell'indole dell'uomo nel benessere non pensare alle infermità in agguato, sicché saggiamente esortava: *estote parati quia malum veniat*<sup>60</sup>.

#### L'ISTITUTO TEMATICO DEI SOCCORSI IN URGENZA

La centralizzazione dei servizi di urgenza con sede unica e ubicata nel centro della città ed equidistante dalle periferie, era la soluzione più efficiente dove ogni cittadino avrebbe potuto trovare la possibilità del soccorso, chiedere anche telefonicamente il recapito di un medico o l'intervento a domicilio. Un *call center* doveva essere un centro per lo smistamento dei soccorsi sanitari; un vero e proprio *Centro Sanitario*, così lo chiamava Salerno, terminale e collettore di ogni richiesta e distributore di informazioni precise e tempestive: un centro di *irradiazione sanitaria* per assolvere allo scopo sociale del servizio. Il Centro avrebbe dovuto comprendere l'organizzazione in tutte le sue funzioni ed essere capace di coordinarle e integrarle. Andando oltre aveva anche auspicato la fondazione

<sup>59</sup> Salerno A, *A proposito ...*, op. cit., p. 12.

<sup>60</sup> *Ivi*, p. 13.



dell'*Istituto tematico dei soccorsi d'urgenza*, al pari di altri settori specialistici monotematici. Tutti questi servizi dislocati in città dovevano dipendere organicamente da un *Istituto Autonomo dei Soccorsi d'Urgenza*, che allora non esisteva ma di cui si intravedeva la necessità della sua realizzazione, non per assolvimento burocratico, ma efficacemente operativo al fine di garantire "efficienza produttiva" al sistema. È come se oggi volessimo coordinare sotto un'unica direzione tutte le chirurgie o le oncologie o le cardiocirurgie di una città. Il modello doveva garantire risultati appaganti per la soddisfazione dei pazienti, eticamente aderenti alle necessità sociali ed economicamente sostenibili. Bisognava evitare le inutili e costose duplicazioni a favore di una centralità di macro-area per riqualificare o abolire i piccoli loci settoriali di erogazione dell'assistenza.

Il processo di *Pianificazione sistematica dell'organizzazione dei soccorsi* doveva compiersi con uno sforzo di aggregazione dell'offerta assistenziale delle discipline medico-chirurgiche secondo "caratteristiche simili" e "per specialità", quali potevano essere ad esempio: traumi conseguenti a fatti criminosi (malevolenza ed impulsività), traumi in ambiente di lavoro, malore improvviso o aggravamento di patologie preesistenti, parti difficili. Il sistema doveva dare copertura ovunque: abitazione, strada pubblica (città e sobborghi), officine e centri di lavoro.

Qualunque fosse stata l'eziologia del danno, le condizioni cliniche del malato o infortunato dovevano trovare uno speciale percorso a seconda del diverso grado di severità: conservando l'integrità delle proprie funzioni il paziente avrebbe potuto autonomamente provvedere alla ricerca dell'assistenza, desiderare il soccorso presso di sé o il proprio domicilio, richiederlo attraverso i propri congiunti; non potendo disporre della propria volontà nella scelta dei soccorsi era improbabile la sua trasferibilità e quindi doveva essere il medico a raggiungerlo. Il cittadino in qualunque istante doveva essere posto nelle condizioni di sapere dove recarsi per trovare un soccorso sanitario efficace ed efficiente. Salerno pose come momento centrale non solo la capacità dell'organizzazione, ma la corretta informazione, sì che il cittadino non solo *avesse* i servizi, ma anche *sapesse* come fare per fruirne attraverso un efficiente e trasparente sistema comunicativo. Anche oggi purtroppo frequentemente ancora accade che il cittadino non sa dove potere ricevere la prestazione di cui abbisogna. Questo ultimo aspetto se era verosimilmente tollerabile in un piccolo centro dove erano conosciute le abitudini dei medici, compreso il loro frequente soggiornare tra farmacia, circolo e abitazione privata, era vissuto in maniera problematica e spesso anche con danno in una grande città. Precorrendo i tempi sulla potenza della comunicazione, Salerno anticipò di vari decenni la *carta dei servizi* e ritenne doveroso offrire ai pazienti la sicurezza del recapito di un medico per il soccorso. Individuò in un

modello organizzativo misto tra l'odierna guardia medica e la reperibilità, tra le ragioni d'ufficio e l'interesse peculiare a prestarsi nelle urgenze, con la necessità di coinvolgere i medici nel servizio di assistenza continuativa. Sugeriva inoltre di segnalare con insegna luminosa la sede del posto di guardia onde evitare la ricerca infruttuosa tanto del luogo quanto del medico. L'insegna sarebbe stata altresì testimonianza di presenza attiva dell'Ente pubblico sul territorio e di disponibilità a essere facilmente raggiunti: il faro per il navigante.

#### DI GIOVANNI E SALERNO TRA BENEFICENCE E DIRITTI

Una sana e onesta reazione culturale si oppose alla modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che vari Istituti a quei tempi offrivano in forma di *pubblica beneficenza* dando l'apparenza di far vivere il sistema sanitario in uno stato di permanente precarietà, tanto che la previdenza sanitaria non poteva essere erogata se le fonti di beneficenza venivano a mancare. L'esercizio della sanità era vissuto quindi nell'ambito del sentimentalismo sociale, espressione più di una *concessione* da altri offerta che di un *diritto* alla difesa di un valore umano fondamentale. Era alta la preoccupazione che la modificazione dei costumi e degli stili di vita, e la crescente diffidenza verso il corretto uso dei mezzi disponibili, avrebbero allontanato l'attenzione del cittadino dalla solidarietà sociale. Alcuni si posero in aperta critica con quella forma di *beneficence* che assumeva l'espressione dell'elemosina, giustamente aspirando a un'assistenza sanitaria che fosse funzione di Stato e da questo disciplinata "in modo confacente ai tempi moderni e alla coscienza nuova del popolo". Soprattutto si voleva che l'assistenza sanitaria fosse<sup>61</sup>:

*"un dovere di chi ha verso chi non ha, e che tale dovere debba essere compiuto in modo che chi deve utilizzarne non ne venga mortificato, dovendo vedervi, più che altro, l'espressione di un diritto e la manifestazione di un dovere fraterno"*.

È quindi prevalente in queste parole l'attenzione e il rispetto dell'*altro sofferente* nella sua totalità, sia come uomo che come cittadino bisognoso di quelle cure che non avrebbe potuto consentirsi. Il modello di relazione previsto da Di Giovanni e Salerno era quindi fondato sull'accoglienza, non emotivamente data come a volte è nel volontarismo, ma costituzionalmente garantita. La presenza dell'*altro sofferente* deve invocare sempre nelle menti elette il giusto riconoscimento di diritti e sollecita tutti ad assumere atteggiamenti di fraternità. È una lezione di rilevante spessore morale che anche modernamente può essere declinata suggerendo proposte capaci di integrare i moderni aspetti etici con quelli

---

<sup>61</sup> *Ivi*, p. 9

manageriali: in epoca non sospetta e precorrendo i tempi si svilupparono spontaneamente, anche grazie al buon senso i germi di una sanità che vide unite le ragioni dell'*etica* con quelle *del management* unitariamente composte per un servizio da destinare all'uomo in forma di diritto, ma al contempo umanamente ed economicamente sostenibile<sup>62</sup>. La responsabile opinione corrente era che l'assistenza sanitaria non poteva essere data all'operaio del tutto gratuitamente perché egli non poteva essere considerato assolutamente povero e pertanto bisognava che concorresse alle spese<sup>63</sup>.

Nell'ambito della strutturazione dell'organizzazione dei servizi d'urgenza la *vision* che ha contraddistinto questa riflessione è stata funzionale ad attuare la sana prospettiva di dover agire nel miglior interesse del paziente facendo muovere i servizi attorno ai problemi clinici. Una visione oggi definita con termine anglosassone *patient-centered* contrapposta al modello *ospedale-centrico* ancora prevalente in alcuni modelli.

Con la casistica Salerno mostra costantemente pazienti, loro familiari e medici muoversi alla ricerca di un presidio dove trovare le cure, mentre secondo il suo pensiero deve essere il servizio ad avvicinarsi e rendersi facilmente fruibile da chi ne ha bisogno: diventa così illuminante la critica per la tragedia dell'incidente in via Sampolo dove perirono tre vigili del fuoco e che indussero ad osservare che se un corpo medico li avesse accompagnati, proprio perché impegnati in così rischiosa operazione, probabilmente la tempestività dei soccorsi li avrebbe salvati: argomento al pari trattato da Di Giovanni nelle rischiose operazioni nelle zolfare, quando ordinava l'allestimento di un posto di soccorso avanzato in prossimità dei luoghi delle operazioni ardite. L'esperienza dell'incidente nella zolfara Trabonella, a Messina per il terremoto, alla via Grande Lattarini per lo scoppio dell'armeria hanno confermato in Salerno l'opportunità di dover raggiungere il paziente laddove si realizza il suo bisogno di aiuto, evitando mezzi di fortuna e non idonei. È la novità organizzativa del momento, è la critica a quel essere medico di un ambulatorio, erroneamente inteso come ufficio sedentario e burocratico, a favore della promozione di un servizio che comporta la missione di accorrere per soccorrere.

---

<sup>62</sup> Malta R [a cura], Atti del corso di formazione e aggiornamento in *Etica e management in sanità*. 4ª edizione. Compostampa, Palermo 2007.

<sup>63</sup> Salerno affronta gli aspetti dell'assistenza agli abbienti, ai poveri e agli operai e il finanziamento attraverso la contribuzione dell'utente ritiene essere la via da seguire perché "non tutto può gravare sulla pubblica contribuzione". Dà indicazioni sull'organizzazione dei posti di medicazione, riflette sulla beneficenza nell'assistenza sanitaria, raccomanda che essa non sia sfruttata dall'abbiente e sollecita il contributo degli operai. Per lui momenti fondamentali dell'organizzazione sono la disponibilità dell'ambulanza-ospedale e l'assistenza a domicilio degli operai. Salerno A, *Una pagina d'igiene...*, op. cit., p. 25.

Era evidente che i mezzi adeguati avrebbero garantito l'appropriata assistenza e il dignitoso trattamento del malato. Porre un paziente su una scala a pioli, per quanto l'urgenza e la necessità potessero suggerire, e come in maniera disinvolta accadde a Palermo al contadino e nel campo di concentramento alla Principessa Mafalda, non incontrava quel decoro a cui ogni essere umano ha diritto in funzione della dignità personale. Lo sviluppo dei già ricordati treni ospedali della CRI sono stati una conquista tecnologica e umana coerente con l'istanza di garanzia dei diritti e della dignità del paziente, di cui il trasporto assistito costituiva insostituibile mezzo.

Il collegamento tra Di Giovanni e Salerno sta nell'aver proposto e uniformato la strategia di fondo al criterio fondamentale di dover guidare l'organizzazione dei soccorsi avvicinando il medico all'infortunato e non viceversa, forti del contributo dell'epidemiologia clinica e traumatologica con cui sostenere i processi decisionali. La *cassetta di pronto soccorso* o anche *l'armadio farmaceutico* munito dei farmaci prescritti e che per legge si aveva l'obbligo di tenere in tutti gli opifici, rappresentavano quel corredo base di cui, per semplicità d'uso e facilità di approvvigionamento, ogni famiglia doveva essere provvista, pur se modestissimo, ma comunque immediato ausilio.

Anche oggi è sfidante erogare l'assistenza sanitaria secondo le necessità di una corretta allocazione delle risorse, il che richiede che la prestazione sia eseguita nel regime più appropriato, secondo intensità di cura e proporzione delle risorse economiche allocate. Si richiama così la *virtù della parsimonia* di Galilei del *fare con poco quello che si può fare con molto*, senza quindi togliere nulla al paziente: non tanto risparmiando, ma proporzionando il trattamento alle necessità. L'obiettivo massimo, *fare bene con poco*, richiede competenza professionale ed efficiente organizzazione della struttura.

Salerno riteneva utile che si disponesse di una piccola sala di degenza per potere accogliere il paziente in via provvisoria se in condizioni di non trasferibilità. Tra lo strumentario si riteneva indispensabile il corredo di un buon numero di barelle e lettighe per il recupero e trasferimento di feriti e ammalati. In città, qualora il paziente o infortunato non poteva raggiungere il posto di soccorso, era necessario organizzare per la sua cura un servizio di prelevamento con barelle a mano, trainate da animali o con mezzi moderni, quali l'autoambulanza: giammai la scala a pioli! Ogni mezzo di trasporto si auspicava dovesse essere provvisto di sospensione cardanica per limitare i traumi. L'ambulanza doveva essere assistita da un medico per avviare precocemente le terapie e corredata con presidi farmaceutici, strumenti di chirurgia per la pulizia e la disinfezione delle ferite, perché doveva svolgere le funzioni di una vera Guardia Medica

Ambulante. Provvista di una tenda che poteva essere distesa e montata sul luogo del disastro, doveva offrire la possibilità di approntare una saletta operatoria “da campo”, pulita e disinfettabile con nebulizzazioni medicamentose al momento della sua utilizzazione. Questo modello è stato adottato in occasione della prima guerra mondiale dove si vide che l’avvicinamento del servizio sanitario al paziente diede eccellenti risultati. Prestato il soccorso, l’ambulanza avrebbe accompagnato il paziente al luogo più idoneo per il prosieguo delle cure.

Di Giovanni ha organizzato i servizi creando posti di soccorso nelle zolfare, utilizzando gli ambulatori dei medici dei paesi vicini alle miniere, gli ospedali per i casi gravi, estendendo l’attività alle prestazioni medico-legali, alle malattie contratte in miniera quali la malaria e l’anchilostoma e quindi non solo a quelle a eziologia traumatica.

Dalle esperienze di Salerno e Di Giovanni una più razionale organizzazione dei servizi di pronto soccorso fu avvertita come necessità non rinviabile in Sicilia a partire dalla fine dell’Ottocento. Una legislazione ancora in embrione affrontava questi problemi gestionali, mentre la quotidiana esperienza sul campo metteva in luce le carenze tipiche di un sistema dove l’assistenza doveva abbandonare l’estemporaneità e muoversi secondo procedure codificate.

L’ammirevole opera di due medici che, pur in contesti differenti, hanno formulato proposte che hanno validamente contribuito a raggiungere obiettivi assistenziali di rilevanza sociale, rappresenta la felice integrazione tra le capacità tecnico professionali cliniche e l’irrinunciabile contributo alla migliore organizzazione. Di Giovanni e Salerno muovono dalla costante rielaborazione delle loro esperienze di medici soccorritori per portare avanti proposte che hanno tutto il sapore della modernità e senza mai penalizzare la coerente affermazione del diritto alla salute, anzi esaltandola.

Questa breve sintesi del loro operato è un tributo e un riconoscimento ad attori che possiamo considerare precursori di un modello gestionale che privilegia l’urgenza, come oggi si tende a fare, e che nell’odierno clima di parsimonia di risorse economiche non può prescindere dall’assicurare il miglior servizio al paziente soprattutto in termini di salvataggio della vita e miglioramento della prognosi.

Il punto di contatto e di condivisione delle due illustri personalità è stata l’irrinunciabile e perenne attenzione all’*altro* e ai suoi problemi, il dedicarsi alla promozione di un servizio sanitario con intelligenza propositiva, lo sforzarsi per il conseguimento di un valido strumentario tecnologico, attraverso il corretto utilizzo delle innovazioni culturali in campo sanitario e legislativo, nel superamento della connotazione di beneficenza a favore della garanzia del diritto alla salute, costituzionalmente sancito, ma economicamente possibile.

# Dalle Casse di Mutuo Soccorso al Sindacato Obbligatorio Siciliano

### LA PREVIDENZA SOCIALE E LE CASSE DI SOCCORSO

I problemi dell'invecchiamento e i rischi connessi all'attività lavorativa hanno favorito la nascita di strumenti di sussidio sociale, assicurativo<sup>1</sup> e previdenziale per tutelare i lavoratori nel sopravvivere delle condizioni di fragilità della salute. Hanno assunto tale funzione le Casse di Mutuo Soccorso e il Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione.

Fino al 1898 non era prevista la presenza dell'ufficio medico nelle zolfare: con esso mancavano la legalità, l'assistenza alla salute e la possibilità di rivendicazione di quei diritti elementari basilari e fondanti il riconoscimento della dignità umana. Costituiva la normalità essere acquiescenti all'impassibile destino del susseguirsi di vittime da infortunio mal o non curate per mancanza di mezzi finanziari, di morti sepolti nelle miniere come se nulla significasse morire per il lavoro, di operai temporaneamente o definitivamente inabili e affamati e che tra-

---

<sup>1</sup> L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro fu istituita per la prima volta in Italia in favore dei lavoratori dell'industria con la Legge 80/1898, poi trasfusa nel D. L. 31 gennaio 1904, n. 51. Il fondamento di questa norma sta nella constatazione che l'infortunio sul lavoro non è solo dovuto a cause imputabili al lavoratore o all'imprenditore, ma spesso a caso fortuito o forza maggiore. Essendo evenienza accessoria pressoché inevitabile nell'esercizio dell'industria, si è ritenuto giusto far gravare l'onere del risarcimento su chi ne traeva gli utili. Con il D. L.vo 17 agosto 1935 n. 1765 fu riordinato il settore inerente al lavoro nelle industrie.

scinavano nella disgrazia la propria famiglia, specie se priva di figli maschi in età lavorativa, accendendo gravi e penosi problemi di sussistenza dall'evidente portata etica, economica e sociale. È il caso di Ribellino Francesco fu Pietro, residente a Sommatino in provincia di Caltanissetta il quale, fornito di un certificato di indigenza rilasciato dal Sindaco il 20 luglio 1888, inoltrò il 2 agosto istanza al Prefetto di Caltanissetta e il 4 agosto allo stesso Sindaco<sup>2</sup>:

*“a che la Deputazione Provinciale deliberasse a suo favore un sussidio mensile onde disfamare sé stesso, la moglie e quattro figlie, tutte ragazze, per essere infermo da circa mesi quattro per avere riportato diverse contusioni nella miniera del Principe di Trabia in Sommatino. Ove questo non dovesse essere possibile, d'ufficio interessare il Sindaco di Sommatino [...] con richiamare al dovere l'amministratore del detto signor Principe di Trabia”.*

Il dramma personale e familiare del solfataro Ribellino era simile a quello che da secoli affliggeva il mondo operaio nelle diverse nazioni d'Europa e a cui in molte parti si era già data risposta con gli strumenti legislativi di promozione dello sviluppo delle attività associative e assicurative tra i minatori o tra i lavoratori delle industrie.

Istituzioni di antichissima origine in Europa, risale al 1524 la fondazione della cassa di soccorso tra i minatori di Harz, al 1580 quella di Lilla, al 1694 la Sant'Anna a Parigi e al 1706 la Società amichevole a Londra<sup>3</sup>. L'impero germanico intervenne sul tema con la legge del 7 giugno 1871, completata dal governo Bismark con l'istituzione di una “Cassa di Assicurazione e di Premio” per gli operai e le loro famiglie. La Svizzera con legge federale del 23 marzo 1877 stabilì all'art. 5 che altra legge federale successivamente, emanata il 26 novembre 1880, doveva provvedere a quanto necessario in merito alla responsabilità civile che proveniva dai danni patiti durante l'esercizio del lavoro. In Italia fu del 17 marzo 1879 la presentazione alla Camera dei Deputati del disegno di legge di Pietro Pericoli<sup>4</sup> sulle “Disposizioni dirette a garantire gli interessi degli operai nella costruzione di fabbriche, nelle miniere e negli opifici”.

Le statistiche dell'epoca documentarono circa duemila morti l'anno per incidenti sul lavoro, con dati crescenti che sollecitavano a che una legge provvedesse all'ingiusto esonero dei titolari dell'industria da ogni responsabilità nei confronti delle vittime. L'onorevole Ferdinando Berti, relatore del disegno di legge

---

<sup>2</sup> ASC, *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

<sup>3</sup> Nuova Enciclopedia popolare Italiana, *Soccorso Mutuo*, in A. Giordano, *La cassa di soccorso tra i solfatarari in Lercara. Relazione, esercizio 1886-1888*. Tipografia Ignazio Marotta, Palermo 1892, p. 7.

<sup>4</sup> Berti Ferdinando, Camera dei Deputati, Legislatura XIV, tornata del 24 novembre 1881. *Disegni di legge e relazioni*, p. 1.

sui “Provvedimenti sulla responsabilità dei proprietari di fabbriche, di miniere, di cave e di officine per i casi di infortuni”, sostenne in Parlamento che la legge proposta<sup>5</sup>:

*“non dovrà essere soltanto tutrice dei diritti degli operai vittime del lavoro, ma avrà carattere preventivo, e apparirà un provvedimento di prevenzione sapiente, mentre obbligherà i proprietari [...] ad usare tutta la prudenza e tutte le cautele per garantire la vita e l'incolumità degli operai nelle infinite occupazioni e nei molteplici pericoli del lavoro. [...] Così il mutuo soccorso non si abbassa nelle sfere materiali del percepire l'indennità, ma si eleva nelle morali di aiuto e di sostegno alle classi lavoratrici”.*

Lo sviluppo delle moderne industrie promosse il consensuale sorgere dei diritti dei lavoratori e di conseguenza la necessaria fondazione delle casse di soccorso. In Sicilia vi era una situazione onerosa per gli operai e il premio dell'assicurazione, malgrado il divieto della legge, gravava il più delle volte sugli operai mediante la decurtazione loro imposta dagli esercenti del prezzo contrattuale del lavoro. Si sarebbero oltretutto verificati ritardi nei pagamenti delle indennità dovute per l'invalidità<sup>6</sup> temporanea costringendo i lavoratori a prestiti con forti tassi di usura e conseguente diminuzione notevole dello scarso compenso<sup>7</sup>.

Solo nell'ultimo ventennio del XIX secolo i lavoratori delle zolfare di Sicilia cominciarono timidamente a disporre di casse di soccorso e di magazzini cooperativi: una di queste fu fondata a Lercara grazie all'impegno poliedrico di Alfonso Giordano, testimone di un esercizio professionale vissuto in maniera integrale e nelle varie e coerenti prospettive medico-scientifiche, sociali, morali e umanitarie.

Lo sviluppo degli strumenti idonei alla tutela dei diritti personali socialmente e politicamente riconosciuti fu un susseguirsi di interventi in tutte le nazioni d'Europa. In Italia l'unificazione del 1861 ebbe il merito di dare vita a una legislazione comune tra le diverse regioni federate. L'associazionismo non ebbe come unico scopo l'assistenza sanitaria e previdenziale per il soccorso infortunistico in caso di disgrazia nel cantiere industriale o di offrire garanzia e sicurezza al dipendente e ai suoi congiunti in caso di inabilità acquisita in costanza di lavoro, ma volle essere opportunità di cooperazione per facilitare il progresso economico e

<sup>5</sup> Berti Ferdinando, *Disegni di legge ...*, op. cit., p. 6, 10.

<sup>6</sup> L'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia fu istituita in Italia con la legge del 17 luglio 1898 e divenne obbligatoria con il d. l. del 21 aprile 1919, sostituito poi dalla legge 30 dicembre 1923 n. 3184 e quindi dal r. d. l. 4 ottobre 1935 n. 1827 che costituisce il testo fondamentale in materia, seppur con successive modifiche. È una forma previdenziale che ha per oggetto un rischio non specifico al rapporto di lavoro e ad esso completamente estraneo. Non esiste neppure un rischio in senso tecnico, trattandosi di evento il cui verificarsi, oltre ad essere certo, è anche legislativamente predeterminato per quanto riguarda il suo realizzarsi.

<sup>7</sup> MAIC, *Annali di Agricoltura* 1899. Roma 1900, p. CXIV.



assistenziale dei soci. Provvide la Legge del 15 aprile 1886 n. 3818 sulla “Costituzione legale delle Società di Mutuo Soccorso”, che all’art. 1 volle<sup>8</sup>:

*“assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, d’impotenza al lavoro o di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti”;*

mentre con l’art. 2 regolamentava che:

*“le Società di Mutuo Soccorso possono cooperare all’educazione dei soci e delle loro famiglie, dare loro aiuto per l’acquisto degli attrezzi del loro mestiere ed esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica”.*

Era stata pertanto tracciata la via legislativa per dotare i lavoratori degli strumenti di protezione in caso di malattia e a che tutti insieme trovassero nella cooperazione gli elementi per lo sviluppo socio-economico. Il valore di questo progetto era di ampia portata collettiva e ciascuno poteva trovare nella propria condizione occasione di partecipazione e crescita. Bisognava riuscire, come già secoli prima era stato fatto in altre nazioni, a mettere in funzione un sistema di protezione individuale e previdenziale. Nella relazione di Giordano del febbraio 1892, in occasione del I° triennio di attività (1886-1888) de “*La cassa di soccorso tra i solfatarari in Lercara*” – richiamiamo l’attenzione su quel “*tra i solfatarari*”, che vuol significare volontà di condivisione e di solidarietà tra i danti causa, preferito al “*dei solfatarari*” perché il contenuto di appartenenza avrebbe esaltato il momento di individualismo, possesso e privilegio di un gruppo –, egli stesso chiarì con coerenza gli obiettivi dell’istituto<sup>9</sup>:

*“riunirsi in società per attendere al reciproco aiuto e per salvaguardare ciò che di più prezioso possiedono le umane famiglie sulla terra, la vita e la salute, a mezzo di questa importantissima forma della previdenza e dell’assicurazione”.*

Nel sostenere la bontà dell’iniziativa di cooperazione egli fece precedere alla presentazione dei dati sul bilancio di esercizio una sintesi delle peculiari legislazioni dei vari Stati d’Europa e delle Regioni del Regno e le loro specifiche modalità organizzative, prima e dopo l’Unità d’Italia<sup>10</sup>.

In chiave storico-medica si ricordano alcuni modelli legislativi dei diversi sistemi di mutualità in Europa e si riportano degli esempi per confrontare il grado di evoluzione organizzativa e di capacità di erogazione di servizi raggiunti all’estero rispetto al nostro Paese. Con le casse di soccorso tra gli operai di

<sup>8</sup> Ampollini M, *Società di Mutuo Soccorso*. Aggiornamenti Sociali 2003; 4: 324.

<sup>9</sup> Giordano A, *La Cassa di Soccorso ...*, op. cit., p. 6-11. Vedi dello stesso autore “*Le casse di soccorso tra i solfatarari*. Tipografia del Giornale di Sicilia, Palermo, 1891”.

<sup>10</sup> Nello Statuto di Trento, il più importante per la sua data perché la prima edizione è del 1185, è riportata la convenzione stipulata nell’episcopato di Trento tra il vescovo Alberto e una rappresentanza degli operai minatori, il che fa dedurre essere stati questi riuniti in corporazioni o compagnie o società. Simoncelli D, *Le compagnie di minatori nel Medio-Evo*. La Miniera Italiana 1931; IX/7: 217.

Belgio, Inghilterra, Francia, Olanda, Germania, Danimarca si formarono città e villaggi operai nei distretti minerari e metallurgici e in poco tempo divennero potente strumento di attuazione del sistema di partecipazione dell'operaio ai guadagni, alla cooperazione produttiva, con consistenti miglioramenti salariali e conseguente agiatezza personale e familiare. Si devono alla spontanea liberalità dei padroni e al buon volere degli operai i successi dell'associazionismo industriale in Svizzera, Danimarca, Baviera, Alsazia, Sassonia. Gli interventi comprendevano non solo il sostegno economico, ma anche gli investimenti per l'istruzione e la lotta all'analfabetismo. Erano previsti incentivi e premi per coloro che versavano liberamente nelle casse di risparmio quote più cospicue, mentre le pensioni vitalizie erano proporzionali al numero di anni di contribuzione. In Francia nel 1834 le casse intervennero in campo sanitario con l'erogazione gratuita dei farmaci a domicilio, provvidenze alle scuole e sussidi agli ammalati e ai feriti. Nella fabbrica olandese di lievito e alcool a Delft, oltre alla partecipazione agli utili, gli operai fruivano di corsi formativi per l'apprendimento dei lavori manuali per i loro figli, borse di studio per coloro che frequentavano le scuole comunali dove potevano imparare il disegno, lingue straniere, il cucito per le figlie dei minatori; si tenevano incontri formativi per il progresso culturale della massa operaia, uffici di consultazione agraria. Ivi il sistema di gestione del rischio era così perfezionato che solo un operaio era morto per incidente e la vedova fu risarcita in rapporto al salario mensile percepito dal coniuge scomparso.

Il Governo italiano provvide non solo con l'istituzione della cassa nazionale per l'assicurazione degli operai contro gli infortuni sul lavoro con la legge dell'8 luglio 1883, ma anche con non pochi miglioramenti per la classe operaia, quali il riconoscimento dei diritti politici e civili per la tutela della vita attraverso la regolamentazione del lavoro delle donne e dei fanciulli, i provvedimenti sulla sicurezza negli opifici e fabbriche, le riforme in campo igienico. Da lì nuovo fermento portò al varo di iniziative di tutela dell'invalidità per vecchiaia. In Sicilia i tempi furono maturi per sviluppare forme di associazionismo necessarie a rendere esecutiva l'obbligatorietà dell'assistenza e cura degli infortunati, ritenendo che la sola azione del volontariato non poteva essere sufficiente a fronteggiare tutte le necessità assicurative. La politica si mosse sulle tracce di quanto in Europa era già stato adottato da varie nazioni, nella matura consapevolezza che in Italia<sup>11</sup>:

---

<sup>11</sup> Giordano A, *La Cassa di Soccorso ...*, op. cit., p. 31.

*“al cui primato intellettuale è pur debito s’inchini ogni civile Nazione, per la sua divisione politica in piccoli Stati, la tenuità delle produzioni industriali, la miseria e la dispersione dei capitali, la mancanza di buoni ordinamenti commerciali, scesa fra le ultime nell’agone manifatturiero del mondo, non può tenere presentemente in queste situazioni un posto d’onore”.*

Il mutamento politico indotto dall’Unità d’Italia e la lenta e progressiva conquista delle libertà fondamentali hanno provocato la spinta alla crescita sociale aprendo la strada al risparmio, alla previdenza, al soccorso, alla cooperazione, sì da attuare l’impegno delle istituzioni per la causa operaia, dispiegando anche i progressi intervenuti nelle conoscenze igienico-sanitarie. Il nuovo clima culturale, confortato da spirito caritatevole e umanitario, ha favorito un’efficace azione per rimuovere pericoli e danni da lavoro, offrire prezioso aiuto in campo formativo ed educativo da sempre ritenuto base insostituibile per una crescita valoriale individuale e sociale. Alcuni esempi sono utili per documentare quanto rapide siano state le iniziative associazionistiche. Sorsero 3.728 società di mutuo soccorso sotto la guida di L. Luzzati sull’esempio di quella di Altare, unica nel suo genere, annessa alle celebri fabbriche vetraie, peraltro fondata questa da un medico, Giuseppe Cesio; e di quella della fabbrica di filatura Sutermeister ad Intra, assicuratrice dei suoi operai contro i danni, rischi, malattie occasionali, invalidità o morte. Numero e importanza delle Società Operaie di Mutuo Soccorso (SOMS) andarono crescendo fino alla seconda decade del 1900. Con lo sviluppo dello Stato assistenziale le funzioni da esse esercitate si ritennero duplicate e superflue per cui andarono incontro a ridimensionamento e molte di esse furono sciolte: sono qualche migliaio le superstiti e ad oggi manca un aggiornato censimento<sup>12</sup>.

#### NASCITA DEL SINDACATO OBBLIGATORIO SICILIANO

Nella relazione sul servizio minerario del 1877-1878, sulla scorta dei numerosi incidenti censiti, il MAIC incalzò provvedimenti a favore della sicurezza e soccorsi richiamando la circolare ministeriale del 28 aprile 1876 n. 307 sui mezzi di soccorso delle miniere e sollecitò la costituzione delle compagnie di salvamento, che purtroppo si rivelarono attuabili e convenientemente sostenibili solo per i grandi gruppi industriali e non per le piccole miniere<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> A Torino è attivo il Centro per lo studio e la documentazione delle Società di Mutuo Soccorso.

<sup>13</sup> Nel 1878 nel distretto minerario di Caltanissetta si denunciarono 25 gravi incidenti con 35 morti e 15 feriti. MAIC, *Relazione sul servizio minerario 1877-1878*. Annali di Agricoltura 1879, p. 53, 57.

Risale alla già richiamata prima legge sugli infortuni sul lavoro del 17 marzo 1898 n. 80, a norma dell'art. 17, l'obbligo per gli esercenti delle miniere di zolfo di costituirsi in "Sindacato" per prestare le prime cure agli operai infortunati, il che non avvenne prontamente per la mancata adesione di circa la metà degli industriali. Si costituì comunque un primo sodalizio che prese il nome di *Associazione mineraria per la prevenzione e l'assicurazione contro gli infortuni del lavoro*, con funzione intermediaria e di collegamento tra industriali, società e istituti autorizzati a svolgere funzioni assicurative<sup>14</sup>. Con la legge del 29 giugno 1903 n. 243 il Parlamento diede facoltà al governo del Re di dichiarare obbligatoria la costituzione dei sindacati per la tutela del lavoratore. Le disposizioni degli art. 26, 27 e 28 della legge, testo unico del 31 gennaio 1904, n. 51, frutto dell'efficace azione degli esercenti le zolfare così associati verso il potere politico, condussero alla costituzione di un *Sindacato obbligatorio di mutua assicurazione fra gli esercenti di una determinata industria* quando fosse riconosciuto necessario o conveniente ricorrere a questo mezzo per meglio assicurare l'esecuzione delle disposizioni legislative e regolamentari emanate per gli infortuni sul lavoro<sup>15</sup>.

La circolare del ministro Rava<sup>16</sup>, che di fatto ha segnato la svolta sulla necessità di costituzione del Sindacato Obbligatorio, concludeva con il seguente auspicio: "Ritengo necessaria la sollecita costituzione di un Sindacato Obbligatorio di assicurazione per quella industria" e invitava i signori Prefetti e Presidenti delle Camere di Commercio a volere esporre i vantaggi agli esercenti, di fissare entro il primo trimestre dell'anno successivo (1905) la sua costituzione, affidando all'attuazione di tale legge grandissima importanza sociale per la quale tutti erano doverosamente chiamati a cooperare intensamente. L'azione dell'Associazione mineraria nei confronti del potere politico si era così efficacemente svolta tanto che con successivo provvedimento legislativo fu stabilita la

---

<sup>14</sup> Colajanni P, *Sulla istituzione e sul funzionamento del Sindacato Siciliano Infortuni, prima, durante e dopo la Guerra Mondiale*, in Di Giovanni I, *L'industria Mineraria Solfifera Siciliana* [a cura], Tipografia Sociale Torinese, Torino 1925, op. cit., p. 87.

<sup>15</sup> L'art. 136 del regolamento per l'applicazione della legge sugli infortuni obbligava il Sindacato a provvedere alla vigilanza sul servizio delle industrie, imprese e costruzioni per i quali era attivo il servizio di mutua assicurazione. Nello statuto sociale fu inserita la norma sulla Commissione di Vigilanza con la finalità specifica di adoperarsi per la prevenzione degli infortuni. Gli esercenti introdussero nello statuto sociale, articoli 99-108, le norme sulla *Commissione di vigilanza*, organo destinato ad avere una utilità pratica. Nei fatti era inoperosa, il che faceva dedurre che l'attività solfifera procedeva senza controllo e senza attività preventiva. *Ivi*, p. 97.

<sup>16</sup> Circolare n. 27 del 9 gennaio 1904 a firma del Ministro Rava indirizzata ai Prefetti delle province, Presidenti delle Camere di Commercio ed Arti di Caltanissetta, Catania, Girgenti, Palermo e Trapani. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 83.

formazione dei fondi per il funzionamento del Sindacato, grazie ai contributi riscossi in modo proporzionato ai livelli di produzione di ciascuna zolfara, senza escludere la quota legata all'affitto spettante ai proprietari del sottosuolo minerario qualora non fossero essi stessi gli esercenti. Tale innovazione era stata in special modo suggerita dalle difficoltà incontrate nell'applicazione di quelle disposizioni sull'esercizio delle miniere solfifere in Sicilia per abitudini peraltro inveterate quali il pagamento a cottimo degli operai e la mancanza di una disciplina per l'esercizio del lavoro<sup>17</sup>. L'esperienza dei primi cinque anni di applicazione della legge in Sicilia aveva dimostrato che la libera scelta dell'Istituto assicuratore mal si adattava alle scadenti modalità con cui si tenevano i rapporti di lavoro nelle zolfare. Infatti i privati istituti assicuratori, dopo un primo infelice esperimento condotto negli anni 1899 e 1900, rinunziarono tutti a stipulare contratti di assicurazione con gli esercenti delle miniere di zolfo, abbandonando completamente il campo alla Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni degli operai, obbligata, per disposizione normativa, ad accettare le proposte di assicurazione da qualunque imprenditore fossero state presentate. Venne meno quindi il precipuo scopo per il quale il legislatore accolse il sistema della libera scelta dell'Istituto assicuratore che fu quello di fare fruire agli industriali i vantaggi della concorrenza derivanti dal libero mercato tra più istituti posti egualmente in condizioni di avanzare offerte per l'assicurazione degli operai. La Cassa Nazionale rimase l'unico Ente ad assumersi l'onere assicurativo e subì considerevoli perdite attribuibili a numerose condizioni negative, quali:

- i padroni, che di norma non stipulavano alcun contratto con gli operai, non percepivano come pressante il dovere morale di tutelare i diritti di questi mediante l'adozione di pratiche preventive, ritenute giuste ancorché economicamente onerose e faticosamente faticose;
- gli organi di vigilanza accusavano difficoltà nell'esercitare un efficace controllo sulle reali condizioni delle miniere dalla vita baluginante e disseminate in una vasta plaga di territorio;
- gli abituali tentativi di frode che gli operai frequentemente tentavano di porre in essere grazie alla complicità dei compagni di lavoro con i quali provavano a far accreditare come infortunio sul lavoro eventi patologici patiti in situazioni ad essi estranee.

---

<sup>17</sup> Il 29 giugno 1917 durante i lavori del Convegno Minerario Nazionale di Roma i partecipanti espressero voti a che fosse estesa a tutta l'Italia la Legge Mineraria Sardo-Lombarda del 20 novembre 1859. In particolare per le miniere di zolfo della Sicilia si chiedeva che fossero regolati equamente i rapporti tra proprietari e affittuari. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 83.

L'esperienza indusse ad affermare che l'occasione dell'infortunio sollecita fortemente la psiche dell'operaio verso tentativi di speculazione con l'esaltazione dell'opportunità di lucro finalizzata a conquistare indebitamente l'indennità da inabilità permanente al lavoro, qualunque fosse stato l'esito definitivo delle cure medico-chirurgiche, compreso il completo ripristino anatomico e funzionale dello stato di salute. Capitava anche che l'infortunato cedesse al reato perché raggiunto al capezzale o alla porta del luogo di cura da un *faccendiere tentatore* che prometteva una liquidazione di indennità pari a quella ambita, fraudolento frutto di una denuncia di infortunio indipendente dalle conseguenze patite o dalle cause generanti. Pertanto l'Istituto assicuratore, i cui funzionari erano lontani dagli sventurati luoghi, spesso non aveva modo di accertare la veridicità dei fatti e finiva col "subire" pagamenti di indennità non dovute.

Sul piano della solidità economica dell'istituto si registrava di conseguenza l'enorme differenza tra il liquidato della Cassa Nazionale d'Assicurazione e il premio rapportato all'entità delle mercedi dichiarate e non effettivamente corrisposte agli operai delle miniere e che ammontavano a circa la metà. Infatti gli esercenti denunciavano solo una parte del salario erogato, al fine di avere minor aggravio nel pagamento del premio assicurativo. A parità di rischio nel lavoro, o forse anche con rischio maggiore per via della mancata applicazione delle misure di protezione nella circostanza del lavoro in nero – come del resto ancora oggi avviene – vi era tuttavia una contribuzione insufficiente e non proporzionata. Il provvedimento più efficace per fronteggiare i comportamenti opportunistici sopra citati è stato quello di costituire il "Sindacato Obbligatorio" tra tutti gli esercenti delle miniere di zolfo della Sicilia, caldeggiato da molti nella previsione di conseguire alcuni importanti vantaggi per tutti, attraverso azioni di prevenzione quali:

- sorvegliare sull'osservanza delle norme sugli infortuni
- evitare l'evasione fiscale vigilando sulla corrispondenza tra salario reale e quota di contribuzione
- ridurre l'onere assicurativo, ma comunque renderlo proporzionato al rischio effettivo di ciascuna attività industriale
- lottare le frodi e la *sinistrosi*, come Di Giovanni chiamava gli opportunistici tentativi dei lavoratori orientati a percepire ingiusti vantaggi.

Si rese necessario sviluppare un sistema di vigilanza sui comportamenti degli esercenti delle miniere tanto che il Governo contribuì alla costituzione di un servizio di verifica e controllo degli adempimenti sopradetti provvedendo ad equiparare gli Ispettori incaricati dal Sindacato agli Ispettori Governativi. Il Sindacato Obbligatorio, a differenza di quello libero e volontario, godette sia del privilegio di essere esonerato dal versamento della cauzione che era richie-

sta alle associazioni volontarie, sia del diritto di esigere i contributi dovuti dagli esercenti con le medesime forme, privilegi e norme in vigore per le imposte dirette.

Con la costituzione del Sindacato si provvide anche alla necessità accessoria della formazione dei fondi per il suo esercizio, il che per tutto il mondo e per tutte le industrie avveniva con i “premi rapportati alle mercedi”, mentre nel caso delle zolfare di Sicilia, grazie all’efficace azione dell’Associazione mineraria verso il potere politico, con la legge dell’11 luglio 1904, n. 396, che può essere considerata la legge fondamentale del Sindacato, fu stabilito che la formazione dei fondi avvenisse con “contributi commisurati alla produzione”, obbligando i lavoratori delle zolfare a far parte del Sindacato e i proprietari, considerati *co-esercenti*, a concorrere alla formazione dei fondi di esercizio. Oltre a regolamentare la modalità di finanziamento, il SOS mise in campo mezzi innovativi per ridurre le frodi e migliorare le condizioni di cassa. Dal canto suo il Consiglio di Stato aveva rigettato il ricorso presentato dall’industriale Carlo Pintacuda col quale questi chiedeva di potersi sottrarre all’obbligatorietà dell’iscrizione al SOS proponendo in alternativa la costituzione di una *cassa privata*.

Il Sindacato, che iniziò il suo cammino legale con l’approvazione dello statuto sociale avvenuto con Regio Decreto del 29 settembre 1904 n. 590, cominciò a funzionare il giorno 1 ottobre dello stesso anno. Nel primo anno di attività furono 1.152 i certificati d’iscrizione emessi dalla Direzione per 829 lavorazioni produttive e 323 improduttive. L’azione del Sindacato fu in continuità con quella condotta dalla prima Associazione fra gli esercenti delle miniere di zolfo e la sua opera assistenziale in campo sanitario a partire dal 1913 fu altresì in proseguimento e in sostituzione dell’attività che la CRI svolgeva nelle zolfare.

Divenne costante la tendenza a emanare provvedimenti eccezionali in coerenza con i problemi dell’industria mineraria italiana e nel mondo, in favore delle quali le legislazioni degli altri Paesi furono indotte a provvedersi di norme speciali diverse da quelle di altri tipi di industrie e di classi operaie. Gli art. 2-7 della Legge 14 luglio 1907, n. 527 (GU 26 luglio 1907, n. 177) e il regolamento attuativo approvato con R. D. del 14 giugno 1908 in cinque titoli e trenta articoli contenevano disposizioni speciali ed eccezionali per gli infortuni nelle zolfare di Sicilia.

IL MAIC scrisse il 30 luglio 1908 all’Ingegnere Capo del Co.Re.Mi. suggerendo una serie di modifiche sulle proposte inerenti la modalità di reclutamento dei medici, che dovevano essere scelti da una Commissione Provinciale e poi

contrattualizzati dal Sindacato. Inoltre il Medico Provinciale doveva essere autorizzato a vigilare sul regolare funzionamento dei posti di soccorso<sup>18</sup>.

L'opera di normalizzazione e regolamentazione delle attività estrattive, scaturita dall'obbligatorietà dell'iscrizione al Sindacato, a detta del Colajanni, Direttore del Sindacato Obbligatorio Siciliano di mutua assicurazione per gli infortuni sul lavoro, ebbe ragione nel limitare quel temerario e pericoloso "fai da te" che aveva indotto prima tanti operai ad avventurarsi "come topi" nelle vecchie e abbandonate zolfare, autorizzati alle ricerche dal semplice contratto di affitto, pur di trovare un luogo dove lavorare.

L'obbligatorietà di iscrizione al Sindacato rese possibile il censimento delle miniere, differenziando quelle attive dalle sospese e dalle abbandonate, e del numero di soci, consentendo di acquisire dati certi sulle iscrizioni al Sindacato (tab 1)<sup>19</sup>.

TABELLA 1: CENSIMENTO DELLE MINIERE: 1908-1923

Anno	Attive	Sospese	Abbandonate	Totale
1908	430	176	94	700
1909	550	143	83	776
1910	450	162	102	714
1911	437	166	113	716
1912	397	183	104	684
1913	414	172	90	676
1914	349	154	122	625
1915	364	121	106	591
1916	391	104	73	568
1917	461	177	40	678
1918	567	197	15	779
1919	592	161	47	800
1920	571	148	85	804
1921	596	195	118	909
1922	382	320	117	819
1923	354	287	43	684

<sup>18</sup> Il regolamento prevedeva obblighi del Sindacato, degli operai, degli esercenti, dei consociati, dei medici; regolamentava le spese di funzionamento. Ai sensi dell'art. 15 i medici dei servizi di pronto soccorso dovevano prestare giuramento presso il Pretore del luogo dove il servizio doveva essere prestato o la Pretura da cui dipende il Comune di loro residenza. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 9.

<sup>19</sup> Colajanni P, *Notizie e dati...*, op. cit., p. 90.



Dall'1 ottobre 1904 al 31 dicembre 1923 si iscrissero 2.983 soci, mentre variazioni e cambiamenti di esercizio di ditte già iscritte in seguito a cessioni o a sub-concessioni sono stati 1.867 nelle circa 500 zolfare. Il DM del 9 settembre 1918 nel limitare l'apertura delle coltivazioni ridusse di conseguenza l'instabilità del sistema.

Il Sindacato fu presente e attivo nella promozione della legislazione speciale che doveva contraddistinguere l'attività mineraria ed estrattiva dalle altre industriali. Tra i benefici agli operai si ricordano quelli della legge del 16 luglio 1906 n. 221 con la quale i soci e gli operai assicurati potevano godere dell'esonero delle tasse postali per la corrispondenza e le rimesse di denaro: beneficio revocato intorno al 1920 per via di alcuni provvedimenti restrittivi di economia del governo. L'opera del SOS fu meritoriamente osservata a livello nazionale se, come riporta Di Giovanni<sup>20</sup>:

*è dovere di giustizia ricordare che in Italia chi ha sentito prima di ogni altro la bontà della tesi di curare intensamente gli infortunati e di procedere ad una razionale organizzazione del servizio sanitario, è stato il Sindacato Obbligatorio Siciliano.*

Un documento di Colajanni dà notizia sulle cariche sociali e la direzione dei servizi dell'istituto vigenti nel 1924, il cui presidente del Consiglio di Amministrazione era l'ingegnere Francesco Arnaldo Sulli<sup>21</sup>.

Il Sindacato Obbligatorio Siciliano cessò la sua opera quando, per effetto dell'art. 3 del R. D. 23 marzo 1933 n. 264, convertito in legge 22 giugno 1933 n. 860, fu trasformato in una Sezione dell'Istituto Nazionale Fascista di Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INFAIL).

#### LE ATTIVITÀ SANITARIE DEL SINDACATO OBBLIGATORIO SICILIANO

La difficile e complessa organizzazione del *Servizio Sanitario delle Zolfare* si presentava come attività speciale e richiedeva costante impegno e spirito di abnegazione, poiché le condizioni difficili in cui si operava, l'immorale speculazione

---

<sup>20</sup> *Ivi*, p. 131.

<sup>21</sup> L'organigramma del Sindacato, tra cariche sociali e direzione dei servizi, era composta oltre che dal presidente del Consiglio di Amministrazione *Francesco Arnaldo Sulli*, dal vice presidente *Enrico Raverta*; dai consiglieri: *Costantino Beuf*, *Ignazio Caramazza*, *Ferdinando Castro*, *Giuseppe Conti*, *Enrico Greca*, *Gaetano Lo Bue*, *Angelo Nalbone*, *Calogero Vizzini*; dai componenti titolari del collegio dei revisori: *Carlo Folco*, *Ignazio Giambertoni*, *Agostino Serra* e dai supplenti *Antonio D'Oro*, *Rosario Falzone*; la commissione di vigilanza era composta da *Ludovico Messana*, *Angelo Petrantoni*, *Francesco Pilato*; il collegio degli arbitri da *Giuseppe Scarlata*, presidente, e dai componenti *Gaetano Anelli*, *Calogero Cascino*, *Luigi Nalbone*, *Roberto Verderame*. Facevano parte della commissione sanitaria: *Michele Giarrizzo* e *Ignazio Scarlata* in qualità di medici chirurghi, ed *Erminio Cavallaro*, oculista. La direzione medica era affidata a *Ignazio Di Giovanni*, mentre il Direttore amministrativo del Sindacato fu *Pompeo Colajanni*, il vice direttore *Antonio De Grazia*. *Ivi*, p. 86.

degli operai sull'infortunio una volta acquisiti i primi diritti sulle indennità, imponevano unitarietà di intenti, energia di intervento, sacrificio personale e superamento dei tentativi di resistenza delle logiche del passato.

Il governo del Re con la legge del 31 gennaio 1904 apportò notevole contributo allo sviluppo dei soccorsi sanitari nelle miniere e l'art. 118 del relativo Regolamento applicativo recitava che<sup>22</sup>:

*“i capi o esercenti d'impresе, industrie e costruzioni, i quali abbiano a proprie spese, soli o associati, organizzato un regolare servizio di assistenza sanitaria e farmaceutica per prestare le prime immediate cure agli operai feriti in conseguenza di infortuni, o abbiano affidato questo servizio alla Croce Rossa Italiana, possono fare domanda al Prefetto della Provincia per essere esonerati dall'obbligo di provvedere altrimenti alle spese per la predetta cura”.*

Pertanto molti industriali affidarono alla CRI il servizio di soccorso e anche il SOS di mutua assicurazione, una volta costituito nel 1904, volle cogliere inizialmente l'utilità di questa disposizione preferendo affidarsi alla medesima consolidata istituzione. Lo stesso Sindacato riconobbe la necessità di doversi provvedere di un completo servizio sanitario e con i R. D. del 14 luglio 1907 e del 3 dicembre 1908, che conferivano facoltà di impiantarli, studiò a mezzo di una speciale Commissione la formula migliore per la sua costituzione, sì da tenere nelle giuste garanzie il rispetto delle leggi e l'efficacia e l'efficienza del servizio<sup>23</sup>.

Dal 1901 al 1905 la CRI aveva istituito cinque posti di soccorso di III classe, ciascuno presidiato da due infermieri e collegato via telefono con i medici dei posti di II classe incaricati di accorrere in caso di richiesta. Fu un periodo di investimenti con in primis l'approvvigionamento dei mezzi e la formazione del personale. Se da un lato si ebbero dei miglioramenti nell'assistenza sanitaria, dall'altro vennero rilevate numerose criticità tra cui una certa insufficienza nell'azione sanitaria e una non dominata speculazione attorno alle richieste di indennizzo nei casi di infortunio.

Il 15 novembre 1905 fu stipulata una convenzione tra la CRI, Sottocomitato di Palermo, e gli esercenti le miniere del Gruppo San Giovanniello, Marcatello, Calabrò site in territorio di Castrogiovanni, riunite in consorzio per gestire l'as-

---

<sup>22</sup> Membri della Commissione: Ing. F. A. Sulli, Pompeo Colajanni, cav. dott. Romano, cav. dott. Vassallo, cav. ing. Fiocchi, cav. Serra, ed altri. Bollettino CRI 1909; 23: 191.

<sup>23</sup> Segnaliamo l'imprecisione: i 2 posti di II sono di III e quelli di III invece di IV, visto l'organico assegnato rispettivamente di 2 e 1 infermieri. CRI, Bollettino 1909/23, p. 190.

<sup>24</sup> Firmatari sono stati: Giovanni Sillitti, Giuseppe Li Donni per la signora Romano vedova De Simone, Mariano Termine, Gaetano Albanese nella qualità di procuratore di Buono Giuseppe fu Carlo e Barberino Liborio fu Gaetano. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 9.

sistenza sanitaria<sup>24</sup>. Il 31 luglio precedente la CRI aveva scritto all'ing. Leone Testa in merito al Posto di soccorso della miniera San Giovannello di Villarosa dichiarandosi disponibile a ridurre i costi dell'assistenza a fronte dell'impegno dell'esercente di costruire una linea telefonica di collegamento tra la miniera e il centro abitato. All'epoca era attivo un servizio telefonico tra la sede della CRI di Caltanissetta e le zolfare Juncio, Imera, Sommatino, Riesi gestito dal Ministero delle Poste e Telegrafi<sup>25</sup>.

Si entrò così in una seconda fase, che va dal maggio 1906 al maggio 1909, quando il Sindacato stipulò una convenzione con la CRI in virtù della quale rimaneva invariato il numero dei posti di soccorso, ma si assunsero tre medici di guardia per i posti più importanti e tre medici di controllo. I primi erano di stanza nei posti di soccorso, gli altri con funzioni ispettive si recavano presso gli infortunati nei vari comuni per controllare il trattamento e il decorso delle patologie e rilasciare la certificazione. Al contempo dovevano contrastare i comportamenti fraudolenti che gli operai tentavano a danno del SOS rivendicando indennità per malattie che si voleva fossero certificate in maniera più grave rispetto alle reali; tale pretesa, oggi definita *sindrome da indennizzo*, all'epoca del Di Giovanni si indicava col termine di *sinistrosi* per stigmatizzare intenzionalità e comportamenti tendenti all'ingiusta rivendicazione e all'ingiusta soddisfazione dell'utente.

Nel 1907 furono effettuate complessivamente 3.283 medicazioni, che crebbero a 5.520 nel 1908 con rilascio di circa 6.000 certificati, mentre i medici di controllo nei due anni rilasciarono circa 14.000 documenti a favore di operai infortunati. L'intervento del Sindacato aveva sicuramente potenziato il servizio della CRI, ma l'assistenza era limitata a poche miniere e molti operai erano ancora tagliati fuori dal benefico circuito dell'assistenza sanitaria che ancora in larga parte rimaneva legata al buon volere dei singoli industriali. Le difficoltà aumentavano quando il posto di soccorso da istituire doveva essere condiviso tra più gruppi minerari per l'atavica difficoltà siciliana all'associazionismo. Su una cosa si era certi: la necessità di dover estendere sul territorio un'appropriata assistenza sanitaria perché ancora insufficiente.

In base all'art. 9 della Legge 14 luglio 1907 n. 527 e con il regolamento approvato con R. D. n. 787 del 3 dicembre 1908 si stabilirono le basi di una vera organizzazione sanitaria di cui i posti di soccorso erano parte fondamentale. Il Sindacato dovette avviare nuovi posti di soccorso per nuovi servizi e l'Assemblea Generale dei Soci del SOS nella seduta straordinaria del 26 febbraio 1909 approvò una nuova convenzione<sup>26</sup> con la CRI con la quale il

---

<sup>25</sup> *Ivi.*

<sup>26</sup> *Ivi.*

Sottocomitato continuò ad assumere il funzionamento dei Posti di Soccorso e dei servizi sanitari delle zolfare – compreso la lotta alla malaria e all’anchilostomiasi – in tutte le zone minerarie della Sicilia. In base a tale convenzione il servizio sanitario nelle miniere di Sicilia risultava costituito da sedici posti di soccorso così organizzati: sei di I classe con guardia medica, due di III con due infermieri e otto di IV con un infermiere. La Direzione Generale del Servizio della Croce Rossa fu affidata al maggiore Vittorio Spataro, mentre la Direzione Sanitaria al capitano Ignazio Di Giovanni<sup>27</sup>. I volumi di attività sono stati fin dall’inizio rilevanti a giudicare dai dati relativi alle documentazioni rilasciate dall’1 maggio 1906 al 31 dicembre 1907 per conto del Sindacato di assistenza:

Certificati di denuncia	n. 4.734
Rapporti di visite di controllo	n. 7.819
Certificati definitivi	n. 3.166
Totale	n. 15.719

La legge del 14 luglio 1907 n. 527 rispose ad un’ulteriore esigenza della popolazione mineraria, su cui si fondava lo specialissimo interesse del programma dell’Istituto e la sua stessa ragion d’essere: garantire *le cure sanitarie complete* agli operai vittime di infortunio nel lavoro. Il carico di lavoro da incremento della domanda di prestazioni cresceva significativamente e parallelamente alla promozione dei benefici economici di cui il lavoratore in stato di malattia cominciava a poter fruire. Inizialmente il servizio di guardia nelle zolfare fu assicurato dai tenenti e sottotenenti medici della CRI, ma in un secondo tempo il SOS ha progressivamente integrato e poi sostituito l’impegno della CRI fino a quando questa lasciò completamente nel 1913 quel servizio assunto nell’emergenza organizzativa, testimoniando il transito dalla fase di eccezionalità e urgenza a quella di ordinaria programmazione e pianificazione.

I dati statistici dopo l’entrata in funzione del Sindacato cominciarono a formarsi a decorrere dal 1909. I servizi di soccorso nelle miniere affidati alla CRI furono attivi fino al 1913 e dal 1914 tutti i posti ebbero personale a diretta dipendenza del Sindacato. Dal 1909 al 1913 nei posti di soccorso furono effettuate 42.762 prestazioni.

---

<sup>27</sup> Medici addetti al servizio: Enrico Nuara, Giuseppe Gabrielli, Giuseppe Miceli, Giovanni Milano, Francesco La Calce, Giuseppe Dell’Aira, Giuseppe Antinori, Salvatore Spedale, Liborio Giannone, Ottavio Perna.

I rapporti tra Croce Rossa e Sindacato, nonostante la convenzione, furono spesso conflittuali. Il 16 luglio 1909 Spataro scrisse alla Direzione del Sindacato di Assicurazione lamentando che il posto di soccorso “Piliere” fosse “attendato”, ospitato dentro una tenda, non tralasciando di rimarcare che<sup>28</sup>:

*“L’impianto di un posto di soccorso deve rendere tutto quanto da esso si aspetta, e quando ciò non avviene, è sulla CR che si riflettono le impressioni e gli inconvenienti, e la CR non può accettare la denigrazione che sui suoi servizi facilmente si procura di gettare per privati interessi, traendo profitto da situazioni giustificabili per un caso urgente, ma non possibile per lungo periodo. Sindacato e CR con alta concordia di intendimenti mostrarono risolvere di affrontare ogni difficoltà per mettere in esecuzione la Convenzione, ma quando a tali sacrifici si trova la resistenza passiva negli ambienti minerari è bene che nettamente si stabiliscano le responsabilità di risulta”.*

Il 7 settembre successivo il SOS ha comunicato la soppressione del posto di soccorso “Piliere” per non avere trovato idonei locali dove ospitarlo e di limitarsi ad affidare 1-2 cassette per le medicature e i medicinali, come previsto dall’art. 3 del regolamento del 3 dicembre 1908, n. 787.

Già il clima era abbastanza teso e i contenuti dell’attrito tutti inerenti la modalità di erogazione del servizio assistenziale, dove veniva tenuto nel giusto conto il decoro che la sede del soccorso doveva avere per rispetto agli utenti e ai medici.

Nel 1913, anno in cui la CRI lasciò il servizio per *divergenze* con il SOS<sup>29</sup>, i posti nelle miniere da essa gestiti erano diciassette, così suddivisi per intensità assistenziale: cinque di I classe, tre di III, nove di IV. Fu necessario quindi ricostruire la logistica e l’organizzazione dando risposta tempestiva a mezzo di una febbrile attività. Sul servizio espletato fino al 1913 il Di Giovanni scrisse<sup>30</sup>:

*“L’azione della CRI era certamente limitata, ma le sue risorse finanziarie non potevano consentire di più. Essa ebbe il merito di rompere una tradizione di deficienze e trascuratezze, mentre costituì il campo sperimentale per lo studio di tutti i complessi problemi che si riconnettono al servizio dei posti di soccorso, riuscendo man mano ad intonarlo con le necessità e le difficoltà ambientali”.*

Così continua:

*“E qui giova osservare che fu il primo servizio in tempo di pace e con carattere di stabilità e di continuità assunto dalla CRI, e che nessun precedente, nessuna*

<sup>28</sup> ASC, Co.Re.Mi., busta 9.

<sup>29</sup> Di Giovanni con molta discrezione e per non aggravare ogni dissidio allora esistente con il Sindacato usa il termine *divergenza*, volendo sicuramente ridurre l’entità del contrasto, essendo dispiaciuto di vedere in crisi l’ambito a cui aveva dedicato la sua vita professionale perché fortemente convinto dell’utilità dell’istituzione. I motivi della frattura non emergono dalla documentazione esaminata. Gli archivi della CRI, una volta esplorabili, potrebbero contenere la specifica documentazione.

<sup>30</sup> Di Giovanni I, *L’organizzazione dei posti ...* op. cit, p. 224.

*norma esisteva, essendo allora i regolamenti di quella Associazione informati alle sue finalità fondamentali, rappresentate dal soccorso ai feriti e ammalati in guerra. Essa stessa definì quel nobile servizio a cui aveva dato vita la più alta applicazione della CRI in tempo di pace<sup>31</sup>”.*

Giustificarono la permanenza della CRI nelle miniere di zolfo valide argomentazioni di ordine sociale, economico, etico e organizzativo: le si riconoscevano stile trasparente nell'esercizio professionale e correttezza negli interventi organizzativi tesi sia a garantire la necessità umanitaria del soccorso sia a impedire comportamenti in frode a danno di industriali ed Ente.

Quando si è presentata l'inevitabile e inderogabile necessità del sostegno finanziario alla CRI perché non si disponeva di somme speciali per un servizio dal profilo umanitario così rilevante, si è potuto godere del provvidenziale e generoso ausilio di vari industriali e istituzioni, tutti generosi nell'elargire annualmente sussidi finanziari, facilitati anche dal godimento dell'esonero di dover provvedere diversamente al servizio secondo le vigenti disposizioni normative.

Con la nota dell'01 ottobre 1913 della CRI, XII Circostrizione di Palermo, il Comitato Regionale deliberò di sospendere i servizi per il dovere di tutelare i supremi interessi morali dell'istituzione, nonché di por fine con impellente necessità ad una condizione operativa che alla medesima recava gravissimi danni materiali ed economici. Comunicava inoltre di affidare al Magistrato la decisione se attribuire cause e colpe al SOS che traeva in giudizio per lo scioglimento del contratto di convenzione e la rivalsa. Non rinunciava altresì a rappresentare il rammarico per l'abbandono di un servizio che doveva rispondere “alle più alte finalità e alle nobili tradizioni della CRI e di averlo sospeso sol quando gli fu reso impossibile ogni normale e decoroso funzionamento della delicatissima missione”. A ciò seguì il 26 settembre 1913 la deposizione di una “atto stragiudiziale” – intimato dalla CRI, rappresentata da Pietro Lanza, Principe di Trabia, Butera e Scordia, Deputato al Parlamento, contro il SOS nella persona dell'ingegnere Francesco Arnaldo Sulli, Presidente del Consiglio di Amministrazione – con il quale si comunicava di sospendere il servizio erogato in virtù della Convenzione stipulata il 13 maggio 1911 tra le due istituzioni<sup>32</sup>.

Il SOS, avendo preso in carico tutta l'assistenza, dovette affrontare diverse criticità e dare giusta priorità alla formazione del personale tanto che allestì un'aula per le lezioni agli infermieri (foto 1).

<sup>31</sup> Bollettino CRI, 1908; 22: 177.

<sup>32</sup> Nell'atto stragiudiziale il Principe Pietro Lanza chiese la composizione di un arbitro e nominò in sua difesa l'avvocato Biagio La Manna. L'atto fu notificato da Nicolò Savoca, ufficiale giudiziario, nelle mani di Giuseppina Lombardo, “serva” di Sulli. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 9.

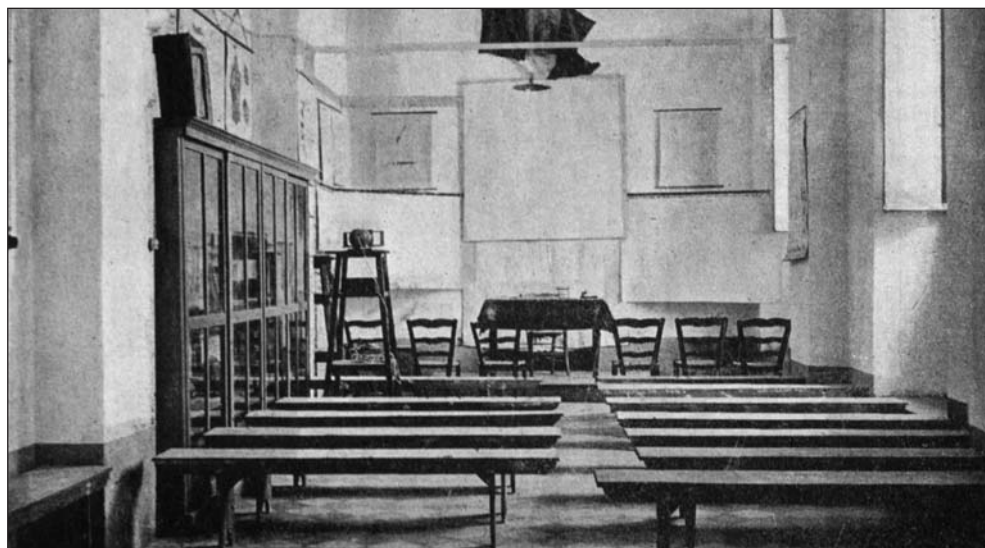


Fig. 1 - Aula per la scuola infermieri.

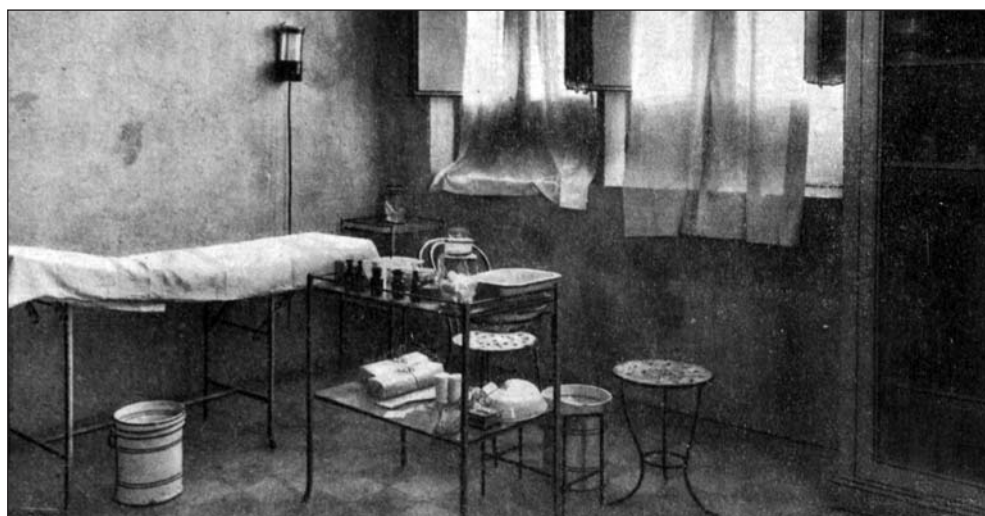


Fig. 2 - Posto di soccorso della miniera Cozzo Disi.

Si arredarono anche le infermerie dei posti di soccorso e si procurarono i mezzi strumentali per soddisfare necessità basilari, nell'impegno a provvedere a ogni istanza sanitaria, anche la più complessa e cercando di prevenire ogni necessità. L'organico era composto da 40 infermieri e fino al 1913 provenivano tutti dalla CRI<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> Nel 1921 gli infermieri erano così allocati: 8 nei 4 posti di I classe, 8 in quelli di III classe, 9 nei 9 di IV classe, 1 ciascuno nei 4 ambulatori, 1 infermiere magazziniere, 2 chauffeur e motorista, 7 nella Direzione medica per il servizio trasporti e le supplenze.

TAB. 2. PRESTAZIONI DEI POSTI DI SOCCORSO NELLE ZOLFARE, ANNO 1909.

	Medicati N°	Denunziati al Sindacato		Interventi chirurgici	Trasporto Feriti		RimedicaZIONI	
		Pos.	Neg.		Barella	Altri mezzi	Rim- edicati	Rimedi- cature
I classe								
Trabonella	1.221	372	41	169	5	2	348	1.285
Trabia	1.362	592	99	255	0	1	353	1.441
Grottacalda	1.214	97	10	115	4	6	520	1.706
Lucia	485	81		45		6	177	594
Cozzodisi	575	247	57	111		8	66	289
Piliere	45	12	1	6		3	14	61
Totale	4.902	1.401	208	701	8	46	1.478	5.376
II classe								
Ambulatorio							898	4.297
Ambulatorio	35	22	4	6			29	243
Totale	35	22	4	6		0	927	4.540
III classe								
Juncio	849	377	41	98	9		220	730
Stinconone	185						31	98
Piliere	200				3	4	47	118
Totale	1.234	377	41	98	3	0	298	946
IV classe								
Giumentaro	471	77	8	90	3	2	217	849
Quattrofinaite	157						39	141
Giona	215					5	22	92
Caliato	161						79	251
Salinella	148				1		68	210
S.Giovanello	247						64	295
Respica	105					5	20	75
Bosco	52						6	20
Galati	86					2	33	211
Totale	1.642	77	8	90	4	7	548	2.144
Totale Generale	7.813	1.877	261	895	49	284	3.251	13.006

I dati disponibili in forma dettagliata e riportati in tabella 2 sulle prestazioni e interventi sanitari effettuati nel 1909<sup>34</sup>, documentano elevati volumi di attività nelle diverse sedi di soccorso, epoca di collaborazione tra CRI e Sindacato.

<sup>34</sup> I Bollettini della CRI attualmente disponibili sono relativi agli anni: 1908/22, 1909/23, 1911/24, 1912/25, 1914/27. I dati riportati nella tabella 1 si trovano nel Bollettino 1911: 24; 202-203.





Fig. 3 - Le barelle del "Centro trasporti"

Il numero totale di infortunati è stato di 7.813 nell'anno 1909 con la percentuale di medicati nei posti di I classe del 62,7%, in quelli di II classe 0,5%, di III 15,8% e di IV classe 21,0%.

Dal punto di vista della strategia organizzativa la sede per il soccorso è stata ubicata dove presumibilmente vi erano maggiori rischi di incidente. Si

osserva che la presenza del medico sul posto di lavoro ha rappresentato una grande opportunità per gli infortunati sia per l'utilità pratica che per la crescita dell'istruzione igienica e sanitaria. La facilità con cui potere ottenere un buon intervento o anche un valido consiglio costituirono la base per il miglioramento dell'offerta e l'occasione di aumentata richiesta, secondo la logica che l'offerta genera la domanda. Nelle zolfare gli operai poterono quindi essere assistiti, medicati e curati e, quando necessario, trasferiti a mezzo di barelle custodite nel centro trasporto.

#### RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA

La *mission* di quello che abbiamo definito *Servizio Sanitario delle Zolfare* doveva rispondere alle peculiari esigenze assistenziali di chi lavorava lontano dai centri abitati, nelle profondità della terra o prossimo ai fumi dei calcaroni. Sovrintendeva alle attività sanitarie dei posti di soccorso la *Direzione Medica* affidata alla responsabilità di Ignazio Di Giovanni alle cui dipendenze vi erano tre medici con qualifica di aiuto e che svolgevano sia le mansioni di guardia nelle miniere con servizio di I classe sia di coadiuvo al Direttore Sanitario nell'espletamento dei suoi uffici.

La Direzione Medica sovrintendeva ai servizi speciali inerenti peculiari attività e compiti (tab. 3) che si estendevano alle prestazioni medico-legali, visite e constatazioni cliniche, assistenza a perizie, inchieste giudiziarie, necroscopie, approvvigionamento di farmaci e prodotti per uso sanitario; era sotto la sua direzione la squadra di salvataggio con le relative mansioni (tab. 4)<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Non sempre l'azione amministrativa fu pronta e tempestiva come si sarebbe auspicato e il 24 febbraio 1926 Mario Gatto, ingegnere capo del Distretto Minerario di Caltanissetta, scrisse al Ministero denunciando che il Sindacato con lentezza cominciò ad occuparsi a fine 1923 dell'organizzazione dei posti di salvataggio. Si ritenne pertanto opportuno nominare un Regio Commissario, competente ed energico, che si sostituisse all'Amministrazione e alla Direzione dell'importante Istituto. Nel 1925 l'azione del Sindacato fu più sollecitata, specie dopo l'intervento di E. Camerana, ma si era ancora distanti dalla meta. ASC, *Co.Re.Mi.*, busta 19.

---

TABELLA 3: COMPITI DELL'UFFICIO DI DIREZIONE MEDICA

---

L'ufficio aveva competenza su:

- il centro per il trasporto dei pazienti
  - idonea strumentazione per il recupero del sinistrato, spesso nelle profondità della terra
  - trasferimento dal luogo dell'incidente a quello del soccorso e quindi all'ospedale vicino o all'Istituto Chinesiterapico del prof. Albanese in Palermo
  - l'ambulatorio per la cura degli infortunati meno gravi
  - la scuola teorico-pratica per l'istruzione degli allievi infermieri
  - il magazzino centrale di rifornimento
- 

Complessità del lavoro e vasto territorio da presidiare imponevano alla Direzione Medica un'efficace azione di coordinamento alla luce della costante *vision* che si era data: la centralità dell'infortunato.

---

TABELLA 4: SERVIZI PER IL SALVATAGGIO AFFERENTI ALLA DIREZIONE MEDICA

---

La Direzione Medica sovrintendeva alle attività di salvataggio con:

- il posto centrale di salvataggio, provvisto di apparecchi e materiali di soccorso da dislocarsi in caso di bisogno in qualsiasi miniera, specie quelle prive dei posti di soccorso
  - scuola per l'istruzione degli operai
  - sala dei fumi per le esercitazioni pratiche con gli apparecchi di salvataggio
  - officina meccanica per le riparazioni e manutenzioni degli apparecchi con un tecnico specializzato
  - magazzino centrale di rifornimento
- 

Oltre ai tre medici dell'Ufficio di Direzione, quattro medici si occupavano del servizio di guardia: tutti provenivano dalla CRI con maturata esperienza. Gli infermieri, in numero di quaranta, di anzianità e gradi diversi, avevano l'obbligo di indossare l'uniforme durante il servizio. L'assunzione al lavoro era subordinata al periodo di istruzione. Vi erano infermieri di diversa categoria: di II classe, di I classe e capi-infermieri. La promozione avveniva per meriti o per anzianità: ma anche in questo secondo caso si teneva conto delle qualità che l'infermiere aveva dimostrato nel tempo. Loro compito era

preparare il paziente, detergere e disinfettare le ferite, proteggere e contenere lesioni e fratture, redigere il rapporto dell'intervento eseguito. Con la legge del 23 giugno 1927 n. 1264 fu stabilito per gli infermieri l'obbligo di abilitazione all'esercizio professionale. Il personale sanitario aveva sede nell'infermeria, ma quando necessario doveva accorrere nel luogo dell'incidente. Nel caso di esecuzione di lavori particolarmente a rischio si doveva approntare un posto di soccorso avanzato nelle immediate vicinanze del luogo dove si svolgevano le operazioni. Il capo-posto dell'unità di soccorso redigeva il *Giornale di servizio* annotando presenze, interventi, visite, ispezioni, a sua volta sottoscritti dal medico di guardia, ove previsto in organico. Tanto valeva per i posti di soccorso di I, III e IV classe ubicati nelle zolfare. I medici dei posti di II classe intrattenevano immediato contatto con la Direzione dell'Istituto di Assicurazione contro gli Infortuni, presso cui operava anche la Commissione Sanitaria consulente; da questa ricevevano direttamente richieste di visita, disposizioni e istruzioni, e rispondevano con l'invio della documentazione. Rimaneva competenza della Direzione Medica dei posti di soccorso il provvedere prioritariamente all'andamento generale del servizio. Per rispondere alle più complesse esigenze assistenziali nei Comuni a più numerosa presenza di minatori, si ritenne necessario attivare quattro *Ambulatori*, a ciascuno dei quali era assegnato un infermiere, ma tutti ugualmente corredati degli stessi materiali e strumentario di medicazione dei posti di I classe. Gli ambulatori non sostituivano i posti di soccorso delle miniere: ubicati a breve distanza rispondevano ad esigenze di continuità assistenziale senza espletare attività per le malattie ordinarie, a cui provvedevano i sanitari comunali. La loro presenza avvantaggiava l'Istituto assicuratore contribuendo a ridurre il numero delle denunce di infortunio.

L'organizzazione della Direzione Medica prevedeva l'articolazione in alcune sotto-unità, tra cui: il centro trasporti provvisto anche di una motocicletta side-car, gli ambulatori, l'aula scolastica per la scuola infermieri, il magazzino centrale di rifornimento dove stava sempre pronta una cassa di soccorso con strumentario utile alla sterilizzazione, farmaci e materiale di medicazione per l'impiego nell'urgenza. Gli acquisti dei materiali erano fatti in principio d'anno in base a un preventivo preparato dalla Direzione Medica e le varie unità erano rifornite con frequenza mensile<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Di Giovanni I, *L'organizzazione dei posti...*, op. cit., p. 243.

## RUOLO DELLA COMMISSIONE SANITARIA

Il funzionamento delle attività sanitarie del Sindacato era affidato alla Commissione Sanitaria, organo tecnico centrale attorno al quale ruotavano tutti gli atti della Direzione Medica riguardanti la determinazione delle indennità e le controversie giudiziarie tra infortunati e Sindacato. Nella sua prima composizione la Commissione era costituita da un oculista e tre medici generici, successivamente ridotti a due. Oltre a funzioni di natura medico-legale era suo compito prendersi cura dell'assistenza sanitaria degli infortunati fino a guarigione completa e i suoi medici seguivano l'andamento delle cure e intrattenevano rapporti con i colleghi fiduciari dei posti di soccorso di II classe e di quelli dei luoghi di residenza dei pazienti. Lettere e rapporti medici, in media 20-30 al giorno, erano esaminati dalla Commissione Medica presso le rispettive abitazioni dei pazienti<sup>37</sup> con riconsegna all'archivio dell'Ente al mattino successivo. Per gli assistiti presso i posti di soccorso di II classe, trascorso il termine della prima prognosi, qualora non fossero pervenute soddisfacenti spiegazioni sul ritardo nella guarigione, il prosieguo delle cure non era più di competenza del medico fiduciario, ma si invitava l'infortunato a recarsi presso l'ambulatorio del Sindacato per le visite di controllo. L'apertura del *Gabinetto di osservazione* era da 2 a 4 ore al giorno per quattro giorni nella settimana e i volumi di attività nei tre quinquenni sono in tabella 5.

TABELLA 5: VOLUMI DI ATTIVITÀ

Quinquennio	Infortunati	Visitati
1909 – 1913	27.850	6.920 (24,8%)
1914 – 1918	21.490	4.050 (18,8%)
1919 – 1923	14.819	3.353 (22,6%)

I costi dell'assistenza sanitaria del Sindacato sono risultati crescenti e quasi triplicati dal I al terzo quinquennio<sup>38</sup> (tab. 6).

<sup>37</sup> Dalla pubblicazione per la Mostra Internazionale del 1911 risulta che nell'anno 1907 si inviarono a tre medici generici fiduciari n. 25.323 *inserti* (pratiche), oltre a quelli inviati all'oculista. Colajanni P, *Notizie su ...*, op. cit., p. 104.

<sup>38</sup> *Ivi*, p. 193.

TABELLA 6: COSTI DEL SINDACATO

	Indennità e accessori	Servizi sanitari	Indennità e servizi sanitari	Spese generali e amministrazione	Altri costi
1909-1913	L 2.040.007	L 1.167.245	L 3.207.253	L 811.652	L 4.018.905
1914-1918	L 2.573.112	L 1.120.548	L 3.693.660	L 929.934	L 4.633.585
1919-1923	L 4.224.749	L 3.075.207	L 7.300.156	L 2.257.615	L 9.557.772

Nel rapportare i costi di gestione del Sindacato a quelli della manodopera e ai volumi di produzione si nota come essi si sono incrementati nel II periodo nella circostanza della guerra (tab. 7).

TABELLA 7: COSTI RAPPORTATI ALLA PRODUZIONE

	Per 1.000 tonnellate di zolfo	Per 1.000 lire di manodopera
1909-1913	L 2.136,64	L 62,50
1914-1918	L 3.374,43	L 73,90
1919-1923	L 9.595,00	L 54,90

Nei tre quinquenni i costi sostenuti dal Sindacato secondo l'onere della legge per la completa assistenza sanitaria ai solfatarari sono in figura 4. In particolare dal I al III quinquennio raddoppiarono le indennità per infortuni, quasi triplicati i servizi sanitari, due volte e mezza l'esborso per le indennità, triplicati i costi generali e d'amministrazione; inoltre le spese dell'Istituto si incrementarono di

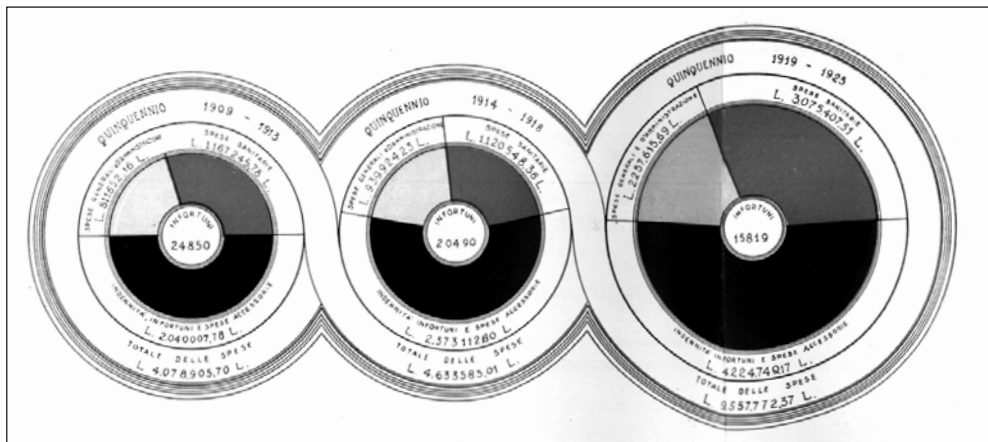


Fig. 4 - Costi del Sindacato nei tre quinquenni.

due volte e mezza, mentre risultarono triplicati i costi della manodopera e dimezzata la produzione<sup>39</sup>.

Sul versante sanitario i due commissari medici generici nei tre quinquenni hanno espletato 1.866 perizie *giudiziarie*, tutte eseguite in Caltanissetta e tutte promosse dal Sindacato a norma del predetto art. 8 della legge 1907. Le controverse giudiziarie, quasi tutte per lesioni da infortunio erano spesso generate da richieste pretestuose, simulazioni, autolesionismo e comportavano il delicato lavoro di riesame della documentazione, assai più oneroso di quello che quotidianamente si svolgeva negli ambulatori, e che esitava nella produzione di relazioni a difesa fondate su nuove perizie e riesame del caso per critica.

Il Sindacato aveva stipulato una convenzione con l'Istituto Fisioterapico "Albanese" sito a Palermo in via Libertà dove a volte erano occupati anche da venti a trenta posti letto al giorno.

Due commissari medici generici si recavano ivi mensilmente per controllare l'andamento delle cure. Ogni visita ispettiva era accompagnata dalla relazione particolareggiata per il Consiglio di Amministrazione e per la Direzione Medica.

La Commissione ultimava l'esame della documentazione medica e amministrativa corredata delle visite di controllo per gli infortunati ai quali non veniva riconosciuta l'indennità per la sola inabilità temporanea, con un giudizio medico legale ai fini della liquidazione dell'indennità per inabilità permanente o per decesso<sup>40</sup>. Per le lesioni oculari, otorinolaringojatriche o altre specialità, e per tutti i casi di qualche importanza, quando la liquidazione non poteva avvenire in base al giudizio del medico fiduciario, si inviava l'infortunato presso il Centro Fisioterapico Albanese per osservazione e, se necessario, richiesta di consulto di un docente dell'Università di Palermo ed eventuale promozione della perizia giudiziaria.

La degenza spesso era prolungata e i problemi assistenziali si aggiungevano e si scontravano con gli economici. Le due tabelle successive (tab. 8 e 9) mostrano i dati relativi al numero di ricoverati, alle giornate di degenza consumate in ciascuno dei tre quinquenni dal 1909 al 1923, ai costi dell'ospedalizzazione con il calcolo del costo medio per ricoverato e la differenza del costo per giornata di degenza tra L'Istituto Albanese di Palermo e l'Ospedale di Caltanissetta (tab. 10).

---

<sup>39</sup> *Ivi*, Tav. III, fuori testo, post p. 193.

<sup>40</sup> *Ivi*, p. 105.

TABELLA 8: OSPEDALE V. E. DI CALTANISSETTA: COSTI DELLA DEGENZA

	Ricoverati N°	Giornate degenza	Costo degenza	Per ricovero		
				Degenza media	Costo medio	Costo medio per giornata
1909-1913	1.537	40.127	L 108.079	26	L 73	L 2,7
1914-1918	813	19.198	L 60.786	24	L 75	L 3,2
1918-1923	830	15.337	L 132.912	18	L 160	L 8,7
Totale	3.180	74.662	L 301.777	24	L 95	

Nella retta giornaliera che il Sindacato aveva convenuto con la casa di cura i costi delle prestazioni erano compensati in modo forfettario, compreso gli interventi chirurgici di qualsiasi impegno clinico e importanza, le relazioni mediche, i rapporti settimanali, l'assistenza alle perizie, la liquidazione delle indennità, il vitto e l'alloggio. Era stata quindi scelta una modalità remunerativa funzionale e utile a tenere i costi sotto controllo, diversamente dal metodo detto "a piè di lista".

I dati consentono di effettuare un confronto della gestione tra pubblico e privato. La differenza dei costi tra i due centri di cura era legata alle diversità delle prestazioni richieste ed erogate.

TABELLA 9. ISTITUTO FISIOTERAPICO ALBANESE, PALERMO: COSTI DELLA DEGENZA

	Ricoverati N°	Giornate degenza	Costo degenza	Per ricovero		
				Degenza media	Costo medio	Costo medio per giornata
1909-1913	642	49.222	L 226.382	77	L 353	L 4,6
1914-1918	370	32.219	L 156.844	87	L 424	L 4,9
1918-1923	477	31.826	L 410.598	66	L 861	L 12,9
Totale	1.489	113.297	L 793.825	76	L 533	

La Direzione del Sindacato ordinava il ricovero nell'Ospedale di Caltanissetta per gli infortunati verso i quali promuoveva una perizia giudiziaria e con una durata della degenza solitamente di due o tre giorni per effettuare degli accertamenti, mentre la maggior parte dei pazienti inviati alla casa di cura Albanese erano sottoposti a cure chirurgiche e chinesiterapiche e solo pochi per le *cure morali* contro le simulazioni, proteste o autolesioni.

Anche allora si poneva la questione dell'appropriato utilizzo dei posti letto degli ospedali, che sembrava corretto riservare soltanto agli acuti e ai traumatizzati. Evitando i ricoveri a bassa complessità e la prosecuzione delle cure fino a guarigione, modalità oggi proposta sotto forma di lungodegenza, non si sottraevano né i posti letto né l'impegno dei medici ai casi più gravi e urgenti. Di Giovanni, nonostante l'incremento dei costi sanitari, giudicò confortanti i risultati economici anche perché il Sindacato aveva da parte sua agito correttamente nel contenere gli aumenti derivanti dal carovita<sup>41</sup>.

---

TABELLA 10: COSTO MEDIO DI UNA GIORNATA DI DEGENZA

---

Quinquennio	Ospedale di Caltanissetta	Istituto Albanese
1909-1913	L 2,69	L 4,59
1914-1918	L 3,10	L 4,86
1919-1923	L 8,66	L 13,00

---

Il confronto dei costi dei servizi sanitari mostra che nei tre quinquenni l'assorbimento di risorse è stato di L. 2.762.565,50 per i posti di soccorso e di L. 2.600.636,15 per tutti gli altri servizi.

Il bilancio del Sindacato aveva tre macro voci sanitarie: indennità infortuni, assistenza sanitaria e costi dell'amministrazione; ogni voce nei tre quinquenni assorbì le risorse di cui alla seguente tabella calcolate in percentuale (tab. 11).

---

TABELLA 11: COSTI DI INDENNITÀ DA INFORTUNIO, ASSISTENZA SANITARIA E AMMINISTRAZIONE

---

Quinquennio	Indennità infortuni	Assistenza sanitaria	Amministrazione
1909-1913	50,8%	14,5%	22,9%
1914-1918	55,5%	24,6%	22,9%
1919-1923	44,3%	31,9%	23,6%

---

L'erogazione delle indennità si elevò sensibilmente nel periodo bellico rispetto agli altri due e in specie al terzo, che è stato di generale disordine economico e di elevazione del costo della vita, mentre l'impegno di spesa dell'assistenza sanitaria fu crescente a causa dell'aumento progressivo del numero di operai assicurati e che richiedevano indennizzo per infortunio (tab. 12).

---

<sup>41</sup> Di Giovanni I, *Il Sindacato e la sua azione*, in *L'industria Mineraria ...*, op. cit., p. 133-6.



TABELLA 12. INCREMENTO DELLE INDENNITÀ NEI TRE QUINQUENNI

Tipologia di danno	I quinquenni		
	1909-1913	1914-1918	1919-1923
Inabilità temporanea	100	135	312
Inabilità permanente, parziale e assoluta	100	155	348
Morte	100	128	284

Le indennità del I periodo sono rapportate a 100 per derivare gli incrementi dei due periodi successivi.

Il tributo di morti (tab. 13) per incidente nei quattro periodi è stato elevato. I lavori nelle industrie minerarie di tutto il mondo costituivano la condizione di rischio più elevata rispetto a ogni altra tipologia di lavoro.

TABELLA 13. MORTI PER INCIDENTE

	1905-1908	1909-1913	1914-1918	1919-1923
Caltanissetta	189	215	156	111
Girgenti	102	112	154	67
Catania	47	46	42	27
Palermo	17	23	11	5
Totale	355	396	363	210

Il numero di morti in provincia di Caltanissetta nel periodo 1909-1913 superò quello del quadriennio precedente, pur in presenza della riduzione della forza lavoro, anche a causa degli incidenti alla Trabonella del 1911 per lo scoppio di grisou con 41 vittime e nel 1913 dei 28 morti alla zolfara San Giovanniello in agro di Agrigento. Nel quinquennio 1914-1918 la provincia di Agrigento pagò un altissimo contributo di sangue con il disastro della Cozzo Disi del 1916 dove rimasero sepolti 89 operai in un solo incidente; altro grave incidente con 11 morti si era verificato l'anno prima nella miniera San Giovanniello.

Alcune categorie di lavoratori hanno versato un contributo più elevato: su 1.324 denunciati dal 1° ottobre 1904 al 31 dicembre 1923, 676 appartenevano alla categoria dei *picconieri*, 355 a quelle de *i carusi e manovali*, 68 erano stati i *vagonari*, 225 quelli di tutte le altre categorie. Anche negli infortuni con esito letale i *picconieri* pagarono il tributo più elevato (51%).

Le attività sanitarie sostenute dal Sindacato ebbero ulteriore sviluppo per l'estensione a favore degli infortunati delle prestazioni sanitarie non obbligatorie per legge. Infatti il Ministero per l'Industria, Commercio e Lavoro con decreto del 31 agosto 1919 n. 1754 promosse quello che oggi potremmo definire "progetto obiettivo", assegnando al Sindacato L. 250.000 provenienti dal maggiore importo della produzione solfifera venduta all'estero per la cura radicale delle ernie, patologia che affliggeva migliaia di solfatarci. Il Consiglio di Amministrazione deliberò un regolamento per l'accoglimento delle domande e attivò una convenzione con relativo impegno economico con l'Ospedale di Caltanissetta e l'Istituto Albanese. Negli anni 1921-1924 il Sindacato ricevette 235 domande per la cura dell'ernia e furono giudicati operabili in 167. Di Giovanni – forte anche della relazione a firma di Lorenzo Borri, il quale non esitò a indicare l'organizzazione del servizio come *Modello di istituzione a tipo cooperativo sul genere delle associazioni germaniche*<sup>42</sup> – attribuì alla buona gestione del Sindacato il mancato incremento dei costi, per non essere stati pari al rincaro della vita e alla svalutazione della moneta.

Tutti questi sforzi e iniziative supportate da azioni di diritto sono state rivolte alla cura degli infortunati, ma già la nuova cultura della prevenzione delle malattie nei luoghi di lavoro era pronta a svilupparsi<sup>43</sup>.

#### INVALIDITÀ E LOTTA ALLA SINISTROSI

La storia del soccorso sanitario nelle miniere di zolfo di Sicilia testimonia il progredire di interventi legislativi e tecnico-professionali a decorrere dalla fine del XIX secolo quando la presenza media degli operai all'interno di esse constava di 25.000 - 30.000 unità. Una prima riflessione critica va posta sul reale numero di infortuni, decessi e feriti, che si ritengono sottostimati rispetto ai dati statistici raccolti, almeno nella prima epoca e fino al 1932: ciò in relazione all'elevato numero di addetti e alle precarie condizioni di sicurezza in cui si operava. La produzione legislativa ha assicurato la possibilità di benefici per la protezione dei danni alla salute. Si conferma il sospetto che fino ad allora nessuna utilità veniva all'operaio nel denunciare la patologia, anzi avrebbe potuto avere un danno sulla garanzia di continuità nel lavoro. Infatti è stato successivamente che si è registrato un elevato numero di notifiche di malattia pur in coincidenza

---

<sup>42</sup> Borri L, Bollettino di notizie sul credito e sulla Previdenza. Anno 1905, fasc. 10.

<sup>43</sup> Levi E, *Il moderno indirizzo per il benessere e l'incolumità dei lavoratori*. Stabilimento Lit. Tipografico M. Martini, Prato 1922.

con il minor numero di operai e in migliorate condizioni di lavoro. Nel 1900 la percentuale di infortuni in rapporto ai 29.813 operai è stata 2,1%, mentre i decessi 1,3% e i feriti 1,7%. Nel 1954, quando gli operai erano diminuiti a 8.139, si sono registrati 11.076 domande di infortunio (136,0%), 73 decessi (0,9%) e 6.189 feriti (76,0%). Vi è stata una sostanziale differenza di notifica tra i due periodi: nel primo l'infortunistica era legata alla sola traumatologia e numerose erano le cause, come abbiamo visto, a motivo della sottostima; nel secondo sono state incluse le malattie professionali tra gli infortuni e quindi la patologia non traumatologica ha acquisito pari rilevanza perché ammessa ai benefici assicurativi.

Nel 1956 l'indagine condotta su 465 operai della miniera Trabonella, che vantava due coppie a quattro celle di forni Gill e venti calcaroni, e assicurava una produzione media nelle 24 ore di 450 tonnellate di minerale grezzo con 250 impiegati all'interno e 215 all'esterno, tutti di sesso maschile, di età compresa tra 18 e 59 anni, con anzianità lavorativa da 6 mesi (6) a 42 anni (8), mostrò l'elevatissimo coefficiente generale di morbosità di 230%. Solitamente per gli operai adibiti ai lavori all'interno la morbosità per infortunio era del 72% e per malattia 164%; per quelli all'esterno rispettivamente 64% e 157%. La durata media dell'assenza per infortuni e malattie era rispettivamente di 25 e 19 giorni per gli interni e di 21,5 e 10 per gli esterni. L'indagine rilevava un assenteismo totale del 15,04%, di cui 5,98% per infortunio e 9,06 per malattia, mentre per i soli operai interni era rispettivamente di 6,4% e 11,79%. Tra le patologie non è stato riscontrato alcun caso di tubercolosi. In Francia un'indagine dell'ottobre 1951 condotta dal Ministero del Lavoro ha rilevato che il tasso medio di assenteismo era il 4,9% e Britten, Collins e Fitzgerald negli Stati Uniti hanno trovato la perdita media di 10 giornate lavorative per anno per unità di personale<sup>44</sup>.

La litigiosità tra infortunati ed Ente acquisì un ruolo rilevante e Colajanni attribuì a una *magistratura ultra-umanitaria* l'aver ritenuto fondata in fatto e in diritto la domanda degli operai sol perché poveri o anche invalidi indipendentemente dall'infortunio<sup>45</sup>, il che assunse nella vita gestionale dell'Istituto un'importanza preponderante. Le domande fino al 1922 giunsero alla straordinaria cifra di due milioni, a tre nel 1923 e a quattro nel 1924. Il Sindacato, consapevole di non avere adeguatamente contrastato la piaga della *sinistrosi* o *sindrome da indenizzo*, pose la tematica come una questione di studio e approfondimento per far

<sup>44</sup> Salamone L, Azzaro V, *Morbosità, morbilità ed assenteismo negli operai delle zolfare*. Sicilia al lavoro 1957; VI (11/12): 3-4.

<sup>45</sup> Colajanni P, *Notizie e dati ...*, op. cit., p. 151.

correttamente governare il fenomeno da un'efficace azione tecnica e amministrativa di tutti i suoi servizi, principalmente di quelli relativi all'assistenza sanitaria. Inoltre si incontravano oggettive difficoltà nel liquidare le indennità per infortunio quando i colpiti erano operai già parzialmente invalidi, talvolta totalmente e permanentemente per danni pregressi, vizi o malattie preesistenti all'infortunio, i quali provavano a spacciare vecchie affezioni come conseguenza dell'incidente ultimo patito. Per la frequenza di tali condizioni di dubbio riconoscimento di invalidità e al fine di limitare le frodi o il contenzioso giudiziario, si propose al Ministero di inserire nel disegno di legge l'istituzione della *visita medica preventiva*, ma che non fu recepita dalla Commissione e venne sostituita nell'iter parlamentare dalla *perizia giudiziaria*, tradotta nella legge del 14 luglio 1907, n. 527. Nel suo regolamento attuativo del 14 giugno 1908 fu rubricata come *perizia preventiva* alla quale ricorrere a futura memoria o a scopo di pronta e facile determinazione del giudizio medico sulle conseguenze dell'infortunio. In Sicilia la Magistratura giudicante apprezzava queste perizie e le considerava quali perizie ordinarie e documento base per il giudizio sulla domanda dell'operaio avverso cui si poteva intervenire con relazioni tecniche di revisione qualora fossero stati dimostrati insufficienze o vizi documentali; in caso contrario venivano assunte come veritiere. Con la legge del 19 giugno 1913 n. 594 fu chiarito e ulteriormente riaffermato: a) che la *perizia giudiziaria* istituita con la legge del 1907 doveva essere stimata come ogni altra perizia ordinata dal magistrato giudicante ai fini della risoluzione di una controversia, mentre quella di cui all'art. 8 della legge del 1907 poteva essere promossa dal Sindacato "in occasione di ogni infortunio e anche prima dell'esperimento di qualunque azione giudiziaria"; b) il coinvolgimento del proprietario del suolo verso gli obblighi assicurativi, dato che una nuova sentenza dei magistrati di Palermo aveva lasciato incerto l'obbligo del proprietario della miniera di sottostare al pagamento dei tributi al Sindacato a favore degli operai.

#### ASSISTENZA SANITARIA E COOPERAZIONE DELL'UTENTE

Lo studio della Storia della Medicina nell'esplorare il passato deve consentire di aprire le esperienze vissute al futuro. La provocazione "se esiste un futuro per le casse di mutuo soccorso" potrebbe costituire fertile occasione di riflessione e trovare immediata collocazione nei problemi che affliggono il nostro sistema sanitario e che chiedono adeguata risposta a causa dei crescenti e apparentemente inarrestabili costi sanitari, del difficile rapporto tra pubblico e privato *for profit*, e dei buoni risultati di salute che la popolazione ambisce. Rappresentano causa di innal-

zamento dei costi sanitari il progressivo reclutamento di settori di cura prima inediti, l'aumento delle cronicità per il favorevole superamento di patologie acute un tempo mortali, i mezzi diagnostici sempre più numerosi e sofisticati, l'esigenza di investimenti e di ammodernamento delle strutture e delle tecnologie, l'invecchiamento della popolazione e, non ultimo per entità e volumi di prestazioni, il frequente ricorso alla *medicina difensiv-istica*, non difensiva, che assorbe considerevoli risorse non di certo in funzione degli interessi del paziente e forse neanche di quelli del medico. Ben vengano pertanto quelle iniziative che pur limitando i costi consentono ugualmente di coprire il fabbisogno sia in ambito sanitario che socio-assistenziale, e quegli interventi soprattutto a favore delle fasce di fragilità non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale con natura e forma integrativa e complementare perché capaci, se erogati con efficacia ed efficienza, di esitare nella riduzione della contribuzione fiscale.

L'attuale modello organizzativo della sanità discende dal D. L. vo 502/92 il cui art. 9 prevede che possono essere istituite società di "Mutuo soccorso" quali enti finalizzati a gestire fondi integrativi sanitari per l'erogazione di *prestazioni aggiuntive* rispetto a quelle dispensate dal sistema sanitario nazionale nei Livelli Essenziali di Assistenza<sup>46</sup>. È di manifesta attualità la domanda su "come e in quale spazio si possono inserire le casse di soccorso per contribuire positivamente allo sviluppo di quelle attività ancora non sufficientemente coperte e di cui se ne avverte la necessità". Innanzitutto è auspicabile e prevedibile che le "società di mutuo soccorso" mantengano una finalità *integrativa e non sostitutiva* delle competenze del pubblico e rimangano caratterizzate dall'originaria natura *solidaristica, universale e democratica*. Le loro iniziative devono soddisfare i criteri basilari con cui muovere il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, recentemente ben determinati dal Patto per la Salute 2010-2012, varato dalla Conferenza Stato Regioni e adottato dalla Regione Siciliana con Decreto dell'Assessore alla Salute in forza dei quali le prestazioni sanitarie e l'organizzazione delle aziende devono essere informate all'*efficienza* e all'*appropriatezza*<sup>47</sup>.

La spina dorsale delle società di mutuo soccorso deve consistere nel realizzare gli obiettivi di salute con uno strumento a servizio dei "Soci" che abbia la logica del *non profit*. Questa caratterizzazione rende la loro natura completamente differente da quella delle Compagnie di assicurazione di cui oggi si invoca l'intervento a fini dello sviluppo di una mutualità integrativa. Laddove si

<sup>46</sup> Ampollini M, *Società di ...*, op. cit., p. 323.

<sup>47</sup> Malta R, *Il criterio etico di appropriatezza / pertinenza nella storia del rapporto medico-paziente-struttura*, in Salerno A, Malta R [a cura], *Atti 2009 del Corso di Formazione "Individuo, Medicina, Società"* dell'Accademia delle Scienze Mediche di Palermo. Aiello & Provenzano, Bagheria (PA) 2011, , p. 191-208.

persegue il profitto è d'obbligo accogliere quelle attività che consentono lo scarto positivo tra proventi e costi, con il conseguente temuto abbandono di necessità assistenziali economicamente non remunerative e quindi a danno dei cittadini-utenti. Invece i partecipanti a una Cassa di Mutuo Soccorso sono *soci* e destinatari dei servizi che loro stessi finanziano. Il concetto di "Socio" – Giordano avevano scritto "tra i solfatarì" – esprime interessamento alla buona riuscita delle attività a cui si dà vita, per cui la partecipazione non è solo racchiusa al momento del bisogno, come accade nell'utilizzo del SSN, ma si esprime nel complesso della gestione dello strumento, nella scelta e organizzazione dei servizi, nella programmazione delle coperture sanitarie e assistenziali da garantire. La tabella 10 sintetizza le differenze sostanziali tra società di assicurazione e società di mutuo soccorso.

TABELLA 12: DIFFERENZE TRA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO E COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE (DA AMPOLLINI, MODIFICATA)

Società di Mutuo Soccorso	Compagnia di Assicurazione
Organizzazione senza scopo di lucro, a gestione autonoma e democratica, su base volontaria e di auto-aiuto.	Impresa commerciale, vincolata alle leggi del mercato, deve produrre utili.
Assiste i soci per tutta la vita e comunque fino a quando lo desiderano, liberi di dimettersi in ogni momento.	Copertura assicurativa a tempo e di solito fino al 70' anno di età, quando diventa antieconomica per via del maggior rischio di morbilità.
Di norma non dispone il recesso del socio, l'unico titolato a decidere se continuare o dimettersi dalla società.	La natura e le clausole del contratto prevedono il recesso dalla polizza a seguito di un sinistro o per l'insorgenza di malattie non previste o invalidanti.

La diretta partecipazione del cittadino e la sua cointeressenza alla gestione e programmazione dei servizi socio-sanitari costituiscono in uno la modalità odiernameente più interessante nello sviluppo dei modelli integrativi all'attuale servizio pubblico statalizzato o al privato *for profit*, peraltro finanziato ugualmente dallo Stato pur con metodologie gestionali di tipo privato.

Trattando dei servizi assistenziali a favore delle fasce di fragilità si vuole fare riferimento anche a quegli spazi di intervento di assistenza sociale ancora non sufficientemente coperti su tutto il territorio nazionale, quali ad esempio le varie forme di assistenza domiciliare integrata a favore degli anziani, dei diversamente abili, di coloro che bisognano di peculiari programmi rieducativi per lungo periodo. Esistono quindi vasti settori di intervento dove creare una continuità funzionale tra le due forme di assistenza, sanitaria e sociale, sgravando l'ente statale dall'onere di predisporre servizi che risulterebbero più costosi se invece a proporli fosse la libera autonoma iniziativa del cittadino.

Diventa opportuno promuovere da un lato il processo di de-ospedalizzazione, come si sta cercando di effettuare con interventi di ristrutturazione manageriale per tutte le prestazioni assistenziali fruibili nei regimi a più basso assorbimento di risorse, pur nella garanzia di pari sicurezza dei pazienti; dall'altro la solidarietà su base libera e partecipe può ottenere favorevoli effetti nella de-statalizzazione dei servizi con la creazione di fondi su base volontaria per nuove prestazioni. Un incentivo può essere il ricorso alla fiscalità premiante con impegno delle risorse liberate in funzione di iniziative sociali.

Il concetto di *welfare state*, stato minimo di benessere che lo Stato garantisce a tutti i cittadini, si aggiornerebbe in *welfare promotion*, condizione in cui il benessere è il risultato di un equilibrato rapporto positivamente evolutivo tra privato *non profit* e pubblico, a mezzo della partecipazione diretta non tanto dei singoli individui quanto delle loro libere aggregazioni attraverso la creazione di relazioni costruttive e sinergiche, sì da riformare la condizione odierna che è risultato dell'identificarsi, all'interno della stessa unità personale, del cittadino che eroga le tasse e al contempo fruisce dei servizi, il che realizza condizioni antagoniste nel processo di assistenza e cura. La solidarietà, presupposto di integrazione e buon funzionamento, prevede che si attraversi la fase di progettualità integrata tra pubblico e privato *non profit*, con un ritorno alla funzione originaria del mutuo soccorso, al pari di quando questo provvedeva a tutti i servizi per la cura integrale della persona. Riconoscere questa funzione nel panorama politico del settore sanitario farebbe diventare l'utente protagonista delle scelte operate nell'assistenza socio-sanitaria con evidente responsabilizzazione dei soci della cassa di soccorso, primariamente interessati al buon andamento dei servizi che si propongono di realizzare.

Salvaguardia dei diritti dei cittadini e promozione della qualità del servizio sono il *goal standard* possibile e a cui perennemente tendere. Supporti normativi devono comunque facilitare che tali società diventino competitive verso il ricco settore *privato for profit*, che tante risorse acquisisce dal sistema pubblico

sapientemente allocandole nei più redditizi settori di cura. Il motore deve essere un cambiamento culturale, specie nel meridione d'Italia, dove la libera iniziativa è torpida, frenata dalla preoccupazione e paura nel futuro, senza riuscire a sostituirsi alla funzione dello Stato che ha assunto la caratteristica di garanzia e sussidio in tutto e per tutto attraverso l'obbligatorietà della sua azione vicariante. È evidente che migliorando l'efficienza organizzativa e l'appropriatezza delle prestazioni si genera lavoro perché libera risorse utili per futuri investimenti.

Accade pressoché costantemente che il volontariato e l'iniziativa delle libere associazioni umanitarie e di quelle non a scopo di lucro riescono ad assicurare interventi più tempestivi rispetto a quel lento muoversi di una burocrazia talora solo formalmente garantista ma altresì intrisa di debolezze e criticità, e a raggiungere aree dove l'Ente pubblico è ancora lontano da opere di riqualificazione. Il volontariato in ambito medico sanitario è un'opportunità sociale che ha visto una crescita senza confini e oggi è presente in numerosissimi ambiti della vita civile nazionale e internazionale: è stato proprio l'opera di volontariato della CRI ad aprire la strada dell'assistenza sanitaria nelle zolfare.

Il processo di "medicalizzazione" delle zolfare ha di fatto liberato la richiesta, ampiamente giustificata, di un numero elevato di prestazioni sanitarie, secondo la logica che anche in sanità *l'offerta genera la domanda*. Quanto più un servizio è fruibile, specie se gratuito per il cittadino, come anche lo era al tempo delle zolfare, tanto più si usa e spesso si abusa. Su questo ha poggiato nei tempi recenti la logica della partecipazione al costo delle prestazioni diagnostiche e farmaceutiche: misura che scarsamente ha agito nel contenere la facilità con cui i medici prescrivono esami di laboratorio e indagini strumentali.

Al tempo delle zolfare si sono puntualmente affacciati numerosi casi di distorsione sul corretto utilizzo del sistema sanitario, tanto che è stata necessaria la costituzione di un corpo di vigilanza e ispezione per la lotta alle frodi. Nel 1909 il 13,0% delle denunce al Sindacato è stata esitata con referto negativo, mentre nel 1913 la percentuale era diminuita al 7,8%, facendo ritenere che si fosse ridotta la soglia di ammissibilità all'indennizzo. L'occasione è favorevole a ricordare che non va diminuita la guardia nella persistenza dell'impegno e nell'assunzione di uno stile improntato al rigore se si vogliono sortire sempre giusti effetti positivi. Viene anche da domandarsi se sono stati i medici più tolleranti o i pazienti meno pretenziosi. Coltiviamo la convinzione che nella diversità di interessi tra pazienti, servizi pubblici e medici ci sia reciprocità e consequenzialità, e se l'azione del medico è improntata al rigore, il cittadino osa di meno: sono eclatante esempio i numerosi falsi ciechi che hanno molto osato per la compiacenza di medici i quali, dimostratisi incapaci di negare evidenti abusi, hanno consentito la realizzazione



della frode facendo percepire ingiusta soddisfazione per la concessione del sussidio di invalidità con conseguenti danni economici per le casse dell'erario. Tuttavia con l'avvento della gestione del SOS la funzione ispettiva in ambito sanitario, sviluppata attraverso una Commissione di vigilanza, è stata soppressa perché giudicata non utile, confidando soltanto sull'operato dei medici fiduciari.

All'esordio dell'esperienza sanitaria, l'obbligo di legge di dovere assistere i lavoratori infortunati si coniugava con un nuovo spirito di solidarietà. Lo sfruttamento iniziale dell'operaio, visto solo come mezzo per perseguire un interesse economico prevalente sulla stessa cura della sua salute cominciava a stemperarsi in un clima nuovo di beneficenza, ma nell'ottica del saggio utilizzo dei beni disponibili. Poteva comunque accadere di incorrere nel tentativo di trasformare l'*opportunità* in *opportunismo*, disattendendo gli aspetti negativi della giustizia sociale intesa nel suo versante di equità, imparzialità e legittima distribuzione dei beni. Si è verificato che i benefici offerti dalla copertura dell'assistenza sanitaria stimolavano nel lavoratore la negativa possibilità di vedere soddisfatto il suo turno di sfruttamento, tentando di trasformare l'utilità del servizio in privilegio a fini di indebito lucro, ultima maglia della lunga catena di prevaricazioni e abusi che serpeggiavano non tanto sommessamente negli ambienti delle zolfare.

Una lesiva conduzione, anche moralmente carente, spesso si supera se operatore e utente, singolarmente responsabili ognuno per la propria parte, creano un rapporto interpersonale e di fiducia nella reciprocità. Diversamente si paga il prezzo di trasformare il sistema in una serie di relazioni private che si vogliono conducenti a ottenere a qualunque prezzo la mera soluzione dei problemi di cui ciascuno è portatore. Se così è, si realizza un sistema pubblico che funziona sulla qualità e quantità delle relazioni private e interpersonali, non sempre in nome della primaria tutela dei valori etici di equità e di giustizia sociale che si riconducono al senso di responsabilità, né del dovere politico di ciascuno verso le istituzioni. La funzione ispettiva e repressiva, quando presente, gioca la sua parte ma, nei poliedrici aspetti delle procedure burocratiche, non sempre riesce ad evitare comportamenti devianti messi in campo dall'una o anche dall'altra parte. Volendo coltivare la pretesa di adattare questa riflessione alla condizione odierna, si ha l'impressione che il bene di tutti sia acquisibile individualmente attraverso la sua trasformazione in bene privato, per una sorta di acquisizione di diritto a esercitarlo, immoralmente giustificato dalla spregiudicata posizione che "un altro al mio posto farebbe lo stesso".

Infatti la corsa all'occupazione sistematica dei centri di potere pubblici da parte dei politici testimonia proprio il fatto che l'amministrazione della cosa

pubblica rende ai gruppi in modo privatistico con vantaggi trasferibili in maniera pre-determinata. Molto più spesso e più efficacemente la gestione del privato cittadino che si apre liberamente alla società punta ad ampliare le possibilità di scelta<sup>48</sup> a favore della ricerca della *competenza*, che successivamente potrà diventare *appartenenza*; mentre al contrario la predominanza di questa nel pubblico mira a generare *a priori* risultati funzionali ai propri scopi e raramente alla crescita della società.

Differentemente da altri settori della pubblica amministrazione *il medico ha il potere di trasferire in autonomia beni di tutti in utilizzo ai singoli*, caricandosi di una responsabilità sociale di elevato grado, anche sotto l'aspetto economico, con appesantimento dei costi del sistema. Se il medico al tempo delle zolfare si è adoperato per la riduzione dei tentativi di frode a danno del Sindacato, la conseguenza positiva diretta è stata la realizzazione di un maggior patrimonio a vantaggio di tutti. D'altra parte è utopistico ritenere che solo la semplice riflessione teoricamente sostenuta e verbalmente raccomandata possa rendere tutti più attenti e responsabili, mentre purtroppo è da dire che si deve spargere un impegno fattivo personale in quanto gli operai, a seguito delle opportunistiche istanze giustamente rigettate, sono stati *obbligati* ad essere più corretti.

#### VOLONTARIATO E GESTIONE DELLA COSA PUBBLICA

La pagina di storia della medicina che abbiamo raccontato, nel riportare costumi e stili di persone di un secolo or sono con gli attuali, documenta tipologie e tendenze comportamentali che esigerebbero di essere modificati. La nostra quotidianità si svolge "in relazione" a numerosi servizi pubblici che assicurano alla cittadinanza prestazioni sanitarie e sociali indispensabili, preziosa conquista collettiva e bene umano pressoché inesistente all'epoca dei nostri avi. Abbiamo ancora difficoltà a comprendere che il servizio pubblico è parte di noi stessi, siamo noi stessi e solo se esso cresce e migliora migliorerà la condizione di noi tutti.

L'esperienza del volontariato completa il quadro facendo comprendere le ragioni del suo successo e in via speculare quelle del frequente insuccesso di alcuni settori del sistema burocratico nazionale e regionale. I due ambiti sono retti da differenti sentimenti e comportamenti: infatti gli uni oppongono la volontà di raggiungere un risultato all'indifferenza e mancanza di sani obiettivi di cui a volte i secondi sono pervasi; ovvero si contrappongono lo zelo dell'impegno fat-

---

<sup>48</sup> Sorci C, *Dall'assistenzialismo allo sviluppo. Il riorientamento dell'azienda pubblica*. Giappichelli editore, Torino 1995.

tivo alla negligenza, la competenza personale e professionale alla carenza culturale e all'ignavia, l'elevato grado di percezione dei valori in gioco all'atteggiamento di insensibilità e irresponsabile indolenza: sono tutti momenti relazionali che intervengono nel coinvolgimento di sé stessi verso gli altri e caratterizzanti la qualità morale personale di chi agisce.

Il volontariato sanitario nelle diverse forme associative è attivo su tutto il territorio nazionale: è sua caratteristica tendere instancabilmente all'efficacia e all'efficienza e sempre gratuitamente. Purtroppo più spesso nel quotidiano non è la tensione morale a prevalere, ma la norma imposta, a cui si soggiace per sfuggire alla conseguente penalizzazione.

Nei tempi bui la salute del solfataro non era percepita come valore etico rilevante, bensì posta anche a suo discapito, in ordine gerarchico non al primo posto e frequentemente anche successiva all'opportunità del massimo profitto economico. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria in miniera che abbiamo narrato si articolava in una struttura ordinata dalle norme e in una componente legata alla gratuità e generosità del soccorso, testimonianza del senso morale con cui è necessario correre per andare incontro al bisogno dell'*altro* con atteggiamento prioritariamente, solidalmente e intensamente partecipativo.

Potrebbe essere questa la lezione umana di attuale validità originata dalla *luce* di coloro che erano considerati *gli ultimi*.

# Bioetica e storia sanitaria delle zolfare

### RACCONTO STORICO E BIOETICA

Rievocare la storia sanitaria e umana delle zolfare ha consentito di leggere gli accadimenti attraverso l'esplorazione delle molteplici relazioni umane nell'ambiente di lavoro e nelle istituzioni, le modalità di interpretazione dell'operato medico, i condizionamenti intrinseci alla tutela della salute: tematiche tutte modernamente interpretate e studiate all'interno di una nuova disciplina umanistica, la Bioetica, il cui punto di partenza rimangono sempre i dubbi e le criticità in ambito morale sugli aspetti tecnico-scientifici che coinvolgono la vita umana. La riflessione etica attorno alle tematiche biomediche ormai consegnate alla storia è quanto di più pertinente possa esserci per trarre dagli accadimenti che rievochiamo gli insegnamenti di qualche possibile utilità per riformare in positivo attuali criticità.

La visione e l'interpretazione etica della storia delle zolfare offre l'opportunità di non rimanere prigionieri di un passato cristallizzato e che ormai non potrà più ricomparire, e al contempo consente di richiamare un'attualità i cui analoghi contenuti li vediamo parimenti riproposti anche se in forme diverse. Quindi la ricostruzione dei fatti in sé non esaurisce la ricomposizione storica della narrazione, ma si vuole che l'obiettivo ultimo della ricerca sia la riflessione sul sistema di relazioni e motivazioni che da essa si sono generati e le conseguenze scaturite; e mentre si scava nel passato per trovare le radici dell'operato del medico, i risultati di salute che ha raggiunto, i pensieri e i problemi che lo hanno animato, lo storico può avere, oltre al piacere della scoperta, anche la sensazione della sua utilità, perché, come insegna Tucidide ne "La guerra del Peloponneso", egli può essere soddisfatto se:

*quelli che vorranno investigare la realtà degli avvenimenti passati, di quelli presenti e futuri, i quali data la natura umana saranno simili a questi, considereranno utile la sua storia.*

Seguendo la posizione di Henry E. Sigerist, la lettura che si propone della storia della medicina delle zolfare è quella di una medicina che non rientra nei canoni della medicina scientifica, quale vuole lo statuto delle scienze biologiche ma, nel volerla annoverata tra le scienze, essa trova piuttosto un posto tra le scienze sociali<sup>1</sup>.

Il fattore di intelligibilità della storia non è più la nozione legata agli eventi o alla biografia delle personalità, per quanto siano queste rilevanti, autorevoli e capaci di polarizzare attorno a sé la massima attenzione, ma i comportamenti umani, le conseguenze operative e i risultati conseguenti. Volendo rendere universale una storia bisogna analizzarla attingendo soprattutto allo statuto delle scienze umane e non soltanto a quello delle scienze naturali e sperimentali. È innegabile che la narrazione degli eventi mostra, nella loro realtà e fisicità, la disponibilità di mezzi, strutture, istituzioni; ma la storia è soprattutto la scoperta di una realtà umana che opera secondo i criteri del vivere e del sopravvivere, coinvolgendo valori e disvalori di perenne attualità che si sviluppano e si caratterizzano secondo epoche e contesti diversi. Questa validità di merito e di metodo concede universalità all'esperienza storica.

La domanda onesta e scrupolosa è se rischiamo di non essere imparziali nella proposizione della storia, vista come indagine sul passato. Il rapporto tra il soggetto e l'oggetto è mediato dalla modalità con cui il primo legge e interpreta il secondo, a partire dai propri canoni di riferimento e dagli assi normativi della propria vita. Dall'indagine all'interpretazione si deve trovare la possibilità di animare gli avvenimenti, comprendere come sono accaduti secondo i propri parametri concettuali e formativi, e secondo i propri ideali. La necessità che ha condizionato quei momenti storici nell'epoca in cui sono avvenuti e il contenuto di affettività ed emotività di cui sono stati pregni devono essere elaborati nel contesto di quel sottofondo di umanità che si riscontra tipicamente nelle relazioni umane e nelle condizioni di difficoltà che richiedono aiuto.

Nel leggere la complessa storia sanitaria che si è narrata, mai prima di adesso scandagliata, non è escluso che lo storico possa essere trasportato dal desiderio e dal sentimento di "come avrebbe voluto che fossero accaduti gli eventi", nel momento in cui con onestà intellettuale si accinge a narrarli per come oggettivamente essi traspaiono dai documenti degli archivi. È questa la spinta che fa sì che quel sentire che scaturisce da una realtà ormai inamovibile, diventi passione proiettata nel futuro, utile ad arricchire i momenti presenti della vita sociale e relazionale. Per raggiungere questo obiettivo interpretativo la storia medica delle zolfare di Sicilia la si fa rivivere come il luogo e il tempo principe per indagare i livelli di responsabilità umana concretamente esplicitati nelle diverse situazioni e capaci di testimoniare i comportamenti liberi, consapevoli e responsabili dei diversi protagonisti<sup>2</sup>.

La concezione lineare della storia per come essa si snoda nel corso del tempo è la pista su cui anche noi ci muoviamo e segna l'idea del divenire e del progresso.

---

<sup>1</sup> Grmeck DM, *Storia del...*, op. cit., vol. I, p. XXI.

<sup>2</sup> Piana G, *Bioetica. Alla ricerca di nuovi modelli*. Garzanti Libri, 2002.

Scopriamo una realtà in cui il rapporto dell'uomo in relazione con l'altro e con il mondo circostante esige il rispetto delle diversità culturali e sociali, delle identità di cui il reale è costituito, della gerarchia oggettiva tra valori diversamente intesi e capiti nelle varie epoche e contesti, delle forme di interazione possibilmente ispirate alla reciprocità e alla solidarietà. L'urgenza è quella di essere capaci di assumere la complessità dell'umano, la cui realizzazione è legata alla risposta che si dà alle istanze della persona colta in tutta la sua interezza. La storia diventa confronto del presente col passato in una dimensione umanamente significativa per la realtà sociale.

La solidarietà "interumana" non può essere considerata esterna alla concreta responsabilità; essa chiede di riconoscere l'universale dignità umana e di assumere la propria vita in un progetto di intenzionalità rivolto alla condivisione. Infatti il riconoscimento del valore dell'altro uomo perviene alla propria dignità; solo di fronte alla libertà dell'altro, in un riconoscimento di reciprocità costituzionale, l'uomo diviene libero. L'esperienza di moralità personale avviene pertanto tramite un cammino di auto-consapevolezza in cui l'alterità svolge il ruolo di elemento cardine, così che l'adesione o il rifiuto dell'altro diviene accoglienza o negazione della reale autenticità di sé<sup>3</sup>.

Per rileggere questa pagina di vita e di storia dell'uomo alla luce della bioetica riteniamo utile delineare brevemente gli ambiti e il valore di attualità che detengono le tematiche di cui questa si occupa. Il suo statuto appartiene all'area delle scienze umane e la riflessione si radica nelle difficoltà operative della medicina empirica, nella ricerca dell'applicazione del bagaglio tecnologico, nel contesto sociale, culturale ed economico, nelle possibilità di ciascuno di compiere l'adeguato servizio in relazione alla modalità di percezione dei valori in gioco. La bioetica, disciplina che si occupa del comportamento umano in ordine al valore della vita e della salute, sia della persona che dell'ambiente, si muove alla ricerca e nella proposizione dei valori che si esprimono nelle vicende umane, come individualmente capiti e acquisiti secondo cultura e tradizioni.

#### AMBITI DELLA BIOETICA

Da circa un ventennio il dibattito attorno ai temi eticamente sensibili appare pressoché quotidianamente nelle prime pagine dei giornali e diventa oggetto di confronto politico, sociale, culturale, religioso tra sostenitori di teorie diverse. I suoi ambiti sono vasti e particolarmente carichi di emotività. Tra le tematiche dell'*inizio della vita* il dibattito e le decisioni coinvolgono la procreata, l'ingegneria genetica, la possibilità tecnica della diagnosi pre-impianto con la conseguente domanda morale se discriminare un embrione non impiantandolo perché affetto da malattia genetica. Sul *fine della vita* le questioni riguardano l'accanimento terapeutico, la decisione di sospendere le terapie, la delicata e toccante problematica del diritto a morire con procedura pre-deter-

---

<sup>3</sup> Abignente D, Bastianel S, *Le vie del bene. Oggettività, storicità, intersoggettività*. Il Pozzo di Giano, Trapani 2009, p. 162-166.

minata e a cui si vuole affidare il riscatto di una morte considerata degna se data a fronte di una sofferenza che non appare giustificabile; e ancora quelle di altrettanto difficili argomentazioni del rifiuto dell'idratazione e dell'alimentazione a cui inevitabilmente consegue con diretto nesso di causalità la morte del paziente; della rinuncia e rifiuto della terapia, dei limiti del principio di autonomia e dell'autodeterminazione, anche in rispetto ai principi etici e all'obiezione di coscienza del medico. La bioetica non è solo questo: appartengono al suo statuto le questioni sulla salvaguardia dell'ambiente e la difesa della vita delle persone anche nella circostanza del lavoro, i cui incidenti sono oggi visti non solo come carenza o insufficiente sicurezza dell'apparato tecnologico, ma come questione etica per i colpevoli comportamenti che fanno negligere le norme elementari di sicurezza a danno del lavoratore per perseguirne il massimo sfruttamento. La questione della protezione dei lavoratori, se posta in via esclusiva in chiave tecnologica, potrebbe essere circoscritta alle caratteristiche fisiche e organizzative del cantiere; invece il predisporre la cura e le attenzioni su quanto sia giusto fare in termini di formazione, prevenzione e sicurezza appartiene alla rilevante questione che impone di assumere decisioni adottando comportamenti moralmente corretti nei confronti dell'*altro*.

Rientrano nell'ambito della bioetica anche le tematiche inerenti la scelta della destinazione delle risorse per gli investimenti nei servizi sanitari, sia come macroallocazione governativa, che come microallocazione destinata al singolo paziente, e che l'esercizio quotidiano pone nelle decisioni dei medici; gli interventi a favore della protezione dei cittadini per offrire loro la salubrità degli ambienti della città, e che siano sicure e accoglienti; non è neanche escluso l'ambito della coltivazione e produzione agraria e marinara, il cui inserimento di organismi geneticamente modificati danneggia un patrimonio di tutti, la biodiversità; ma c'è anche la tutela della vita personale attraverso la disciplina degli stili di vita e la prevenzione di quei comportamenti che espongono alla dipendenza e mettono a rischio altri inconsapevoli e innocenti. Con espressione generale si può ben affermare che le tematiche di bioetica caratterizzano tutte le espressioni della nostra vita quotidiana e del nostro agire, verso se stessi, verso gli altri, verso le cose, tenendo sempre presente che nella qualità della relazione si costituisce la moralità personale.

#### NASCITA E SVILUPPO DELLA BIOETICA

La storia di questa disciplina ricorda che il termine è stato coniato nel 1970 da Van Rensselaer Potter (1911-2001), oncologo americano di origine olandese, preoccupato degli esiti distruttivi adottati dalla civiltà consumistica a danno dell'ambiente, spesso in maniera irreversibile, e le cui ricadute negative avrebbero potuto causare catastrofici effetti anche per i rischi di sopravvivenza delle generazioni future, il che ha caratterizzato lo statuto fondante della bioetica sotto l'aspetto *biocentrico*<sup>4</sup>. Con la declinazione

---

<sup>4</sup> La visione di Potter è stata quella della salvaguardia dell'ambiente per le generazioni future attraverso la promozione dello stabile collegamento tra le scienze umane e le sperimentali, tra i problemi del presente e le prospettive catastrofiche che temeva per il futuro.

etico-biomedica che diede André Hellegers, primo direttore del *Kennedy Institute for Bioethics* fondato nel 1971 presso la Georgetown University di Washington, la bioetica fu coltivata secondo l'ispirazione *antropocentrica* ed ebbe come terreno di riflessione quegli argomenti legati all'inizio della vita e che allora raccoglievano estremo interesse nel dibattito scientifico, teologico e morale. La riflessione pertanto si concentrò subito su alcune tematiche di peculiare interesse nella società che cominciò a interrogarsi sulla disponibilità di tecniche manipolative che scardinavano luoghi fino ad allora regolati esclusivamente dalla natura: contraccezione ormonale, fecondazione in vitro, ingegneria genetica aprivano alla gestione del proprio corpo e alle possibilità manipolative del codice genetico contenuto nel doppio filo di DNA col rischio di violare quella individualità personale che la natura a ciascuno aveva donato e continua a donare: tematiche a coinvolgimento più emotivo nei diversi ambienti culturali del mondo occidentale rispetto alla proposta biocentrica e catastrofistica di Potter.

Molti studiosi si sono cimentati per definire contenuti e ambiti della disciplina, ponendo il problema della sua definizione<sup>5</sup>. La bioetica, nel recuperare le tematiche ecologiche e ambientali, continuando a mantenere alta l'attenzione su quelle relative alle scelte sulla cura della persona e agli ambiti di intervento sulla vita fisica di ciascuno, è diventata il terreno naturale di dibattito e di confronto delle diverse teorie etiche anche in sede politico parlamentare, perché le questioni che essa tratta sono oggetto di scelte per le necessarie decisioni applicative in campo legislativo ed etico-normativo<sup>6</sup>.

#### LA BIOETICA E LE SFIDE DELLA SCIENZA

Lo sviluppo e il miglioramento delle tecniche di intervento sulla vita fanno facilmente intravedere le straordinarie possibilità della medicina e della biologia sugli stati *limite* o di *confine* della vita, modificando la percezione e l'accostamento a taluni valo-

---

<sup>5</sup> Diverse definizioni si sono date della bioetica al fine di determinarne ambiti, contenuti e prospettive. La prima risale a Reich W.: "La bioetica è lo studio sistematico della condotta umana verso la vita, esaminata alla luce dei valori e dei principi morali". *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Free Press 1978, p. XIX. Clouser D. afferma che "la bioetica non è altro che l'etica ordinaria applicata alla biomedicina". Reich W. nell'edizione del 1995 dell'enciclopedia modificava la definizione in "Studio sistematico delle dimensioni morali, comprendenti la *visione morale*, le *politiche* delle scienze della vita e della salute, attraverso una varietà di *metodologie etiche* in un contesto *interdisciplinare*". Idem, Simon & Schuster - Mac Millan, New York 1995, second edition, p. XXI. La definizione in termini di liceità circa le decisioni da assumere in campo etico è quella di E. Sgreccia, fondatore del Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in Roma: "La bioetica è quella parte della filosofia morale che stabilisce la liceità degli interventi sulla vita umana e in particolare di quegli interventi connessi con la pratica e lo sviluppo delle scienze mediche". *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Vita e Pensiero, Milano 1987, p. 43.

<sup>6</sup> Nel contemporaneo sono esempio le norme sulla constatazione della morte cerebrale, l'aborto, la procreazione medicalmente assistita, e quelle in via di approvazione sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, nonché tutto quanto riguarda la gestione della sperimentazione con le attività dei comitati etici per la pratica clinica e per la ricerca coinvolgente gli esseri umani.



ri da sempre ritenuti imm modificabili perché generati dalla natura stessa, il cui superamento interferisce nella relazione tra *natura* e *cultura* sfociando in nuove prospettive umane e sociali. Infatti *sul fronte del nascere* i nuovi campi di conquista delle tecniche contraccettive, intercettive e contragestazionali hanno permesso la dissociazione della sessualità dalla procreazione, mentre quelle della procreazione medicalmente assistita hanno dissociato la procreazione dalla sessualità e la segmentazione della maternità in genetica, gestazionale e sociale, sicché nel vissuto odierno la *mater non semper certa est*. La possibilità di creare embrioni umani fuori dal progetto procreativo, il *controllo di qualità* degli embrioni a mezzo della diagnosi genetica pre-impianto o pre-natale, o di accedere a banche del seme come se fosse un negozio di forniture di accessori o pezzi di ricambio, fanno parte di un nuovo modo di guardare alla generazione, pur con le molte, difficili e delicate questioni etiche sottese nel voler procreare nell'ambito del rivendicato diritto ad avere un figlio, e che sia sano. Altre questioni insistono sulle possibilità di trattare neonati gravemente immaturi e prima destinati naturalmente a morire o di produrre soggetti da un unico essere preesistente. *Sul fronte del morire* il ricercare la qualità della morte attraverso l'uso di efficaci terapie analgiche e con l'eventuale aggiunta di sostanze psicotrope che deconnettono la coscienza, il controllare il processo di morte intervenendo o sospendendo l'assistenza a funzioni vitali, la necessità di dover procedere a nuovi criteri di definizione di morte cerebrale che non siano soltanto quelli che guardano alla lesione anatomica del cervello, ma che siano in grado di interpretare l'organismo in una funzione sistemica della vita, il trapiantare organi da cadavere perché legittimati dai criteri di morte cerebrale, l'utilizzare innesti di tessuti fetali o di cellule staminali umane per la cura di gravi malattie degenerative, aprono a nuovi scenari che comportano la responsabilità di scelte etiche per costruire il futuro della società. *Sul fronte della struttura genetica* il potere diagnosticare la predisposizione o l'insorgenza di una malattia prima di ogni evidenza clinica è foriera di evidenti ricadute sulla prospettiva di vita dell'interessato; la possibilità di modificare permanentemente la struttura genetica di un altro individuo agendo sulla linea germinale del dante causa sì da trasferire modificazioni a chi ha il diritto della inviolabilità del proprio codice genetico aprendo anche alla creazione di una natura non più frutto di spontanea evoluzione, la costruzione di animali transgenici per dare vita alla linea degli xenotrapianti, sono alcune delle tematiche su cui la scienza va empiricamente avanti e l'uomo corre dietro interrogandosi sulla legittimità dei comportamenti. L'ambito si allarga anche per le possibilità offerte dalla ricerca scientifica che consente di accedere a settori totalmente nuovi con l'apertura alla produzione di entità biologiche costituite da materiale genetico umano frammisto a materiale biologico animale, i cosiddetti ibridi citoplasmatici, verso cui il primo sentimento è quello della ripugnanza, e per l'ampio ventaglio delle tecniche di ingegneria genetica con trasformazioni in ambito umano, zoologico e vegetale<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Viafora C, *Introduzione alla bioetica*. Franco Angeli, Milano 2006, p. 21-22.

Il dibattito in bioetica è espressione di un pluralismo culturale all'interno di un modo con sempre meno confini e si muove attorno a vari modelli interpretativi e teorie etiche. I modelli sono riconducibili sinteticamente a due matrici filosofiche che si possono definire "analitico" uno e "continentale" l'altro.

Nel modello *analitico* il soggetto si pone al di fuori dello spazio di analisi e l'oggettività pone al centro dei fatti il linguaggio, sia quello scientifico e formalizzato sia quello comune. Il soggetto è considerato imparziale rispetto alla realtà conosciuta nei confronti della quale assume posizione neutrale, e si costituisce a monte di ogni mediazione pratica; viene quindi compreso come individuo autonomo, padrone di sé, capace di disporre e di decidere della vita guardandola come "posto dal di fuori". La concezione di razionalità che qui opera è di tipo logico, calcolante, lineare-deduttivo, pragmatico, procedurale.

Nel *continentale* è proprio la comprensione del soggetto che è fondamentale diversa. Questi da un lato partecipa alla propria esperienza e al proprio esistere, ma è anche "posto in gioco". È un "io" che è sempre, ancora prima di essere chiuso nell'autocoscienza, un "noi" consensuale e interpersonale, in un dialogo incessante con gli altri e con l'essere. Fin dal principio il soggetto è posto in un flusso di linguaggio, di interrelazioni e rapporti, in un lavoro comune: non esiste mai "come se gli altri non ci fossero", ma la sua esistenza è sempre mediata dal "rapporto con gli altri". Diversamente da come accade nel modello analitico, non si pone mai al di fuori di una storia facendo sì che gli altri non esistono, anzi sono ignorati e non riconosciuti per ciò che effettivamente sono.

Alcune delle *teorie etiche* che si contendono il campo hanno visione dell'uomo e del suo esistere assai distanti tra loro. Va sempre ricordato che l'etica non è il mondo dell'astratto, ma del nostro vivere quotidiano, del luogo in cui si esprime la moralità del soggetto che, decidendo liberamente e consapevolmente, sceglie e preferisce tra opzioni diverse, assumendo responsabilità.

Per confrontare le diverse visioni della vita e dell'uomo si descrivono brevemente le teorie etiche più ricorrenti e che segnano l'attuale dibattito in bioetica.

1. *Neo-contrattualismo* di T. H. Engelhardt. Il presupposto fondamentale è la distinzione tra esseri umani e persone. Il criterio di inclusione di una persona nella comunità morale non è il criterio biologico. Lo statuto di soggetto morale è attribuito solo alle persone. In questa teoria "persone" sono soltanto i soggetti in grado di partecipare responsabilmente alla collaborazione sociale, cioè quelli autocoscienti capaci di opporre scelte razionali e di avanzare pretese morali. Hanno statuto morale intrinseco solo i maggiorenni in grado di accedere a un rapporto di contrattazione. Non lo hanno i feti né gli individui gravemente handicappati. Nella prospettiva interamente sociale che sta alla base della distinzione tra esseri umani e persone, Engelhardt distingue ulteriormente tra chi fu persona (malati di Alzheimer), chi lo diventerà (l'embrione), chi non lo

diventerà mai (gravi handicap). Per Engelhardt – lo sarà anche per P. Singer – esiste una realtà duale fatta di soggetti appartenenti sì al genere umano, ma distinti in persone e non persone. Principio etico di orientamento sono il consenso e la tolleranza secondo una visione autonoma della vita; quindi non c'è possibilità di fare riferimento a valori comuni e vi è una netta distinzione tra etica pubblica ed etica privata o personale. Lo spazio di azione è racchiuso nel produrre accordi sulle procedure, definire regole attraverso cui rendere compatibili le diverse scelte morali.

2. *Utilitarismo* di P. Singer. Presupposto fondamentale è il livellamento degli esseri senzienti e “l'uguale considerazione degli interessi”. Per evitare ogni discriminazione occorre allargare il cerchio della comunità morale fino a includere tutti gli esseri viventi capaci di sentire dolore. L'uguale considerazione degli interessi è il principio che fonda l'uguaglianza tra gli uomini e non il criterio della persona o della personalità morale. Vengono quindi inclusi “tra le persone” tutti gli animali, mentre sono esclusi: tutti gli esseri umani che ancora non soffrono o *non possono* più soffrire, e tutti gli esseri umani che sono *solo* capaci di soffrire, perché lasciarli vivere sarebbe un comportamento irresponsabile. Con questa visione le azioni umane sono valutate solo in base alla capacità di produrre il risultato di massimizzare il benessere e minimizzare la sofferenza. Dal punto di vista normativo ne consegue che: produrre un embrione umano, compiere su di esso degli esperimenti e poi distruggerlo, prima che abbia una qualche capacità di sentire, non fa soffrire l'embrione più di quanto avrebbe potuto soffrire se esso non fosse stato mai prodotto; non c'è alcuna differenza morale intrinseca tra “uccidere” e “lasciar morire”, cioè tra un atto posto o la sua omissione pur con la stessa intenzionalità. L'eutanasia attiva può essere in alcuni casi il solo atto umanitario e moralmente appropriato, essendo l'eutanasia passiva (ma pur sempre attiva) talvolta un processo troppo lento. L'utilitarismo fa riferimento al calcolo dei costi e dei corrispondenti benefici ottenibili, e contrappone il principio della “qualità della vita” a quello della “sacralità della vita”.

3. *Naturalismo*. I presupposti antropologici risiedono nella tendenziale coincidenza tra organismo corporeo e persona. Il criterio discriminante è la biologia. La qualifica di persona va attribuita sia allo zigote che ai malati in stato vegetativo persistente. Suo fondamento è la “legge naturale”. È la natura con le sue leggi la “misura” dell'agire responsabile dell'uomo: il bene è conformazione alla natura. Tali leggi sono quindi il criterio per determinare la corretta attuazione dei comportamenti verso la vita, la coniugalità, la generazione, il processo procreativo. L'uomo viene considerato nel suo essere e nel suo valore ontologico. La teoria richiede il persistente lavoro e impegno per il giusto collegamento tra la “legge naturale”, iscritta nel cuore di ogni uomo, e la “legge di natura”, che comporta l'obbligo del rispetto e della fedeltà alla natura dell'uomo.

4. *Etica della persona e della relazione*. Il criterio antropologico di riferimento è la “persona in relazione”. L'esperienza dell'incontro è il momento in cui la libertà di agire

è chiamata a farsi responsabilità, perché *l'altro* è radicalmente non disponibile. Gli oggetti sono disponibili, ma l'altro è portatore di un progetto al pari del soggetto agente. L'esperienza di reciprocità richiede una differente disposizione di quella che ciascuno ha nei confronti delle cose e degli oggetti, perché disponibili e a cui dare il valore desiderato. L'altro invece chiede di essere riconosciuto e accolto nella sua umanità, promosso per il valore che egli è di per sé e che *ha* di suo. Si va pertanto oltre l'agire funzionale basato sul modello mezzo-fine che distingue la *techne*. Nell'azione morale è lo stesso soggetto a essere coinvolto, nel senso che si plasma e si decide in quella determinata azione. Pertanto comprendere vuol dire comprendersi, decidere è decidersi. Il fine dell'agire è in certo senso la persona stessa dove, data la struttura fondamentale relazionale dell'io, la persona è sia l'altro, sia sé stessi. Decidere per una certa azione significa contemporaneamente decidere su di sé, della propria vita etica e del senso più generale attribuito al vivere. La *nozione di vita* qui implicata va chiarita alla luce di vita/persona. La vita dell'uomo non trova equivalenti nel mondo animale. L'uomo ha infatti il pensiero dell'assoluto e la coscienza del proprio limite. Nell'uomo adulto e sano le facoltà della persona si manifestano compiutamente e si mostrano in modo esplicito quelle caratteristiche specifiche che gli consentono di essere in relazione di reciprocità di tipo percettivo, interpretativo ed etico, propriamente umano con l'*altro*. Queste facoltà anche se non sono sempre presenti, hanno valore simbolico e indicano che il soggetto che le possiede ha dignità superiore agli altri enti. La vita "fisica" non è una sorta di materia inerte su cui la persona esercita la propria libertà, plasmandola dall'esterno in modo neutrale. La vita è piuttosto funzionale alla coscienza, è fascio di bisogni che si aprono ai desideri, è sorgente di inclinazioni e tendenze, a partire dalle quali la coscienza si alimenta e si esercita. La vita dischiude il senso all'uomo, la coscienza lo chiarifica, lo mette a fuoco, lo esamina, lo integra con significati ulteriori, ma non lo inventa. Essa partecipa alla struttura e al valore della persona. Non è divisibile assegnare solo valore alla coscienza, mentre al corpo la funzione di mezzo o strumento per l'esercizio della libertà. In questa visione non è sostenibile dire che il valore della vita è deciso dalla libertà o è proporzionale alla qualità di quella vita, in funzione delle facoltà di coscienza e di relazione. Piuttosto ogni persona, ogni essere umano, ogni vita è di ugual valore, ma non di ogni vita si dovrà cercare con tutti i mezzi il prolungamento. Ogni essere umano ha valore intrinseco e dignità indipendentemente dalla sua età o condizione.

Per la bioetica si apre quindi il compito di evitare che la nozione di vita sia compresa solo come un fascio di fenomeni ridicibili a una serie di reazioni biochimiche eticamente neutrali o, al contrario, di rischiare di istituirla come valore intangibile sacralizzato. Per una corretta impostazione essa va quindi ancorata alla persona e proporzionalmente alla sua cura<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Casalone C, *Medicina, macchine e uomini. La malattia al crocevia delle interpretazioni*. Morcelliana, Brescia 1999.

Nella storia delle zolfare assistiamo a una natura che diventa facilmente vulnerante dell'uomo e a volte sembra assumere le vesti di un destino inevitabile, anche se emerge persistentemente la sua responsabilità quando non cura adeguatamente i sistemi di prevenzione e protezione a proprio e a suo favore. La relazione con l'attività lavorativa è stata nella prima fase imperniata sui volumi di produzione e non sulla tutela fisica del lavoratore. Il rispetto dell'ambiente delle zolfare non c'è stato e i fumi dei calcaroni disturbavano e distruggevano le coltivazioni degli agricoltori. La bioetica, a causa dello sviluppo delle tecniche sempre più pervadenti, riflette su ben altri danni che l'uomo può arrecare alla natura, sia come ambiente esterno, che come realtà individuale, geneticamente identificata ma oggi modificabile. È Hans Jonas<sup>9</sup> a richiamare l'uomo all'interno di un progetto di responsabilità, di un agire che non sia passivamente trascinato dall'avventura della scoperta tecnica, ma che sia sempre misura e occasione di affermazione dei valori etici. Una natura resa vulnerabile dall'uomo aumenta la sua potenza incontrollabile di fronte alla quale appare sempre di più la limitatezza delle forze umane. Il senso della libertà, se scollegato dalla responsabilità verso sé stessi, verso l'altro, verso l'ambiente, diventa elemento di rottura e di scompimento di un ordine naturale non dominabile. La *consapevolezza* dei propri limiti, la *libertà* di muoversi all'interno di una visione del mondo non assolutista né individualista né egocentrica, ma relazionale, testimoniano e consentono di esprimere pienamente l'elemento significativo dell'agire umano che è quello della *responsabilità* in ogni circostanza all'interno delle dimensioni spazio-tempo verso qualcuno e qualcosa.

È unificante il fatto che in qualsiasi accezione la si voglia intendere la bioetica si pone nella prospettiva della quotidiana tutela della vita fisica e della dignità della persona umana, come la storia delle zolfare offre occasione di riflessione e di applicazione: sono odiernamente i metodi che fanno la differenza, metodi che a volte per sostenere la dignità escludono la vita fisica.

Nella ricerca ci si è trovati di fronte a valori che nella prima fase dello sfruttamento delle miniere sono stati smisuratamente mortificati. Il motore dello sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria nelle zolfare è ascrivibile a una pagina di bioetica *ante litteram* e uno dei momenti che lo testimoniano può essere l'invenzione delle maschere per la respirazione negli ambienti saturi di gas. Quando la destinazione di un intervento o di un qualunque comportamento è funzionale alla salvaguardia, tutela e promozione della vita e della salute delle persone, si è nell'ambito della bioetica. Da qui scaturisce la caratteristica della lettura della storia sanitaria delle zolfare di Sicilia che si è voluta fare. Non solo la narrazione dei fatti, ma la testimonianza dei comportamenti e delle motivazioni che li hanno generati diventano ricchi di significato per la giusta comprensione di tutte le corde che hanno fatto vibrare quel mondo di stenti e speranze, onde ne è conseguita la rivalse culturale, sociale e umana.

---

<sup>9</sup> Jonas H, *Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino, 1990.

Le tematiche bioetiche offrono occasioni di estrema conflittualità nella società per il diverso modo di intendere e interpretare le opzioni a cui gli sviluppi e l'applicazione delle nuove scoperte della ricerca espongono. Si assiste in ambito sociale e politico alla difficoltà o addirittura incapacità di proporre o assumere orientamenti e opzioni con finalità aggreganti, o di poter stabilire delle mete che consentono di giungere a dei risultati comuni. Si ha di fronte una realtà estremamente frammentata in progetti sociali e politici diversi, con alla base una grande diversificazione quanto a gerarchie di valori perseguiti e a conseguenti prospettive. Questo sembra essere un problema che va oltre il livello della prassi politica nelle sue competenze legislative e amministrative. È una questione che tocca in profondità il modo di vivere insieme e la capacità di integrare le diversità: per questo essa porta anche una domanda di senso, implica la dimensione etica, interpella la libera responsabilità delle coscienze che vi sono coinvolte.

Si assiste odiernamente a un *pluralismo di fatto*. Non si tratta di una pluralità di voci che danno vita a un coro armonico, ma di una pluralità che costantemente genera conflitti perché ciascuna ha un suo modo di intendere e progettare la vita. Sono in gioco convinzioni, mentalità, forme di intendere i valori fondamentali. Non è un pluralismo di immagine, ma un pluralismo di fondo, che esprime e tende a creare frammentazione e contrapposizione nel vivere degli uomini, anzi è l'elemento di confronto e di contrasto che genera l'identità di ciascun gruppo: io esisto in quanto mi contrappongo a un altro, altrimenti scompaio, non mi vede più nessuno. Così posto difficilmente si può guardare a questa forma di pluralismo come una conquista di civiltà, una meta o un ideale. Non è un progresso il fatto che non si riesca a vivere insieme. Ciò che si vede nella politica, con le sue conseguenze che finiscono col pesare sempre sui più deboli, è vero sul piano culturale e sul piano morale: non vi sono solo diversità, ma anche divergenze e contrapposizioni nel riconoscere ed apprezzare valori moralmente rilevanti e che dovrebbero essere unificanti.

Se da un lato c'è la tentazione di valutare ingenuamente il pluralismo di fatto, come in sé positivo, c'è pure la tentazione di vivere con insofferenza il fatto del pluralismo: il che suole tradursi in vari modi di insofferenza verso coloro che non hanno le stesse convinzioni e non perseguono gli stessi obiettivi. La serietà di questa tentazione si rivela nel fatto che i tentativi di superare i conflitti con questo atteggiamento verrebbero condotti con metodi e mezzi internamente coerenti con il conflitto stesso e con le sue cause: il "superamento" sarebbe inteso nella logica del far valere il proprio punto di vista perché proprio, e naturalmente si direbbe perché chi lo sostiene lo ammette come "vero"<sup>10</sup>.

La tolleranza è il momento di condivisione di un progetto e del riconoscimento e apprezzamento delle parti in causa. Il termine tollerare può essere negativamente inteso come distacco e allontanamento da chi non si condividono posizione culturale e

<sup>10</sup> Bastianel S, *Moralità personale nella storia* in Parnofello G (a cura). PUG, Roma 2005, p. 138-9.

orientamento etico o religioso. In questa accezione c'è il disconoscimento dell'altro come portatore di valori a noi non sempre sufficientemente noti, ma comunque non condivisi: l'*altro* viene tollerato solo perché ignorato e tenuto lontano, senza l'avvio di una relazione; noi non lo riconosciamo. Il tollerare risponde a un atteggiamento egoistico dove fa da padrone l'atteggiamento di "purché lontano da me e non mi disturbi, puoi fare quello che vuoi": forma di tolleranza che esclude la presenza dell'*altro* ed eclissa la relazione eticamente fondata.

Il senso costruttivo della tolleranza è legato all'accettazione di valori condivisi e fondanti, riconosciuti da entrambi come irrinunciabili. Si attiva un "compromesso in campo etico", un movimento di avvicinamento, un volere condividere valori comuni, pur nella diversità complessiva della visione generale. Il compromesso non è un mettersi d'accordo rinunciando alle proprie idee o perseguendo quanto sia più conveniente, ma la costruzione di un rapporto di co-interessenza e condivisione su quei valori su cui non si può transigere e che ognuno sa di poter tutelare perché apprezzati dall'altro.

Pertanto la tolleranza è raggiunta attraverso un compromesso in cui ciascuno rinuncia a qualcosa e non all'altro; ma rinuncia in prospettiva costruttiva di accoglienza e non di abbandono al suo destino. È la sfida continua dell'etica e delle tematiche bioetiche che animano il dibattito nell'epoca della biotecnica, responsabili di dividere la società, ma anche della sua costruzione valoriale.

## INDICE



Presentazione di <i>Alfredo Salerno</i>	5
Prefazione di <i>Aldo Gerbino</i>	11
Introduzione: <i>Zolfare di Sicilia, perché e come ne parliamo</i>	15

### **I. La sanità nelle zolfare di Sicilia: le origini**

Ricchezze dal sottosuolo, p. 23 - Lo sfruttamento delle miniere e le norme, p. 31 - Il *Servizio Sanitario delle zolfare*: protagonisti, p. 40 - I medici nel territorio e nel Parlamento, p. 46 - Tematiche nosologiche, p. 54

### **II. Il corpo testimonia rischi, fatiche, miseria**

Incidenti e cause, p. 59 - Infortuni e dati statistici, p. 64 - *I carusi*, tra *pauperitas* e *infirmatas*, p. 67 - Igiene degli ambienti e nutrizione, p. 79 - Abitazioni, p. 80 - Alimentazione, p. 82 - Costituzione scheletrica de *i carusi*, p. 86 - La donna nelle zolfare, p. 94

### **III. I medici e l'organizzazione dei soccorsi**

Dall'armadio farmaceutico alle squadre di salvataggio, p. 99 - L'armadio farmaceutico, p. 101 - Posti di soccorso e prime cure, p. 103 - Squadre di salvataggio, p. 111 - Dal panno inumidito alle maschere ad ossigeno, p. 116 - Sacco o apparecchio di Galibert, p. 118 - P.E. De Ferrari: fiasca di salvamento, p. 119 - E. Niccoli: scatola del solfataio, p. 121 - Sulla denominazione degli apparecchi respiratori, p. 127 - Modelli organizzativi dei soccorsi in urgenza, p. 129 - Di Giovanni e i soccorsi nelle zolfare, p. 131 - Il percorso del paziente secondo Di Giovanni, p. 132 - Salerno e i soccorsi in città, p. 133 - Il percorso del paziente secondo Salerno, p. 136 - L'Istituto tematico dei soccorsi in urgenza, p. 137 - Di Giovanni e Salerno tra *beneficence* e diritti, p. 139

### **IV. Dalle Casse di Mutuo Soccorso al Sindacato Obbligatorio Siciliano**

La previdenza sociale e le casse di soccorso, p. 143 - Nascita del Sindacato Obbligatorio Siciliano, p. 148 - Le attività sanitarie del Sindacato Obbligatorio Siciliano, p. 154 - La Direzione Medica,

p. 162 - La Commissione Sanitaria, p. 165 - Invalidità e lotta alla *sinistrosi*, p. 171 - Assistenza sanitaria e cooperazione dell'utente, p. 173 Volontariato e gestione della cosa pubblica, p. 179

### *Appendice*

#### **Bioetica e storia sanitaria delle zolfare**

Racconto storico e Bioetica, p. 181 – Ambiti della Bioetica, p. 183 - Nascita e sviluppo della Bioetica, p. 184 La Bioetica e le sfide della scienza, p. 185 - Modelli e teorie etiche, p. 187 - Pluralismo e tolleranza, p. 191

Finito di stampare  
nel mese di novembre 2012  
presso le Officine Tipografiche Aiello & Provenzano  
Bagheria (Palermo)