

ZOOM

Mauro Capocci

UNO SPAZIO SANITARIO COLONIALE

L'ITALIA NEL CONSEIL SANITAIRE
MARITIME ET QUARANTENAIRE DI
ALESSANDRIA D'EGITTO (1895-1910)

La seconda metà del XIX secolo è stata caratterizzata da un enorme incremento globale della circolazione di merci e persone. L'introduzione delle navi a vapore e l'apertura del canale di Suez hanno accorciato moltissimo le distanze tra l'Europa e il resto del mondo, consentendo un'espansione coloniale senza precedenti. Tale globalizzazione ha avuto come effetto collaterale una circolazione più rapida di malattie infettive che sembravano ormai allontanate dall'Europa e che continuavano invece a essere endemiche in Africa, in Asia e in Sudamerica. Questo articolo si propone di osservare da vicino come medicina e politica abbiano interagito nel periodo in cui si intrecciano la nuova globalizzazione coloniale e la nuova scienza pasteuriana. È un periodo di transizione di grande rilevanza, in cui si aprono nuovi processi di negoziazione diplomatica che danno forma alla sanità pubblica – locale e globale – del XX secolo, e guardando alla medicina è possibile vedere, in filigrana, le dinamiche internazionali di potere.

In particolare, il Mediterraneo si ritrovò a essere il confine per l'Europa: una barriera che era necessario mettere in sicurezza contro le malattie più temute che provenivano dalle aree tropicali, soprattutto febbre gialla, peste e colera. Per le nazioni europee, il controllo anche sanitario del canale di Suez rappresentava così uno snodo fondamentale per evitare l'arrivo di individui malati e merci contaminate. Era necessario allargare il controllo su un'area geografica molto più ampia del passato, tenendo sotto stretta osservazione sanitaria anche territori remoti, la cui lontananza aveva in passato contribuito a mantenere la sicurezza sanitaria in Europa. Lo spazio di sorveglianza sanitaria per ogni governo andava molto al di là dei bordi di un singolo impero, poiché le malattie infettive viaggiano con pochi riguardi per i confini politici. Così non stupisce l'interesse di un ufficiale medico italiano per le condizioni sanitarie in India, e in particolare nei grandi porti:

Le condizioni sanitarie di Bombay hanno grande importanza per gli Stati Europei, perché la grande metropoli asiatica, per le rapide e numerose vie di comunicazione che la allacciano all'Europa, costituisce per questa un focolaio di colera e di peste bubbonica che la minaccia di continuo. L'India, patria del colera, è stata il vivaio da cui han tratto origine tutte le epidemie che direttamente o indirettamente hanno invaso l'Europa; Bombay e Calcutta ne sono stati i porti di partenza¹.

La sponda sudorientale del Mediterraneo diventò un luogo di interesse globale, dove diversi interessi si fronteggiavano ma anche – non di rado – collaboravano nella ricerca biomedica (per esempio, per identificare gli agenti patogeni o individuare le migliori strategie preventive) formando reti transimperiali oltre le rivalità politiche così evidenti in Europa (Neill 2012). Qui vengono inoltre implementate

¹ Fratini, F., *Le condizioni sanitarie di Bombay ed i pericoli che possono derivare per l'Europa*, «Annali di medicina navale», n.13, 1907, pp. 843-851, p. 843.

politiche sanitarie in seguito a negoziazioni tra potenze europee. Uno spazio importante dove avvenne tale negoziato è stato il Conseil sanitaire maritime et quarantenaire (Csmq) di Alessandria in Egitto. Creato ufficialmente nel 1881, il Csmq era il frutto dell'incremento dell'influenza europea nel khedivato d'Egitto. Già da mezzo secolo esisteva un'intendenza sanitaria di cui facevano parte anche i consoli europei: era stata creata sotto il governo di Mehmet Ali, il quale di fronte a un'epidemia di colera aveva invitato gli stati europei a cooperare alla creazione di una barriera contro le epidemie nel bacino mediterraneo (Chiffolleau 2007 e 2012). Nel 1881, il Csmq veniva separato dall'intendenza, con quest'ultima a ricoprire compiti di salute pubblica interni per tutto il khedivato, il cui governo stava perdendo sempre più potere in favore dell'Inghilterra e di altre potenze europee. Il Csmq aveva invece una funzione diversa: gestire la sanità dei porti egiziani e delle navi che li visitavano, nonché delle imbarcazioni che transitavano per il mar Rosso e poi nel canale di Suez. Il funzionamento del Csmq era finanziato in gran parte attraverso le proprie attività (tasse di rilascio di patenti sanitarie, pagamenti per i giorni di quarantena, le disinfezioni delle merci, ecc.) e con un contributo del governo egiziano. Per fare un esempio, nel 1899 il totale delle entrate del Csmq fu di circa 37.000 lire egiziane, di cui 7.000 erano un finanziamento del ministero delle Finanze. Tuttavia, al governo egiziano erano anche in capo le spese relative al miglioramento delle strutture sanitarie come richiesto dal Csmq, tra cui lazzeretti, centri per la quarantena, laboratori, ecc. Solo per il 1899, a seguito di lavori deliberati dal Consiglio nel 1897, vanno aggiunte oltre 30.000 lire per opere edili straordinarie². Il Csmq era composto di delegati delle potenze europee, incluso l'impero ottomano, ai quali si aggiungevano i ruoli apicali di presidente e ispettore sanitario, di nomina governativa e, quindi, fortemente influenzati dalla politica britannica. I delegati europei erano pagati dai rispettivi governi, mentre presidente e ispettore sanitario erano alle dipendenze del Consiglio. Nell'archivio del ministero degli Affari Esteri, nella serie Rappresentanza diplomatica al Cairo, si trova gran parte dei materiali prodotti dal Csmq. I documenti sono in gran parte legati alla figura del delegato – il medico Andrea Torella (1851-1935) – che ha rappresentato gli interessi italiani al Csmq per oltre due decenni, trasmettendo le informazioni al console italiano ad Alessandria, che a sua volta li veicolava verso l'agente diplomatico al Cairo. Fare gli interessi italiani nel Csmq significava dover di volta in volta mediare tra le necessità della sanità pubblica – italiana e non solo – e i bisogni economico-militari delle potenze coloniali europee: esigenze spesso in contrasto tra loro. Tra le occupazioni dei delegati vi era per esempio quella di gestire le quote nazionali nell'insieme del personale

⁽²⁾ Archivio del ministero degli Affari Esteri e della cooperazione italiana, Rappresentanza diplomatica al Cairo (d'ora in poi Maeci/Rdc), b. 69, f. 3, *Bilan de l'Année 1899 et projet de budget pour l'exercice 1900*, Typo-lithographie V. Penasson, Alexandrie, 1900.

stipendiato dal Consiglio: Torella riuscì a mantenere alto il contingente italiano nella rete di impiegati che comprendeva medici, veterinari e amministrativi diffusi in punti strategici dell'Egitto, in particolare nei porti di Alessandria, Port Said e Suez. Il ruolo dei medici nei porti era considerato fondamentale perché a loro era demandata la possibilità di far osservare più o meno strettamente i regolamenti sanitari varati a livello nazionale e internazionale. Si trattava quindi di un compito di responsabilità, che includeva la possibilità di bloccare navi – con relative merci e passeggeri – in transito verso l'Europa. Era una minaccia che incombeva soprattutto sull'Italia e sul Regno unito, per motivi spesso opposti. Se l'impero britannico aveva necessità di far viaggiare merci e persone per e dalle colonie – in particolare verso l'India – l'Italia doveva cautelarsi, essendo la “potenza” più vicina alle coste egiziane. I vapori che passavano Suez diretti in Europa dalle coste dell'oceano Indiano potevano quindi arrivare a Brindisi o Napoli in pochi giorni di navigazione e, da lì, merci e passeggeri avrebbero potuto riprendere il viaggio via ferrovia per l'Europa del nord. La concessione di patente “netta” era quindi fondamentale per ridurre al minimo i tempi di viaggio, dal momento che un qualsiasi medico di porto avrebbe potuto fermare una nave e tutto ciò che aveva a bordo per giorni, con aumento dei costi e dell'incertezza negli scambi. Questa minaccia era sentita soprattutto dall'impero britannico, i cui rappresentanti si mossero più volte per evitare che emergessero ostacoli di qualsiasi natura e si lamentarono a diversi livelli delle misure prese dai sanitari italiani quando in Egitto si presentavano focolai di peste o colera. La difesa sanitaria ogni tanto entrava quindi in contrasto con le necessità diplomatiche che vedevano l'Italia al fianco del Regno unito, cui doveva lealtà per l'appoggio ricevuto nel recente processo di unificazione nazionale. Le pressioni britanniche erano quindi spesso prese in importante considerazione da parte degli organi nazionali, che trasmettevano le preoccupazioni alle diramazioni locali, le quali si trovavano a dover giustificare e/o negoziare comportamenti che erano spesso legati al legittimo timore del contagio e alla consapevolezza che le condizioni locali non consentivano di abbandonare misure considerate troppo restrittive da altri paesi europei, e in particolare dai britannici. Questi ultimi supportarono d'altra parte anche lo sviluppo di alcune infrastrutture portuali e ferroviarie proprio per i propri commerci con le colonie: il porto di Brindisi e le vie ferrate che lo collegavano al Nord furono migliorati per il passaggio, tra il 1870 e il 1914, della “Valigia delle Indie” (Indian mail), che trasportava posta, valori e passeggeri da Londra fino a Calcutta, utilizzando le navi a vapore tra Brindisi e Bombay. Il rapporto a tratti problematico tra Italia e Regno unito, in parte ripercorso altrove (Capocci e Cozzoli 2022) e documentato soprattutto dai faldoni conservati all'Archivio centrale dello stato prodotti dalla Direzione generale di sanità pubblica, era quindi incentrato sul tentativo di eliminare le restrizioni quarantenarie tradizionali codificate dalle

convenzioni internazionali del 1892 e del 1897, considerate dai britannici efficaci per la peste ma non per il colera³.

IL CSMQ COME “STRUMENTO DI CIVILTÀ”

La richiesta di maggiore libertà di movimento era però valida solo per ciò che era strumentale al commercio coloniale, in particolare al servizio dell'impero britannico. Al di fuori di questa categoria, qualsiasi forma di costrizione poteva essere accettata e il Consiglio di Alessandria a guida britannica non si peritò di utilizzare il proprio potere per controllare i comportamenti delle persone. Il Consiglio aveva infatti una rete piuttosto estesa di medici, veterinari, infermieri, impiegati con varie funzioni e semplici informatori, che riportavano notizie considerate rilevanti per la sanità pubblica egiziana (e quindi europea). Medici, veterinari e infermieri erano soprattutto europei (perché considerati più affidabili) e selezionati spesso in base a convenienze politiche, con un bilanciamento attento dei posti attribuiti alle maggiori potenze (Austria-Ungheria, Francia, Germania, Italia, Regno unito), anche se ogni tanto emergeva il malcontento per questa scelta che non premiava il merito: «La soddisfazione accordata ad una Potenza di impiegare a Suez uno dei suoi medici è cosa ben meschina di fronte all'interesse che tutte le Potenze europee devono avere di affidare la custodia del Mediterraneo contro i flagelli dell'estremo Oriente ad uomini di valore»⁴.

Grazie alla rete di informatori nel paese, nonché alle comunicazioni provenienti dai diversi governi rappresentati al suo interno, il Consiglio aveva la possibilità di monitorare la sanità pubblica egiziana (comprese le malattie veterinarie), di ricevere notizie sulle possibili minacce per il Mediterraneo e di compiere inchieste sulla diffusione delle epidemie di peste e colera. Diverse volte il Consiglio creò commissioni per scoprire l'origine di un focolaio di peste o colera in Egitto, con ricerche epidemiologiche sul territorio, spesso in aperto contrasto con il governo egiziano sull'interpretazione dei risultati delle inchieste e sulle strategie da adottare per la prevenzione. Il disaccordo tra diverse istituzioni fu chiaro nel corso delle diverse epidemie che colpirono l'Egitto e Alessandria in particolare negli anni a cavallo tra XIX e XX secolo, nel più ampio contesto della cosiddetta terza pandemia di peste che in quel decennio si espanse tra Cina e India (in particolare Bombay), arrivando a lambire anche i porti europei (Echenberg 2007). Il governo egiziano aveva affidato la questione al medico inglese Horace Pinching, che tuttavia risultò molto filogovernativo, contrariamente al suo connazionale Armand Ruffer del Csmq e al tedesco Emil Gotschling, che aveva il

③ Ruffer, M.A., *Measures taken at Tor and Suez against ships coming from the Red Sea and the Far East*, «Transactions of the Epidemiological Society of London», n.19, 1899, pp. 25-47.

④ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 8 ottobre 1898, Lettera di A. Torella al console italiano ad Alessandria.

Agence Dipl.

RAPPORT

PRÉSENTÉ AU

CONSEIL SANITAIRE MARITIME ET QUARANTENAIRE D'EGYPTE

PAR

LA COMMISSION CHARGÉE DE RECHERCHER L'ORIGINE

DE

LA PESTE A ALEXANDRIE

EN 1899

Commission nommée dans la séance du 4 Juillet 1899.

Rapport présenté dans la séance du 3 Octobre 1899.



ALEXANDRIE

TYPO-LITHOGRAPHIE V. PENASSON

1899

ZOOM

Il frontespizio del rapporto della commissione nominata dal Csmq per individuare l'origine dell'epidemia di peste ad Alessandria nel 1899, con un'inchiesta sul campo che cercò di mettere in relazione i casi di peste umana e quelli verificatisi nei ratti (Archivio Maeci/Rdc, b. 69, f. 1)

19

ruolo di ispettore sanitario per la città di Alessandria. Tutti e tre, si evince dai documenti, erano comunque convinti che fosse l'arretratezza culturale egiziana a fornire le condizioni necessarie per lo sviluppo dei germi della peste e del colera. Quando, nel 1902, si verificarono due focolai di peste nelle città di Tanta e Zefta (a metà strada tra Alessandria e Il Cairo), Pinching in un rapporto al governo egiziano rivendicò di aver condotto un'azione corretta e tempestiva, la cui efficacia era stata limitata (nel riassunto del rapporto che fa Torella) da due fattori, «la densità della popolazione in quelle due città e l'angustia delle strade»⁵. Torella e Ruffer erano tuttavia scettici verso questa interpretazione per diversi motivi. Essi infatti sostenevano l'ipotesi, all'epoca ancora non del tutto accertata, che i ratti fossero implicati nella trasmissione della malattia. Nella loro prospettiva, i metodi tradizionali erano quindi poco efficaci in città molto popolose. Pinching era invece più conservatore e secondo lui il germe della peste si diffondeva là dove c'era poca pulizia, in continuità con le idee prepasteuriane dei miasmi ma accettando la teoria che il contagio avvenisse per mezzo di un microorganismo. Torella già nel 1901 aveva chiesto a Ruffer se non fosse il caso di applicare protocolli per l'eliminazione di topi e ratti a bordo delle navi, visto che riconoscevano entrambi che si trattasse di una «misura preventiva di grande valore»⁶, affiancandola ai vari provvedimenti che «le agenzie di navigazione sopportano già malvolentieri [...] cioè la disinfezione delle navi, la visita individuale dei passeggeri e la disinfezione degli effetti d'uso dei viaggiatori di 3^a classe»⁷. Tuttavia, considerando la probabile opposizione delle varie agenzie, Ruffer decise di non muoversi in tale direzione. Un ulteriore motivo di sfiducia presente all'interno del Csmq era dovuto alla scarsa affidabilità dei servizi di sorveglianza sanitaria. Nel corso dell'epidemia del 1901 nella città di Zagazig Torella sottolineò per esempio che, nell'epidemia del 1899, l'inchiesta effettuata dal Csmq aveva stabilito che «la peste esisteva in Alessandria almeno tre mesi prima della constatazione ufficiale»⁸. Agli occhi dei delegati, tuttavia, il fattore che più sembrava influenzare l'andamento delle epidemie e i rischi a esse associati era quello socioculturale. Nel 1900 in una relazione destinata al ministro degli Esteri italiano, scritta probabilmente dall'agente diplomatico al Cairo, si leggeva: «Ci troviamo in un paese ove le condizioni climatiche ed igieniche, le consuetudini, la religione, le superstizioni e forse, più tutto questo insieme, il regime delle capitulazioni intralciano ed impediscono ad ogni piè sospinto la pronta applicazione di quelle misure che la scienza impone»⁹. Nel 1902 il

⁵ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 2 gennaio 1902, Lettera di A. Torella al console italiano ad Alessandria

⁶ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 20 agosto 1901, Lettera di A. Torella al console italiano ad Alessandria.

⁷ Ibidem.

⁸ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 7 giugno 1901, Lettera di A. Torella al console italiano ad Alessandria.

⁹ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 19 settembre 1900, sf. "Il Commercio A Port Said in Relazione colla peste", lettera al ministro degli Affari Esteri.

rappresentante italiano al Csmq ribadiva che «la diffusione del morbo sta nelle pessime condizioni igieniche del paese [...] e più ancora nell'indole della popolazione musulmana e copta che rifugge da ogni minima misura di igiene e ne ha persino paura»¹⁰. D'altra parte, come anche nella relazione del 1901 già citata, la preoccupazione sanitaria era rivolta soprattutto ai “viaggiatori di terza classe”: erano i loro effetti personali a dover essere disinfettati a priori, con procedure invasive che rischiavano di rovinare il bagaglio e le merci e che prendevano tempo, mentre i più ricchi viaggiatori di classi superiori non andavano incontro a tali ostacoli nei viaggi. Poveri, sporchi, malsani, poco “civilizzati”, spesso disonesti, scarsamente inclini a seguire le novità della medicina occidentale: così vengono tratteggiati i cittadini egiziani e, più in generale, i sudditi ottomani.

Sulle rotte da e verso l'Oriente i viaggiatori europei erano soprattutto appartenenti alle élite, diversamente che sulle rotte transatlantiche. Le misure rivolte verso i passeggeri di terza classe identificavano, in maniera spesso indistinguibile, provenienze geografiche, appartenenze culturali e classi sociali.

SANIFICARE I PELLEGRINI

Arriviamo così alla funzione più rilevante del Consiglio di Alessandria: la vigilanza sanitaria sui pellegrini che da tutto il mondo islamico si riversavano annualmente alla Mecca e a Medina per l'*hajj*, la visita ai luoghi sacri da compiere, secondo la tradizione musulmana, almeno una volta nella vita. Ciò significava uno sforzo importante: dal Nordafrica, dai Balcani, dalla Turchia, viaggiavano verso la penisola arabica decine di migliaia di persone che si mescolavano ai pellegrini provenienti da Oriente e necessariamente passavano dall'Egitto e/o dal mar Rosso. Si trattava dunque di monitorare ogni aspetto di questo movimento, in particolare organizzando le operazioni di polizia sanitaria e cercando di controllare la situazione epidemiologica alla partenza e al ritorno. Serviva quindi tenere d'occhio la presenza di peste e colera ben oltre l'Egitto e il Mediterraneo e a questo scopo il Consiglio riceveva, al pari dei governi, i bollettini settimanali di informazione sanitaria da tutto il mondo. Si doveva poi gestire la presenza dei pellegrini nei luoghi sacri, per consentire loro di avere acqua pulita, vitto decente e sistemazioni accettabili. A questo riguardo, il Consiglio aveva un *délégué au Hedjaz* – la regione araba di Mecca e Medina –, incaricato di riportare ad Alessandria i dati sanitari raccolti durante la permanenza nei luoghi sacri. Il fatto che questi fossero parte dell'impero ottomano e che ci fosse un delegato di Costantinopoli nel Csmq non intimidiva nell'esercizio di polizia sanitaria e nel rimarcare le difficoltà. Il delegato all'Hedjaz del Csmq nel 1899, il dottor Safouat, si lamentava per esempio di numerosi problemi

¹⁰ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 17 gennaio 1902, lettera di A. Torella al console ad Alessandria.

soprattutto legati al fatto che le diagnosi venivano fatte solamente post mortem, così che in assenza di esami di laboratorio e senza bubboni evidenti (come nei casi di peste polmonare) i decessi per peste non potevano essere individuati: «Par consequent, les nouvelles que j'ai l'honneur de communiquer au Conseil ne peuvent être scrupoleusement exactes» (Di conseguenza, le notizie che ho l'onore di comunicare al Consiglio non possono essere scrupolosamente esatte)¹¹. Nella stessa comunicazione, il dottor Safouat indicava tuttavia un problema più grande: le navi in arrivo e in partenza da Djeddah – il porto di pertinenza per i luoghi sacri – erano impossibili da controllare, e le autorità nei porti di partenza che rilasciavano i permessi di navigazione (le cosiddette patenti) non avevano particolari interessi a far rispettare i regolamenti: «Il m'a paru que ces bateaux contenaient un nombre de pélerins plus élevé que celui porté sur la patente. L'encombrement et la malpropreté des navires sont considerables» (Mi è sembrato che questi battelli contenessero un numero di pellegrini maggiore rispetto a quello riportato sulla patente. L'affollamento e la sporcizia dei navigli sono notevoli). Osservazione che riecheggia quella fatta l'anno prima da Torella e riportata in un importante rapporto sulla stazione di El Tor: i passeggeri in sovrappiù «sono tutta gente che gli agenti di navigazione imbarcano per lo più di notte, in apparenza clandestinamente, ma in realtà con il tacito consenso delle autorità»¹².

Sempre nel 1898, Torella, in un resoconto al Console, scrisse che l'ispettore generale dei Servizi sanitari ottomani, il dottor Gozzonis, aveva denunciato l'impossibilità di controlli di sanità pubblica poiché «a Gedda la popolazione minaccia e percuote i medici che vogliono procedere ad ispezioni, rifiuta assolutamente di lasciar visitare i cadaveri delle donne, e obbliga i medici a contentarsi di semplici dichiarazioni verbali sulle cause dei decessi fra le donne»¹³. Proprio il sovraffollamento delle navi di pellegrini, secondo il medico italiano «è stato sempre uno dei coefficienti non trascurabili della propagazione del colera per mezzo del pellegrinaggio e potrebbe esserlo della peste, se il germe del morbo penetrasse fra quei fitti ammassi di gente mal nutrita, estenuata dai disagi, sudicia e non sorvegliata, perché il sorvegliarla a bordo è impossibile»¹⁴.

La sorveglianza sanitaria a Djeddah, Mecca e Medina avrebbe definito la condizione sanitaria del pellegrinaggio (se “netto”, senza sospetti di contagio, o invece contaminato da peste o colera) e quindi la severità dei controlli sui pellegrini al ritorno verso il Mediterraneo. Prima di

¹¹ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 7 aprile 1899, *Communication faite à la Présidence par M. le Délégué du Conseil au Hedjaz.*

¹² Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 2 giugno 1898, *Rapporto sulla stazione quarantena di Tor di A. Torella*, p. 21.

¹³ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 25 agosto 1898, lettera di A. Torella al console ad Alessandria, *Convenienza di mantenere le misure sanitarie contro il governo.*

¹⁴ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 2 giugno 1898, *Rapporto sulla stazione quarantena di Tor di A. Torella*, p. 21.

rientrare in Egitto i fedeli dovevano però fermarsi nel campo quarantenario di El Tor, sulla costa sud-occidentale della penisola del Sinai, all'entrata del golfo di Suez. Il campo era gestito direttamente dal Conseil di Alessandria e secondo Torella (che riporta il sentimento di tutto il Csmq) costituisce «la maggiore delle barriere che le potenze del Mediterraneo oppongono ai pericoli del pellegrinaggio musulmano»¹⁵. Non si può non notare l'allarmismo nelle parole di Torella, che rispecchiano una sorta di paura nei confronti dell'islam, direttamente correlata al timore che i pellegrini musulmani costituissero non solo un pericolo sanitario ma anche una minaccia all'ordine coloniale europeo (per quanto da sfruttare per destabilizzare l'impero ottomano), in un cortocircuito evidente tra medicina e politica (Raza Kolb 2021). Il Conseil aveva deciso nel 1897 di ricostruire completamente il campo di El Tor, per adeguarlo non solo alle necessità della nuova medicina dominata dalla batteriologia, ma anche per evitare ogni tipo di contatto tra i pellegrini e l'esterno.

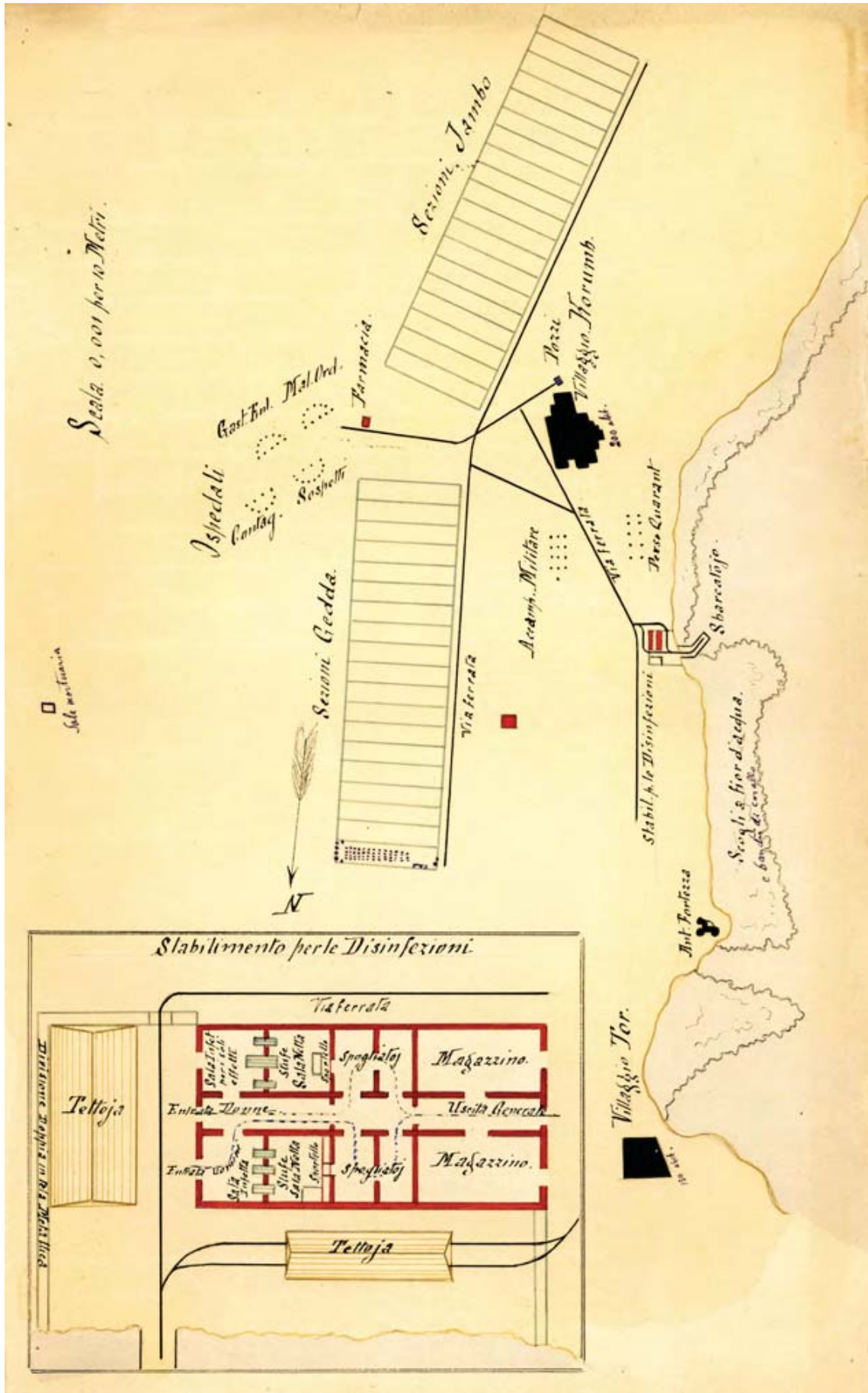
Andrea Torella visitò il campo mentre erano ancora in corso i lavori di ampliamento programmati nel 1897 (e poi finiti nel 1899), ma erano presenti i pellegrini. Voleva vedere con i propri occhi come funzionava il campo, senza fidarsi ciecamente dei rapporti del direttore, il dottor Zachariadis. Il rapporto serviva anche a far conoscere ai suoi corrispondenti italiani il campo di El Tor, per permettere decisioni informate, e contemporaneamente per aumentare il proprio prestigio all'interno del Csmq: «Le cose di Tor sono nel Consiglio sanitario un logico monopolio di coloro che conoscono il luogo, e più ancora di quelli vi han visto funzionare la stazione [...] tutti gli altri delegati seguono i loro giudizi e le loro impressioni, e non sempre possono avere, dopo il voto, la certezza di avere accettato il partito più conveniente»¹⁶.

Il rapporto – ancora più di quelli annuali del direttore – ci porta a visitare un campo che di fatto si configurava come un luogo di detenzione coatta – più simile a un campo di concentramento che a un ospedale. I pellegrini arrivavano in nave dai porti di Djeddah e da Yambo e sbarcavano (con scialuppe) al molo del campo. Da qui passavano verso lo stabilimento di disinfezione (uno dei pochi in muratura). Secondo un medico britannico che visitò il campo nel 1895, qui veniva perquisito chi affermava di essere indigente allo scopo di non dover pagare le tasse di quarantena¹⁷. I bagagli erano quindi passati in una stufa a 110°C o disinfettati con soluzioni di acido fenico o sublimato (cloruro mercurico). Ogni individuo riceveva una veste e lasciava alla disinfezione anche i propri abiti. Prima di ritirare le proprie cose, un medico li esaminava. Le stesse operazioni si

¹⁵ Ivi, p.1.

¹⁶ Ivi, p. 2.

¹⁷ Attfield, D.H., *A private journal in Egypt from may 1894 to may 1895*, Spottiswoode, London 1895, p. 63, <http://archive.org/details/b21471435>.



Mappa del campo quarantenario di El Tor, fatta disegnare dal dott. Torella per il suo rapporto del 1898 (Archivio Maeci/Rdc, b. 69, f. 1)

effettuavano per l'equipaggio e, poi, anche la nave veniva disinfettata, secondo i regolamenti internazionali. Tutto il procedimento era molto complesso e, secondo Torella, non era possibile "processare" più di 500 pellegrini al giorno. In particolare, la disinfezione dei bagagli era lenta, poiché la quantità di oggetti per ogni passeggero era diversa e poteva anche essere molto ingente. Il risultato è che poteva succedere che i pellegrini sbarcati aspettassero l'entrata dei propri bagagli davanti allo stabilimento di disinfezione, dormendo all'aperto. Ancora peggio, Torella racconta che alcune navi aspettarono in rada anche dieci giorni prima di far scendere i propri passeggeri.

Una volta completata la disinfezione, i pellegrini venivano avviati a piedi verso il campo vero e proprio, mentre i bagagli disinfettati erano trasportati con una ferrovia. Nell'accampamento i viaggiatori venivano quindi divisi in gruppi omogenei, così da evitare che si confondessero i passeggeri di diverse imbarcazioni. L'imprecisione su numero e identità dei passeggeri era un enorme ostacolo in questo processo, poiché di molte persone sbarcate a El Tor non si sapeva nulla e, quindi, neanche se riuscissero a sottrarsi alle procedure. Per questo motivo, molta attenzione veniva posta alle recinzioni. Ogni spazio, dall'area di attesa dei padiglioni di disinfezione alle diverse sezioni dove i pellegrini vivevano il tempo della quarantena, era circondato da una o due reti di fil di ferro, alte anche tre metri. Ciò serviva a diversi scopi, tra i quali «rendere sempre più difficili le evasioni dei pellegrini e i contatti delle sezioni tra loro o con gente estranea, [...] ridurre il numero dei soldati formanti il cordone sanitario»¹⁸.

Torella con un certo orgoglio racconta che la nuova «rete di grosso filo metallico alta tre metri» aveva dimostrato la sua funzionalità durante una rivolta dei pellegrini che «avanzavano minacciosi verso l'ingresso protestando per l'insufficienza dell'acqua... giunti al graticolato, si fermarono, e frattanto le autorità e la truppa ebbero il tempo di accorrere, sedare il tumulto e fare egli arresti»¹⁹.

Il progetto, al suo completamento, prevedeva dimensioni importanti: due grandi sezioni (una per le provenienze da Yambo, l'altra per Djeddah) divise da uno spazio di 200 metri, e a loro volta suddivise in 19 aree di 250x50m. In ognuna di queste aree erano piantate tende per 6-7 persone, con un serbatoio d'acqua potabile (dei pozzi locali, di ottimo sapore secondo Torella), una bottega di generi alimentari e una mensa (a prezzi e qualità controllati) e delle latrine (sei per ogni sezione). Per i pellegrini indigenti, il governo egiziano distribuiva gratuitamente minestre, carne e pane. Ogni giorno un medico effettuava una visita individuale per ciascuno dei pellegrini, mentre un'infermiera britannica era deputata a esaminare le donne. Vista la minaccia di peste, l'esame comprendeva la ricerca dei classici

¹⁸ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 2 giugno 1898, *Rapporto sulla stazione quaranteneria di Tor di A.* Torella, p. 7.

¹⁹ Ivi, p. 8.

bubboni. La sorveglianza era affidata a due europei, con undici sottoposti indigeni che avevano anche il compito di tenere pulita e ordinata l'area. Tutti gli spazi del campo erano sorvegliati da un corpo di almeno 200 soldati e ufficiali, che impedivano la comunicazione tra i diversi recinti. Essendo quello del 1898 un pellegrinaggio "epidemico", ai soldati era aggiunta una continua ronda di beduini a cavallo di dromedari per sorvegliare il perimetro dell'accampamento ed evitare evasioni verso il villaggio di El Tor, che distava meno di due chilometri. Il campo disponeva naturalmente di un ospedale, diviso in due sezioni: malattie generiche e malattie gastrointestinali. Durante le epidemie di colera e peste, i contagiati andavano a formare altri gruppi separati. Nel 1898 l'ospedale era ancora composto di tende, ma il progetto in corso prevedeva di trasformarlo in un edificio in muratura. Ogni sezione era controllata da un medico capo, affiancato da diversi assistenti che tuttavia Torella definì «mani inesperte», avventizi «la cui capacità ci è spesso sconosciuta»²⁰: alla loro imperizia attribuì la morte per gangrena di un pellegrino, operato tardi e male. «Non è umano né prudente affidare a sanitari più o meno ignoti un ospedale importante per il numero di ammalati, per l'entità delle malattie e per la natura dei morbi di cui importa, nell'interesse generale, di fare senza ritardo la diagnosi», commentò²¹. La statistica fornita da Torella per i suoi 12 giorni di permanenza nel campo è impressionante: su 154 ricoverati nell'ospedale, ne uscirono guariti in 15, ma ne morirono 51. Anche gli infermieri erano considerati di poco valore e la situazione, da questo punto di vista, non cambiò negli anni successivi, dal momento che nel 1901 il presidente del Csmq Ruffer scrisse che gli infermieri europei sono «pour la plupart, paresseux et parfaitement mauvais» (Per la maggior parte, pigri e perfettamente malvagi)²².

Torella lamentava anche il deplorabile stato del laboratorio batteriologico, ormai divenuto uno strumento indispensabile per la diagnosi, in particolare per riconoscere il colera tra altre malattie gastrointestinali. Il laboratorio era ancora ospitato in una tenda e, vista la difficoltà a gestire le autopsie (necessarie anche per avere campioni da analizzare), è evidente che la misura principale di difesa europea fosse la quarantena più o meno lunga: la durata della permanenza nel campo dipendeva dai tempi di partenza da Djeddah e Yambo e dalla situazione epidemiologica. Per i pellegrini che non sarebbero andati in Egitto, si poteva stabilire una quarantena corta limitata a pochi giorni, dato che poi avrebbero continuato il viaggio nell'isolamento forzato delle navi. Per i pellegrini egiziani, si poteva però stabilire una durata anche di 15 giorni, da aggiungere al viaggio precedente, all'attesa in rada e a quella per la disinfezione. Il sistema poteva prevedere ulteriori restrizioni per il viaggio lungo il canale di Suez. Nel 1899, per esempio,

²⁰ Ivi, p.11.

²¹ Ivi, p. 12.

²² Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, 29 ottobre 1901, M. Ruffer, *Remarques du président à propos du rapport du Dr. Zachariadis Bey.*

il Conseil decise la creazione di un altro campo in aggiunta a quello di El Tor e approvò delle misure aggiuntive per i pellegrini che passavano nel canale in stato di quarantena. Le misure costituivano di fatto una militarizzazione del canale: da Suez fino all'arrivo nel Mediterraneo le navi potevano viaggiare solo di giorno, e scortate da piccoli vapori di sorveglianza con a bordo soldati armati. «Les pèlerins seront informés que les soldats ont l'ordre formel de tirer sur tous ceux qui évaderaient» (I pellegrini saranno informati che i soldati hanno l'ordine formale di sparare a chiunque fugga)²³, si affermava chiaramente nelle disposizioni.

Anche il pilota che aveva portato la nave nel Mediterraneo e gli ufficiali sanitari saliti a bordo potevano sbarcare solo dopo che il vascello avesse preso il largo, per tornare a Port Said ed essere direttamente ammessi nel lazzaretto galleggiante.

Ovviamente, per le autorità italiane le severe misure di isolamento erano considerate legittime quando i destinatari dei provvedimenti erano paesi stranieri. Quando invece il focolaio era sul suolo italiano, le norme di limitazione di viaggi e commerci venivano viste come ingiuste. È ciò che successe per esempio per l'epidemia di colera che colpì l'Italia nel 1910-1911. Il contagio arrivò dall'est: il vibrione era particolarmente diffuso nell'impero russo e i pescatori che si muovevano dalla Puglia verso il Mediterraneo orientale furono con ogni probabilità i vettori del contagio, al loro rientro a metà del 1910. L'approccio utilizzato dalle autorità fu dapprima di occultamento: il colera nel mezzo di una pessima congiuntura economica sarebbe stato un colpo durissimo al fragile governo Luzzatti. Ma di fronte al diffondersi della malattia, ci si rivolse ai soliti strumenti emergenziali: repressione e controllo poliziesco a livello locale, conditi da episodi di xenofobia e razzismo istituzionali. Si replicavano – nelle province pugliesi inizialmente interessate – i modelli sanitari adottati nei secoli precedenti e che nell'epidemia da colera del 1884-85 avevano fallito (Snowden 1995). Quando tuttavia il contagio arrivò in Campania alla fine dell'estate del 1910, il governo adottò un approccio più "liberale", basato sulla responsabilizzazione delle autorità sanitarie e sulle procedure di diagnosi e controllo fondate sulla nuova batteriologia. Fu comunque un fallimento e, di fatto, le istituzioni – locali e nazionali – diffusero cifre false, notevolmente ribassate, allo scopo di non far emergere le vere dimensioni della tragedia e tranquillizzare gli altri paesi verso i quali avrebbero dovuto avere un vincolo di trasparenza. Nelle parole di Snowden (1995, p. 262),

²³ Maeci/Rdc, b. 69, f. 1, *Mesures applicable aux navires à pèlerins transitant le Canal Maritime en état de quarantaine, approuvé par le Conseil dans la séance du 2 Mai 1899.*

N° 19

Alessandria 28 Settembre 1910

Misure sanitarie
contro Napoli.

Signor Reggente,

RISERVATO

Nel trasmettere a V.S. Illmo i resoconti delle sedute nelle quali la Commissione Permanente ha deliberato circa il regime sanitario da imporsi all'"ORIONE" arrivato ieri l'altro da Napoli, stimo opportuno porre ancora una volta in rilievo la riluttanza dei funzionari egiziani del Consiglio ad ottemperare alle disposizioni della Convenzione di Parigi.

Applicare l'art. 28 per la notificazione di un primo caso di colera è già una violazione dell'art. 7, ma applicarlo dietro il semplice annuncio di un'agenzia telegrafica è anche una irregolarità di procedura e una scorrettezza verso il Governo interessato.

Per salvare il carico di migliaia di franchi di frutta, imbarcate tre giorni prima del caso ufficialmente notificato, dovetti chiedere una seconda seduta, nella quale raggiunsi l'intento sol perché, essendo arrivato da Napoli anche un vapore tedesco, feci valere il diritto di intervenire alla riunione per il Delegato di Germania, il quale votò con me ed evitò quindi il "partage" che avrebbe obbligato il Presidente a votare per formare la maggioranza.

Il Presidente -me lo ha fatto ben comprendere in via confidenziale- sa bene che il procedimento fin qui seguito è illegale, ma ha istruzione formale dal Governo Khediviale di agire così, ed istruzioni analoghe hanno i delegati egiziani e quello d'Inghilterra.

Muover rimostranze al Governo egiziano per le istruzioni date non si può perché tali istruzioni non risultano

Illmo
Signor Reggente
il R° Consolato Generale in
Alessandria.

ufficialmente, ma esso é responsabile delle illegalità che vengono commesse dai suoi funzionari, come sono responsabili i Governi i cui Delegati votarono nella seduta del 1° Settembre per l'applicazione delle misure contro Bari.

Il fondo della questione sta nella cattiva organizzazione sanitaria del paese, dove quindi Governo e opinione pubblica temono una invasione colerica come un male contro il quale non vi sono mezzi efficaci di difesa. E infatti tutti ricordano che nel 1902 il colera da Moucha si diffuse in meno di un mese a tutto l'Egitto.

Voglia, Signor Reggente, gradire i sensi della mia ben distinta considerazione.

Dr. A. Torella

the Italian Foreign Minister [...] plan was to dissuade foreign powers from taking public health measures against steamships sailing from Italian ports. [...] Persuasion was to be carried out by the Italian diplomatic service that would be instructed to lavish assurances on governments abroad that Italy was “absolutely free from cholera” (Il piano del ministro dell’Interno era di dissuadere le potenze straniere dal prendere misure di sanità pubblica nei confronti dei vapori salpati dai porti italiani. La persuasione doveva essere esercitata dal servizio diplomatico italiano che sarebbe stato istruito a prodigarsi in rassicurazioni sui governi stranieri sul fatto che l’Italia fosse “assolutamente libera dal colera”).

Nell’archivio del Maeci si trovano i documenti relativi, che raccontano come venne messa in atto tale strategia. Minimizzando la situazione con dati non veritieri, il governo italiano con la mediazione dei diplomatici e di Torella nel Csmq, cercava di evitare le sanzioni. Il presidente britannico del Csmq accusò più o meno apertamente di aver nascosto l’epidemia e di aver rilasciato patente netta a navi passate da Brindisi nonostante l’accertata presenza del colera²⁴. Nei primi mesi dell’epidemia, Torella si spese molto per eliminare le sanzioni quarantinarie contro le provenienze dal sud Italia, applicate nel periodo in cui si esportavano prodotti pregiati quali olio e uva. La stessa comunità italiana in Alessandria si sentiva vittima di una campagna stampa e attaccata direttamente dal Csmq²⁵ perché – come già successo in passato e come Torella stesso aveva auspicato – il regolamento applicato in Egitto per volere del Consiglio era più severo delle convenzioni internazionali di Venezia e Parigi che regolavano la sanità marittima. Addirittura, secondo il delegato francese, il Csmq aveva la facoltà di valutare se le misure messe in atto dall’Italia fossero sufficienti al contrasto dell’epidemia²⁶, un’ingerenza molto rilevante per un paese di recente costituzione e ancora considerato minore nel consesso delle potenze europee. L’uso di due pesi e due misure da parte dell’Italia è evidente: massimo rigore nei confronti dell’Egitto, tentativo di insabbiamento e minimizzazione quando il problema era interno. Di fronte alla diffusione dell’epidemia di colera in Italia (che raggiunse Napoli e, nonostante le rassicurazioni governative, divampò gravemente) appare ironico quanto scrive in una nota riservata Torella all’agente diplomatico al Cairo: la severità richiesta dal Csmq sarebbe derivata dalla consapevolezza egiziana della «cattiva organizzazione sanitaria del paese, dove quindi Governo e opinione pubblica temono una invasione colerica come un male contro il quale non vi sono mezzi efficaci di difesa. E infatti tutti si ricordano che nel 1902 il colera da Moucha si diffuse in meno di un mese a tutto l’Egitto»²⁷. In Italia, l’epidemia di colera nel 1911 fece oltre 6.000 morti, senza contare la diffusione del morbo dovuta all’invasione della Libia (Snowden 1995; Bussini e Lanari 2016).

²⁴ Maeci/Rdc, b. 120, f. 2, 9 novembre 1910, lettera di M. Ruffer al ministro degli Affari Esteri.

²⁵ Maeci/Rdc, b. 120, f. 2, 9 novembre 1910, lettera del console in Alessandria all’agente diplomatico al Cairo.

²⁶ Maeci/Rdc, b. 120, f. 2, 24 ottobre 1910, lettera del delegato di Francia presso il Csmq al ministro degli Affari Esteri.

²⁷ Maeci/Rdc, b. 120, f. 2, 28.09.1910, lettera di A. Torella all’agente diplomatico al Cairo.

CONCLUSIONE

Nel periodo che abbiamo osservato tramite la lente dell'archivio del Maeci, la batteriologia di Pasteur era in espansione ma la medicina era ancora lontana dall'aver svelato tutti i patogeni e i loro cicli di trasmissione, né erano disponibili metodi rapidi e affidabili di diagnosi. Gli spazi coloniali come l'Egitto, dove arrivavano le epidemie più importanti, diventavano quindi importanti luoghi di competizione per le nazioni europee che cercavano di caratterizzare le malattie che li preoccupavano. Medici e scienziati si sfidavano sul campo per identificare i microrganismi e ogni anno il passaggio dei pellegrini da El Tor diventava una buona occasione per la ricerca scientifica europea. Non è un caso che il ceppo di vibrione del colera oggi più diffuso si chiami proprio El Tor, essendo stato identificato nel 1905 dal tedesco Felix Gotschlich nell'accampamento quarantenario. Quel che appare evidente, tuttavia, è come la medicina – e in particolare quella delle epidemie – sia parte integrante delle vicende politiche. Gli attori nel campo della medicina rispondono a logiche che non sono autonome da governi e società e le misure scelte e presentate come *science-based* sono in realtà molto lontane da un ideale di protezione sanitaria. L'uso di un approccio repressivo e di veri e propri campi di detenzione, senza utilizzare gli strumenti della batteriologia e della sanità pubblica, mostra come i nuovi concetti pasteuriani siano stati in realtà declinati anche per fomentare paure di un "nemico invisibile" da tenere lontano dai confini, piuttosto che migliorare le condizioni di vita dei subalterni. Il contesto coloniale aggiunge un'ulteriore sfumatura, poiché la medicina "coloniale" metteva in luce differenze di classe, al punto da considerare "coloniali" malattie che – come il colera o la malaria – erano una minaccia anche in Europa. L'Italia, con una colonizzazione partita solo negli anni ottanta dell'Ottocento, ma caratterizzata da diversi significati nella società italiana e sfruttata in diversi modi dalla classe politica, diventa un caso molto interessante di potenza europea colonizzatrice ma anche esposta alle malattie che per altri paesi – Regno Unito, Francia, Germania – erano appunto "coloniali". Per l'Italia, far parte dell'imperialismo occidentale significava anche riflettere su un punto importante della sanità pubblica, in un periodo che vedeva l'emergere della cosiddetta "medicina coloniale" (poi "dei paesi caldi", poi "tropicale"). L'Italia si trovava in mezzo al guado: nei propri confini facevano ancora paura malattie legate a miseria e arretratezza sociale come la peste, il colera e la malaria, che per Regno Unito, Francia e Germania erano confinate alle colonie. Rendere una malattia "coloniale" significava legarla a un rapporto di subordinazione politica e a un'area geografica: rafforzare i confini (con i soldati pronti a sparare sui pellegrini musulmani) era una logica soluzione al problema. L'alternativa era invece investire sullo sviluppo socioculturale: per l'Italia significava affrontare la grande questione meridionale. Come si evince dalle vicende che abbiamo raccontato,

la pratica della sanità pubblica italiana rifletteva la scelta politica, sia sul fronte interno che su quello estero. In queste carte del Maeci le voci dei destinatari di tali pratiche emergono solo raramente, mediate, in qualche racconto animato da compassione o dallo sguardo giudicante dell'europeo. Se dunque non consentono di ricostruire appieno le vicende del controllo di sanità pubblica esercitato dalle potenze coloniali, i documenti sono un ottimo strumento per comprendere le dinamiche di interazione tra medicina e politica in un'ottica globale. Il colonialismo porta con sé l'estensione della sorveglianza sanitaria e la protezione dalle epidemie si evolve con il progresso della medicina. La produzione di dati e conoscenze rilevanti nei contesti coloniali risulta in nuovi dati e concetti che vengono però trasformati in pratiche sanitarie all'interno degli spazi di negoziazione tra gli imperi. Il Csmq di Alessandria è uno dei luoghi dove avviene tale trasformazione, e tramite le carte si può vedere come il sapere medico abbia la capacità di diventare uno strumento politico, perché identifica individui e luoghi da disciplinare secondo pratiche specifiche giustificate da una scienza che – con logica coloniale – usava la repressione con una pretesa civilizzatrice. In virtù della supposta inferiorità culturale, i popoli colonizzati sono oggetto di misure non più utilizzate – almeno in linea di principio – nei paesi colonizzatori, o utilizzate solo contro le classi subalterne.



BIBLIOGRAFIA

Bussini, O. e Lanari, D.

(2016) *Le ultime epidemie di colera in Italia nel Novecento*, in *Per una storia della popolazione italiana nel Novecento*, a cura di A. Fornasin e C. Lorenzini, Forum, Udine, pp. 441-454.

Capocci, M. e Cozzoli, D.

(2022) *Quarantine at the Eastern gate. The Italian perspective in Alexandria, 1899-1905*, in *SHS Web of Conferences*, eds. F.J. Martínez and C. Miralles-Buil, n. 136.

Chiffolleau, S.

(2007) *Entre initiation au jeu international, pouvoir colonial et mémoire nationale: le Conseil Sanitaire d'Alexandrie, 1865-1938*, «Égypte/Monde arabe», n. 4, pp. 55-74.

(2012) *Genèse de la santé publique internationale: de la peste d'Orient à l'Oms*, Presses universitaires de Rennes/Institut français du Proche-Orient, Beyrouth.

Echenberg, M.J.

(2007) *Plague ports: the global urban impact of bubonic plague, 1894-1901*, New York university press, New York.

Neill, D.J.

(2012) *Networks in tropical medicine: internationalism, colonialism, and the rise of a medical specialty, 1890-1930*, Stanford university press, Stanford.

Raza Kolb, A.F.

(2021) *Epidemic empire: colonialism, contagion, and terror, 1817-2020*, University of Chicago press, Chicago.

Snowden, F.M.

(1995) *Naples in the time of cholera, 1884-1911*, Cambridge University press, Cambridge.

Tutti i link di questo articolo si intendono consultati l'ultima volta il 7 agosto 2022.

DIETRO LE QUINTE

ZAPRUDER 60

L'articolo nasce all'interno di un progetto di ricerca che sto conducendo con Daniele Cozzoli dell'Universitat Pompeu Fabra di Barcellona, che analizza i rapporti tra medicina, colonialismo e migrazioni in Italia. Nell'ambito di questa ricerca, il nodo principale è costituito dalle caratteristiche proprie del colonialismo italiano, che si declina in modo diverso rispetto a quello di altre nazioni e gioca un ruolo importante nella creazione della nazione stessa. La medicina – che sia l'esercizio dei medici italiani presso gli emigranti, l'elaborazione di strategie di sanità pubblica nelle colonie o la partecipazione nel governo internazionale delle epidemie – è un'ottima lente per analizzare il processo di *nation building* in corso negli ultimi decenni dell'Ottocento. L'Italia presenta delle peculiarità: colonie in Africa relativamente poco popolate, un'espansione militare fermata per tre lustri dalla sconfitta di Adua, diseguaglianze sociali e una crisi economica devastante che spingono milioni di persone all'emigrazione verso le Americhe. Quest'ultimo fenomeno costituisce di fatto una declinazione della politica coloniale italiana (alternativa alle brutali occupazioni in Africa e nel Mediterraneo), priva di conquiste militari ma caratterizzata dall'espansione commerciale, culturale e, in alcuni casi, anche territoriale, con l'acquisto o l'insediamento in territori nuovi che diventano "colonie" della giovane nazione. L'America meridionale è l'area dove tutti questi fenomeni sono più evidenti, con tanto di navi della Marina militare che si incrociano al largo delle coste argentine e brasiliane per difendere gli interessi del paese. In queste vicende, i medici italiani ricoprono un ruolo particolare: al pari di quelli di altri imperi europei, sono un'élite nel paese e fanno parte di importanti network disciplinari internazionali, in collaborazione e competizione con i colleghi europei nell'ambito della "medicina coloniale" (poi tropicale). In generale, i medici imbarcati sulle navi in servizio di emigrazione e sui vascelli della Marina militare costituiscono un interessante gruppo omogeneo che agiva per conto della nazione, in alcuni casi come diplomatici, in altri come élite di controllo sulle classi subalterne, in altri ancora come esploratori (in vista di possibili colonizzazioni). La ricerca ci ha portato quindi a consultare archivi personali e istituzionali (vari fondi dell'Archivio centrale dello stato, del ministero degli Affari Esteri), nel tentativo di definire il ruolo della medicina nella politica coloniale italiana, intersecando le riflessioni su che cos'è un impero e quelle sulla creazione della nazione (che saranno oggetto di un volume collettaneo in corso di pubblicazione per Palgrave).

CHE GELIDA MANINA