

Malaria e guerra tra le due sponde dell'Adriatico

Lucia De Frenza*

Abstract. *At the beginning of the First World War, the Apulian coast was included in the war zone to counter attacks by sea. On the other side of the Adriatic Sea there were the Italian bases of Vlorë and Salonika. On both sides there was a continuous movement of ships transporting equipment and soldiers. At the same time hospital ships arrived from the Eastern front, bringing back wounded and sick soldiers. 90% of the soldiers repatriated from the Eastern front suffered from malarial infections. The Ministry of War devised a plan to protect soldiers from this disease directly in the places where the troops were stationed. In 1918 the anti-malarial prophylaxis was carried out not only in Vlorë, but also in the main maritime defense districts in Italy, namely Venice, Brindisi, Taranto.*

Riassunto. *All'inizio del Primo conflitto mondiale il litorale pugliese venne inglobato nella zona di guerra come difesa dagli attacchi via mare. Sull'altra sponda dell'Adriatico si trovavano, invece, le basi italiane di Valona e di Salonico. Si ebbe da una parte e dall'altra un continuo movimento di navi per il trasporto degli equipaggiamenti e dei militari. Dal fronte orientale arrivavano anche le navi ospedale che rimpatriavano malati e feriti. Il 90% dei rimpatriati dall'Oriente manifestava infezioni malariche. Il Ministero della guerra studiò un piano per proteggere i soldati da questa malattia nei luoghi stessi dove erano dislocate le truppe. Nel 1918 la profilassi antimalarica fu estesa, oltre che a Valona, anche alle principali circoscrizioni della difesa marittima in Italia, cioè Venezia, Brindisi, Taranto.*

Il fronte marittimo nella Prima Guerra Mondiale

Il Sud della penisola, considerato molto spesso dalla storiografia soltanto per la sua funzione di retrovia rispetto all'area delle Alpi orientali, dove si stabilì la lunga linea del fronte italiano, svolse, invece, un ruolo strategico soprattutto come ponte di collegamento con le sponde degli altri Paesi in guerra¹. Per proteggere l'Italia dagli attacchi via mare, il Regio decreto n. 703 del 22 maggio 1915, che definì la zona di guerra, insieme alle province del versante orientale (Sondrio, Brescia, Verona, Vicenza, Belluno, Udine, Venezia, Treviso, Padova, Mantova, Ferrara), inglobò anche le isole e la fascia costiera dell'Adriatico². Così in provincia di Bari fin dall'avvio del conflitto dodici comuni rientrarono nella zona di guerra, ossia il capoluogo, Barletta, Trani, Bisceglie, Molfetta, Giovinazzo, Mola, Polignano,

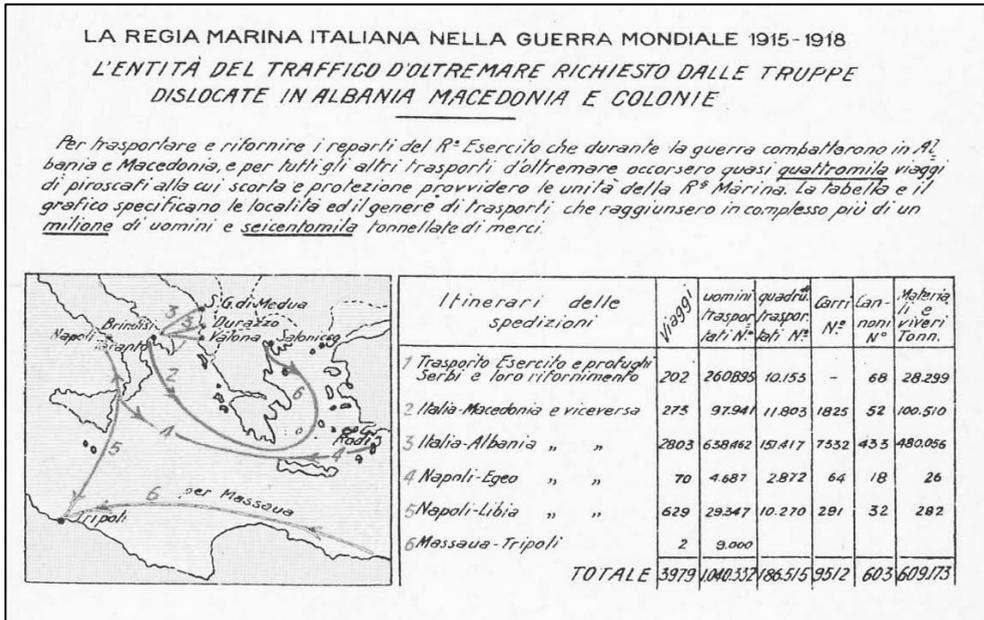
*Seminario di Storia della Scienza, Università degli Studi di Bari, lucia.defrenza@uniba.it.

¹ Tra i lavori di riferimento cfr. A. SCARTABELLATI, M. ERMACORA, F. RATTI (a cura di), *Fronti interni. Esperienze di guerra lontano dalla guerra. 1914-1918*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2014. Per gli aspetti specifici legati al fronte interno costituito dalla Puglia e dalla Terra di Bari in particolare cfr. L. MASELLA, *Il fronte interno della Grande Guerra. La Terra di Bari*, in L. DIBATTISTA, *Malato di guerra. Le patologie fisiche e mentali della Grande Guerra in Puglia*, Roma, Aracne, 2016, pp. 35-44.

² *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, n. 132 del 26 maggio 1915, p. 3261.

Monopoli, Santo Spirito, Palese e Torrepelosa³. Il litorale pugliese si trovò pienamente coinvolto nelle operazioni belliche e di conseguenza fu fortemente militarizzato. Bari divenne sede del Comando dell'XI Corpo d'Armata e di vari organi coinvolti nell'organizzazione dei movimenti delle truppe e degli approvvigionamenti. Nell'ospedale militare di Bari si stabilì la Direzione di sanità dell'XI Corpo d'Armata. L'ospedale coordinò nel periodo bellico trentatré ospedali territoriali, che appartenevano alle divisioni di Bari, Chieti ed Ancona, con 21.000 posti letto, oltre a diciannove ospedali della Croce Rossa con altri 4.000 posti letto⁴.

Inoltre, Taranto fu scelta come porto principale per le operazioni della Marina inglese, francese ed italiana: dal mar Piccolo arrivarono e partirono sia navi da guerra, cariche di soldati che raggiungevano le linee avanzate, che i piroscafi per i rifornimenti e le navi ospedale, in un via vai continuo di genti di tutte le nazionalità. Il traffico che non poteva gravare su Taranto fu deviato a Brindisi. Nell'intero periodo bellico arrivarono a Taranto circa 3.500 piroscafi e furono sbarcate quasi 700.000 persone; a Brindisi le navi giunte al porto furono 1.500 e le persone quasi 300.000⁵.



Cartolina n. 61, in Ufficio di Stato Maggiore della R. Marina (Ufficio storico), *Illustrazione delle cartoline storiche della guerra marittima 1915-1918*, Roma, s.n., 1925.

³ Bari, Archivio di Stato (ASB), *Prefettura, Gabinetto, Il versamento*, b. 149, fasc. 6, Lettera del Prefetto di Bari al direttore dei telegrafi di Roma, Bari, 13 aprile del 1916.

⁴ Cfr. L. DE FRENZA, *La gloria di una ferita. L'assistenza ai soldati durante la Grande Guerra a Bari*, Roma, Aracne, 2017.

⁵ Roma, Archivio Centrale dello Stato (ACS), *Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, 1910-1920*, b. 179, Relazione della Commissione sanitaria mista per le provenienze dall'Oriente, p. 44.

Durante il periodo bellico, infine, furono stabilite in Puglia delle postazioni di batterie antiaeree, stazioni di velivoli da caccia e due sbarramenti aerei con dirigibili. La regione subì diversi bombardamenti. Il primo si ebbe il 31 maggio 1915 e interessò Bari, Brindisi e Molfetta con alcune vittime. Il secondo toccò Mola, Polignano e Monopoli il 10 giugno 1915⁶.

Il fronte marittimo non comprendeva soltanto la costa italiana, ma anche quella al di là dell'Adriatico con la base di Valona e poi di Salonico.

Quando alla fine del 1915 il governo costituì il Corpo Speciale per l'Albania con l'intento di rafforzare il presidio di Valona, coordinare le operazioni di soccorso dell'esercito serbo e occupare Durazzo, si aprì per l'Italia un nuovo fronte di guerra, importante soprattutto per la difesa marittima e le attività mercantili. Gli italiani stabilirono a Valona il XVI Corpo d'Armata composto da tre Divisioni di fanteria, da artiglieria e reparti di supporto. Anche la Marina ebbe una base navale a partire dal novembre del 1915. Questo contingente da subito fu sottoposto a rischi sanitari, a partire da quello provocato dal passaggio delle milizie serbe in ritirata, che con una complessa operazione voluta dai paesi dell'Intesa furono portate in salvo, insieme alla famiglia reale e ad un gran numero di profughi civili⁷. Questi ultimi furono sbarcati a Brindisi, Lipari, Marsiglia e Biserta, mentre i prigionieri austro-ungarici dei serbi, molti dei quali erano ammalati di colera, furono isolati nel campo contumaciale dell'Asinara⁸.

L'organizzazione della difesa igienico-sanitaria

Per organizzare la sorveglianza sanitaria sui soldati, sui prigionieri e, dopo l'armistizio, anche sugli ex prigionieri italiani di rientro dal fronte balcanico, fu costituita il 23 marzo 1916 la Commissione sanitaria mista per le provenienze dall'Oriente con disposizione dei ministeri dell'Interno, della Marina e della Guerra. Essa fu composta da un ispettore della Sanità pubblica, da un colonnello medico dell'Esercito e da uno della Marina, oltre due segretari, uno dell'Esercito e uno della Croce Rossa. Quando si aggiunse anche il fronte macedone, che all'inizio dipendeva dall'Intendenza di Napoli, la competenza della Commissione sanitaria mista fu estesa anche ai militari provenienti da Salonico e dalle altre località dove erano presenti i soldati italiani.

La Commissione sanitaria mista stabilì di volta in volta i porti di sbarco delle navi. Il trasporto via mare degli infermi venne realizzato su navi ospedaliere. In

⁶ V.N. LAPORTA, *Una generazione di valorosi. Bari 1915-1918*, Bari, Laterza, 1966, pp. 43-46.

⁷ P. GIORDANI, *I marinai d'Italia per l'esercito serbo*, in "Rivista mensile del Touring Club italiano", 1917, n. 5, pp. 261-268.

⁸ G.C. FERRARI, *Relazione del campo di prigionieri colerosi all'isola dell'Asinara nel 1915-1916*, Roma, Provveditorato generale dello Stato, 1929; L. GORGOLINI, *I dannati dell'Asinara. L'odissea dei prigionieri austro-ungarici nella Prima guerra mondiale*, Torino, UTET, 2011; G. MADEDDU, *La damnatio ad metalla. Storie di prigionieri dell'impero austro-ungarico nella Sardegna della Prima guerra mondiale*, Udine, Gaspari, 2018.

base alla Convenzione dell’Aia del 1907, queste imbarcazioni, opportunamente segnalate, viaggiavano in regime di neutralità. La Regia marina militare italiana durante la guerra italo-austriaca requisì alcuni piroscafi passeggeri e li trasformò in navi ospedale, realizzando efficienti locali per il ricovero degli infermi, le cure e gli interventi d’urgenza. In tutto il periodo bellico furono impiegate dall’Italia dieci navi, di cui otto proprie e due catturate al nemico. Queste trasportarono in totale oltre 140.000 infermi. Solo quattro fecero servizio per e verso il fronte balcanico: “Albaro”, “Italia”, “Cordova” e “Albert König” (poi “Ferdinando Palasciano”)⁹.

Il traffico dei rimpatri degli infermi dal fronte balcanico fu molto intenso. Soltanto nel 2° semestre del 1916 furono rimpatriati principalmente nei porti di Bari, Brindisi e Catania quasi 20.000 soldati, di cui 9.588 provenivano dall’Albania e 10.084 dalla Macedonia. Il 90% dei rimpatriati dall’Oriente aveva manifestato infezioni malariche nelle forme primitive o recidive. Con più precisione tra aprile e dicembre 1916 arrivarono dall’Albania 7.549 soldati malarici. L’aumento dei militari colpiti dalla malaria era stato così alto, che non erano stati più sufficienti i depositi di convalescenza e di tappa in loco e si era deciso il rimpatrio dei malati¹⁰.

Per rendere più efficaci i controlli sui soldati in arrivo sul territorio furono create o potenziate le stazioni di disinfezione ai porti, come quella al porto di Bari. Oltre che sui soldati italiani (malati o feriti, oppure semplicemente inviati in licenza), le stesse misure igienico-profilattiche furono applicate anche sugli operai dei servizi ausiliari, sui profughi e sui militari dei corpi alleati transitanti nel territorio. I soldati italiani in licenza erano “bonificati”, cioè ripuliti, prima della partenza, erano visitati dal medico al porto per l’autorizzazione allo sbarco e dovevano per dodici giorni presentarsi al controllo di un ufficiale sanitario; i soldati alleati sbarcati erano prima visitati dal medico del porto, quindi portati in campi contumaciali per gli esami chimico-batterologici, infine, venivano messi su treni contumaciali e scortati fino al confine.

Ad aprile del 1916 furono istituiti in Puglia per le esigenze della sorveglianza sanitaria dei rimpatriati sei ospedali contumaciali (ad Acquaviva delle Fonti, Gioia del Colle, Santeramo, Altamura, Francavilla Fontana e Lecce), una stazione sanitaria marittima a Cotrone (oggi Crotona) e un locale d’isolamento militare a Molfetta¹¹.

⁹ Cfr. E. CERNUSCHI, M. BRESCIA, E. BAGNASCO, *Le navi ospedale italiane 1935-1945*, Parma, Albertelli, 2010; D. DE NAPOLI, *La Sanità militare in Italia durante la prima guerra mondiale*, Roma, APES, 1989, pp. 164-179.

¹⁰ In tutto il periodo bellico i malarici furono 49.701 su un totale di 87.709 militari rimpatriati. Tuttavia, se si considera solo il contingente in Albania, la percentuale si alza notevolmente: su 49.483 rimpatriati i malarici furono 33.623, mentre in Macedonia su 36.694 solo 16.016 avevano contratto l’infezione e dalla Libia e dall’Egeo su 1532 appena 62, Roma, Archivio dell’Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell’Esercito (AUSSME), *fondo E-7, b. 53, fasc. 453*, Il servizio sanitario militare durante l’ultima guerra (1915-1918). Parte II. Dalla fine di agosto 1916 all’ottobre 1917. Bozza dattiloscritta e appunti, p. 1096).

¹¹ AUSSME, *fondo E-7, b. 53, fasc. 453*, Il servizio sanitario militare durante l’ultima guerra (1915-1918). Parte II. Dalla fine di agosto 1916 all’ottobre 1917. Bozza dattiloscritta e appunti, p. 1091.

Fino ad ottobre del 1916, la gestione dei soldati e degli infermi rimpatriati funzionò senza particolari criticità; quando, invece, cominciarono ad essere segnalati i primi casi di dissenteria amebica, sfuggiti ai controlli perché molti portatori erano asintomatici per lungo tempo, si attuarono misure di sorveglianza più accorte, dirette soprattutto ad estendere le azioni di disinfezione, controllo batteriologico ed isolamento a tutti gli stabilimenti sanitari di ricovero¹². In alcuni casi, quando l'ospedale era molto vicino alla ferrovia, i locali di disinfezione furono impiantati a fianco dei binari. Fu organizzato accuratamente il sistema di contenimento e smaltimento dei liquami per evitare la dispersione di materiale infettante. Gli ospedali furono dotati di latrine all'inglese, in cui i soldati furono costretti a sedersi, oppure, come in quello di Altamura, in cui erano obbligati ad appressarsi con zoccoli da scuderia, che lasciavano all'uscita. Si provvide alla fornitura regolare di acqua con carri cisterna ferroviari o effettuando collegamenti dai pozzi, quando le strutture di ricovero non erano raggiunte dalle linee dell'acquedotto.

Inoltre, il servizio ospedaliero fu potenziato. Per ampliare la disponibilità contumaciale fu estesa la zona di 1° sgombero anche alla Sicilia (Catania, Siracusa, Trapani, Girgenti). L'Intendenza generale dette ordine di aumentare anche il numero dei posti letto disponibili in Puglia. Nella regione in totale si misero a disposizione per il ricovero dei militari rimpatriati oltre 5.300 posti letto. Per l'attività di questi ospedali fu concessa la creazione di tre sezioni chimico-batteriologiche, una a Molfetta, una a Gioia ed una all'istituto Palmieri di Lecce. Inoltre, si consentì anche l'uso del gabinetto dell'ospedale militare principale di Bari e di quello dell'ufficio sanitario del porto di Brindisi. La stazione sanitaria marittima di Cotrone aveva già il suo laboratorio batteriologico, mentre a Catania si ricorse all'Istituto d'igiene dell'Università¹³. Se dopo l'isolamento veniva confermato il sospetto di malattia infettiva, il malato era ricoverato nell'ospedale infettivo comunale. Nei centri in cui c'erano strutture di primo sgombero molto grandi, come Molfetta e Lecce, fu creato un ospedale infettivo militare ex novo. Dopo la guarigione, i soldati venivano inviati o ai depositi reggimentali oppure, se avevano bisogno di ulteriori cure, agli ospedali di riserva, o di secondo sgombero. Infine, si dispose che gli ospedali sarebbero stati distinti in base alla specificità del trattamento effettuato e già sulle navi si richiese di suddividere i malati e feriti in gruppi separati, per accelerare il trasferimento nei vari ospedali. Tutta questa organizzazione rese possibile l'attuarsi di un efficace sistema di gestione sanitaria

¹² Il compito assegnato alla Commissione mista per le provenienze dall'Oriente fu quello di "prevenire" l'arrivo di malattie esotiche. I casi di dissenteria amebica del 1916 furono i primi a sfuggire al filtro attuato da questo organismo. Esso dovette, quindi, aggiungere al suo obiettivo principale anche quello di "reprimere" con ogni mezzo la diffusione delle epidemie. Nell'ottobre del 1917 la dissenteria amebica si manifestò con maggiore morbilità. Da quel momento fino al 1920 si contarono 3.316 casi.

¹³ AUSSME, *fondo E-7, b. 53, fasc. 453*, Il servizio sanitario militare durante l'ultima guerra (1915-1918). Parte II. Dalla fine di agosto 1916 all'ottobre 1917. Bozza dattiloscritta e appunti, p. 1093.

del personale arruolato e delle figure ausiliarie, nonostante qualche problematicità emersa di fronte a situazioni imprevedute o difficili da trattare.

La guerra alla malaria

Tra le emergenze affidate a questo complesso sistema di tutela igienico-sanitaria vi fu sicuramente il contenimento della malaria. Infatti, circa 50.000 soldati furono rimpatriati dall'Albania e dalla Macedonia con i sintomi della malattia, contratta al fronte oppure recidivata. L'aumento progressivo dei malarici costrinse a prendere decisioni ferme per attuare una profilassi specifica ed estesa.

Dai dati statistici raccolti dal colonnello medico della marina, Roberto Marantonio, sulle schede sanitarie dei militari ricoverati negli ospedali di terra e di bordo in tutto il periodo bellico, si ricava che dopo il 1916 il numero dei curati per malaria si quintuplicò rispetto al biennio precedente alla guerra e nello stesso anno il numero dei nuovi casi d'infezione fu il più alto di tutto il periodo¹⁴.

Poco prima dell'inizio del conflitto la situazione malarica italiana risultava sotto controllo. L'applicazione della "Legge portante disposizioni per diminuire le cause della malaria" del 1901 aveva palesemente ridotto il numero dei morti: dai 15.865 nel 1900 si era passati nel 1914 a 2.045. Nel periodo bellico, invece, si ebbe un brusco cambio di tendenza, al punto che nel 1917 i morti per malaria in Italia erano tornati alla cifra di 8.407¹⁵. La recrudescenza dell'infezione coinvolse non solo i militari al fronte, che subivano la dura realtà della trincea, a volte privi delle condizioni igienico-sanitarie più elementari, ma anche i civili, che erano rimasti a casa e, in maniera diversa, avevano viste peggiorate le proprie condizioni di vita. Il governo intervenne istituendo, all'inizio del 1918, una commissione di studio per definire misure antimalariche, che prevedevano azioni di recupero delle zone degradate: la commissione suggerì l'interramento degli acquitrini, lo scolo dei canali e la petrolizzazione delle pozze (prima con petrolio, poi con verde di Parigi o verde di Schweinfurt, un preparato composto da sale doppio di arsenico e acetato di rame, mescolato con polvere, che riusciva a distruggere le larve di anofele senza essere tossico per gli animali)¹⁶.

¹⁴ R. MARANTONIO, *La tubercolosi e la malaria nella R. Marina durante il quinquennio 1915-1919*, "Annali della medicina navale e coloniale", 1922, pp. 27-42.

¹⁵ ARCHIVIO CENTRALE DELLO STATO, *Fonti per la storia della malaria in Italia*, Roma, Ministero dei beni e delle attività culturali, 2003, p. 67.

¹⁶ La petrolizzazione era uno strumento di bonifica ambientale appena sperimentato in alcune zone d'Italia. Nel 1917 Claudio Fermi, docente presso l'Università di Cagliari, aveva sostenuto che fosse più efficace abbandonare la somministrazione massiccia di chinino alla popolazione e passare ad un intervento ambientale volto alla distruzione delle larve di anofeli nelle pozze. Consigliava a questo scopo l'aspersione di benzina, sali di arsenico ed acetato di rame, granulato di sughero o polvere di sapone (C. FERMI, *Due città sarde coi rispettivi dintorni (Terranova Pausania ed Alghero) liberate completamente dagli anofeli e dalla malaria primitiva*, Roma, 1917). Lorenzo e Mario Ratto sostennero con forza la necessità dell'intervento statale, soprattutto nel Meridione, per realizzare una bonifica "quasi castrense", cioè in schieramento di guerra, tramite la petrolizzazione. Le fasi dovevano essere: trivellazione di pozzi di petrolio nel Regno, oppure importazione di petrolio russo o

L'altro problema emerso negli anni del conflitto fu l'aumento sul mercato internazionale del prezzo della corteccia di china, che ridusse la disponibilità dei prodotti farmaceutici a base di chinina soprattutto per la popolazione civile.

Questa emergenza sanitaria non interessò solo l'Italia. In realtà, la malaria fu la malattia che ebbe la più grande morbilità tra tutte le truppe alleate durante il primo conflitto mondiale¹⁷.

Le misure antimalariche messe in atto dalle forze militari in Albania

Valona e i suoi dintorni costituivano terreno fertile per la diffusione della malaria. Né la base navale né i centri di comando dell'esercito poterono scegliere di dislocarsi in altre zone e, quindi, fin da subito soccomberono all'influenza negativa di questa piaga. Nell'estate del 1916 si ebbe un picco di contagio davvero eccezionale soprattutto sulle truppe appena sbarcate e che non avevano contratto prima la malaria, che raggiunse il 18% dei militari impegnati nella base di Valona (si trattava, quindi, nella maggioranza dei casi di "malaria primitiva"). Occorre tener conto che dei militari colpiti da febbre malarica solo un numero esiguo veniva rimpatriato, nel caso il cambiamento ambientale fosse ritenuto più efficace per favorire la guarigione oppure quando diventava inutile trattenere in sede un soldato lungodegente.

Nei Balcani quest'infezione ebbe una manifestazione proteiforme: apparve nella forma emorragica, o in quella che simulava l'anemia perniciosa senza febbre, come patologia nervosa, infettiva, cutanea, cardiaca, urinaria o dell'apparato respiratorio. Le misure curative attuate all'inizio furono la difesa meccanica (protezioni alle finestre, maschere e guanti, zanzariera) e chininica, unite alla propaganda igienica. Vennero richiesti all'Italia ufficiali medici malariologici e squadre di esperti che seguissero da vicino la profilassi. Intanto, si provvide anche al censimento dei soldati malarici recidivi, cronici e nuovi. La cifra di alcune decine di migliaia non era un dato attendibile, perché molti malarici sfuggirono alla conta per negligenza del medico o per incompletezza dell'indagine. Non si esclude che gli ammalati arrivassero ad un terzo del totale dei militari del contingente¹⁸.

Furono programmate anche opere di bonifica per rendere più salubri le zone acquitrinose. Queste furono messe in atto come metodi profilattici. Si attuò il risanamento agricolo ed idraulico delle regioni malsane. Si provvide anche alla petrolizzazione settimanale di tutte le acque, al riempimento di pozzi o acquitrini,

americano, distribuzione di petrolio denaturato sui terreni paludosi, costruzione di case coloniche sui latifondi disanofelizzati (L. RATTI, M. RATTI, *Malaria e bonifiche*, in "Rivista Internazionale di Scienze Sociali e Discipline Ausiliarie", 1917, vol. 74, fasc. 295, pp. 199-211; fasc. 296, pp. 302-321).

¹⁷ A. CASTELLANI, *Alcune osservazioni sulla malaria e su altre malattie tropicali nella zona Balcanico-Adriatica*, in "Annali di medicina navale e coloniale", 1918, a. 24, vol. 1, fasc. III-IV, pp. 169-213.

¹⁸ D. DE NAPOLI, *La Sanità militare in Italia ...*, cit., p. 290.

constatando che lo sterminio delle uova o delle larve degli anofeli era più vantaggioso di qualsiasi altro metodo per sbarazzarsi delle zanzare, come uso delle zanzariere, guanti e maschere. Si adottò anche la profilassi sull'uomo attraverso l'assunzione di chinino prima dell'estate. La profilassi non funzionò molto bene, perché si ammalarono anche soldati che prendevano chinino regolarmente. Fu utilizzata la profilassi chininica soprattutto sui medici militari, perché, anche se non evitava la malattia, in qualche caso ne copriva dai sintomi più gravi. Tutte queste misure furono attuate contemporaneamente, ma i risultati furono minimi.

Oltre alla bonifica dei malati, la Commissione sanitaria mista per le provenienze dall'Oriente studiò un piano d'intervento, che consisteva nella creazione di convalescenziari per i malati lievi nelle terre oltre mare e di strutture simili, ma più specializzate, in Italia per i malati più gravi. A Corfù fu subito realizzato un grande convalescenziario per le truppe italiane; mentre si decise di non impiantare nuove strutture in Patria, bensì di utilizzare provvisoriamente, nell'inverno tra il 1917 e il 1918, gli ospedali di Altamura, Santeramo, Gioia del Colle e Acquaviva per trattare in maniera continuativa oltre due migliaia di malarici gravi, i cui $\frac{3}{4}$ tornarono ai corpi completamente guariti¹⁹. In estate quegli ospedali tornarono alla loro precedente funzione, mentre entrarono in vigore le disposizioni emanate dal Ministero della Guerra per il trattamento organico dei malarici.



Maschera contro la malaria usata in Albania (Museo civico di Bari, Album Guerra 1915-18).

¹⁹ AUSSME, *fondo E-7, b. 53, fasc. 453*, Il servizio sanitario militare durante l'ultima guerra (1915-1918). Parte II. Dalla fine di agosto 1916 all'ottobre 1917. Bozza dattiloscritta e appunti, p. 1097.

La diffusione della malaria in Puglia durante la Prima Guerra mondiale

Non è possibile intrecciare direttamente i dati che riguardano la morbilità e la mortalità della malattia tra i militari del fronte balcanico con quelli che hanno attinenza con i civili sull'altra costa dell'Adriatico. L'aumento dei decessi per malaria in Puglia fu elevatissimo durante il periodo bellico, fino al punto che nel 1918 il numero dei morti risultò decuplicato rispetto a quello di sei anni prima. Tuttavia, questo incremento è giustificato anche dal fatto che durante la guerra fu interrotta la profilassi antimalarica già avviata, poiché molti medici della sanità pubblica erano partiti per il fronte oppure erano talmente oberati di lavoro, dovendo sostituire i colleghi assenti, da tralasciare la regolare distribuzione del farmaco e l'informazione igienica²⁰. Inoltre, un numero significativo di soldati tornò in licenza o in convalescenza dal fronte e generò altri focolai di contagio. Profughi italiani e prigionieri bosniaci e serbo-croati, utilizzati questi ultimi anche nei lavori agricoli, completarono il quadro di questa migrazione di genti probabili portatrici d'infezione. Alcuni medici dichiararono esplicitamente che le forme perniciose che si erano osservate in quegli anni al Sud erano diverse da quelle endemiche locali ed ipotizzarono la loro diffusione come conseguenza del passaggio dei militari verso o dal fronte balcanico²¹.

Peraltro, la paura derivante dalla più terribile epidemia malarica del XX secolo non nasceva solo dal numero dei morti lievitato in maniera esponenziale negli anni 1917-18, ma soprattutto dal fatto che le nuove forme si mostrassero refrattarie al chinino, scoraggiando i medici e la popolazione, che da poco aveva preso confidenza con la cura²². Il tenente medico Domenico Giannelli, attribuì l'apparente inefficacia del chinino alla negligenza, con cui erano trattati i soldati malarici²³. Non si rispettavano le dosi e i tempi di somministrazione del chinino in conseguenza del fatto che al fronte i medici avevano altre priorità; successivamente i malati erano trasferiti da un ospedale all'altro e poi ai convalescenti, interrompendo più volte la terapia: in questo modo il plasmodio della malaria diventava resistente al farmaco e i soldati non guarivano. A questo si aggiungeva la difficoltà di reperire l'alcaloide nelle quantità necessarie, perché le importazioni erano diminuite. Quello che arrivava in Italia era innanzitutto destinato ai militari e anche per questi, spesso, era utilizzato in maniera impropria, cioè come panacea per qualsiasi manifestazione febbrile. Gli organismi debilitati da carenze alimentari e fatica erano più esposti alle malattie. Il vettore della malaria, l'anofele, prosperava incontrastato negli acquitrini e nei canali, che non venivano più ripuliti.

²⁰ G. DONELLI, V. DI CARLO, *La sanità pubblica italiana negli anni a cavallo della prima guerra mondiale*, Roma, Armando, 2016, pp. 226-236.

²¹ F.M. SNOWDEN, *La conquista della malaria. Una modernizzazione italiana. 1900-1962*, Torino, Einaudi, 2008, pp. 163-164.

²² *Ivi*, p. 173.

²³ D. GIANNELLI, *Sulla terapia della malaria*, in "Il Policlinico. Sezione pratica", a. XXV, fasc. 24, pp. 562-564.

Questa concomitanza di fattori generò il picco di mortalità durante il periodo bellico. L'epidemia fu particolarmente funesta nelle retrovie, dove, appunto, si concentravano i soldati malati e dove si erano associate tutte quelle cause che avevano ridotto l'efficacia della cura. "Maggiore offesa, minore difesa" fu per Mortara il tratto caratteristico dell'emergenza malarica in Italia durante la guerra²⁴.

L'estensione delle misure antimalariche

Nel 1918 il Ministero della Guerra (circolare n. 480 del 28 febbraio), al fine di arginare l'endemia malarica tra i soldati impegnati sul fronte marittimo per ragioni di difesa, assegnò il compito di "Soprintendente la profilassi antimalarica" ad un ufficiale medico in servizio presso le principali circoscrizioni della difesa marittima, cioè Venezia, Brindisi (che comprendeva la costa dal Gargano ad Otranto, passando per il litorale del barese), Taranto e Valona²⁵.

La loro funzione era di sorvegliare per la parte sanitaria le opere di bonifica già avviate, facendo in modo in particolare che i militari addetti non dormissero in luoghi insalubri; di collaborare con i dirigenti tecnici di quelle opere; di segnalare l'esistenza di larve di anofeli nei canali di spurgo, pozzi, ecc.; di organizzare il servizio di petrolizzazione con nafta delle pozze d'acqua da eseguirsi ogni 15 giorni, quando gli acquitrini o i pozzi in disuso non potevano essere colmati o murati; di controllare le liste sanitarie dei malarici presenti nelle zone e decidere le sostituzioni dei militari non più in grado di essere utilizzati nelle opere di difesa (quelle liste dovevano essere inviate all'Ispettorato di sanità una volta l'anno). I soprintendenti dovevano verificare l'uniformità della cura dei malarici in ospedale e controllare che fosse attuata secondo le prescrizioni la profilassi chininica.

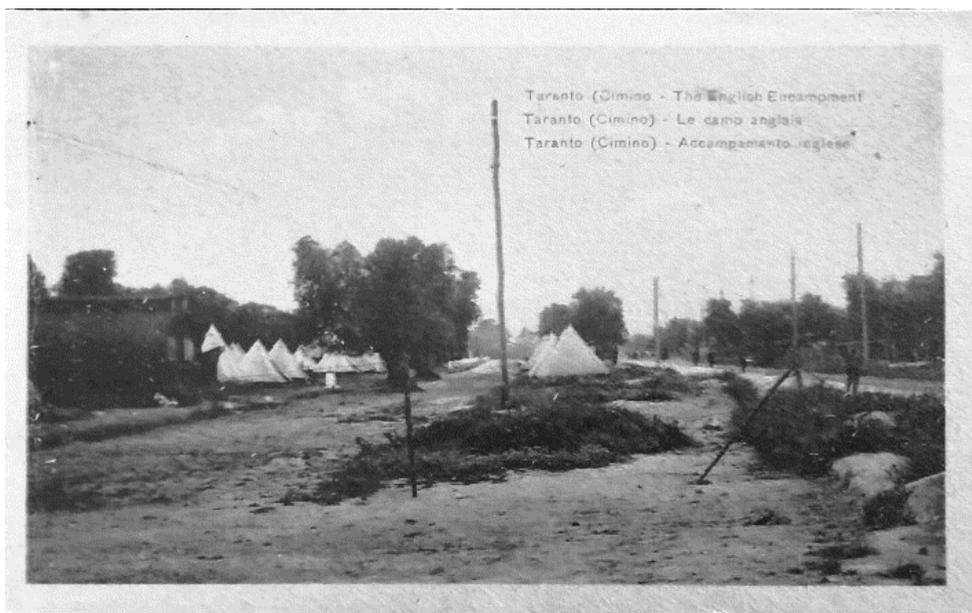
Le disposizioni della Marina e dell'Esercito prevedevano che non si allontanasse il militare dal luogo dove aveva contratto la malaria, tranne che nei casi di infezioni gravi e recidive frequenti oppure quando ci fosse un deperimento organico tale da non assicurare più il servizio. Erano state date disposizioni per non procedere al trasferimento dei malati soprattutto nei mesi invernali, quando non c'era il problema delle infezioni primitive. Queste misure rientravano nella profilassi, perché si doveva evitare la trasmissione per via umana. I malarizzati dovevano essere sempre sotto copertura chininica in qualsiasi stagione e anche al di fuori delle zone malariche.

Il soprintendente di Valona fu il tenente medico della Marina Raffaele Proccaccini. Nella relazione pubblicata negli "Annali di medicina navale e coloniale" riferì della situazione che aveva affrontato nel 1918, caratterizzata da una recrudescenza dell'infezione nei mesi estivi più massiccia che negli anni precedenti.

²⁴ G. MORTARA, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari, Laterza, 1925, p. 252. Mortara attribuiva la particolare morbilità della malaria in Puglia all'ampliarsi delle comunicazioni con l'Albania e la Macedonia.

²⁵ Circolare "Malaria", in "Annali di medicina navale e coloniale", a. 24, vol. 1, fasc. I-II, 1918, pp. 152-157.

Le ragioni erano legate principalmente alle azioni belliche, che avevano obbligato i soldati ad avanzamenti e ritirate ininterrotte sul campo e all'esposizione alle punture degli anofeli. Nell'esercito i militari colpiti erano stati circa il 90% di quelli impegnati; mentre gli uomini della Marina erano stati contagiati in una percentuale del 14% (si arrivava al 27% nelle zone malariche)²⁶. La forma più diffusa era stata la terzana. Tutti i marinai erano stati curati in sede ed erano state attuate le misure di prevenzione stabilite. Tuttavia, la negligenza dei militari e soprattutto l'impossibilità di praticare una bonifica efficace in tempo di guerra avevano ridotto gli effetti della profilassi. L'anno successivo Procaccini testimoniava che la percentuale di nuovi casi nelle basi navali italiane si era ridotta



Taranto (Cimino), Accampamento inglese (cartolina 1915-1918)

a meno di un terzo²⁷. Al contrario la situazione della morbilità presso l'esercito non era di molto migliorata, presentando un'incidenza dell'80-85% nei mesi estivi. Il risultato positivo testimoniato da Procaccini era da mettere in relazione sia con la profilassi chininica che con la bonifica di $\frac{3}{4}$ dell'area dove si trovava la base di Valona. Lo stesso medico insisteva sulla necessità di continuare l'opera di piccola bonifica, così essenziale non solo per i militari, ma anche per la popolazione civile

²⁶ R. PROCACCINI, *La malaria nella base navale di Vallona e nei distaccamenti dipendenti*, in "Annali di medicina navale e coloniale", a. 25, vol. 1, fasc. III-IV, 1919, pp. 293-299. Cfr. G. MOLA, *La campagna antimalarica del 1916 alla base navale di Vallona*, in "Annali di medicina navale e coloniale", a. 22, vol. 2, 1917, pp. 578-583.

²⁷ R. PROCACCINI, *Campagna antimalarica del 1919 nelle basi navali dell'Albania*, in "Annali di medicina navale e coloniale", a. 26, vol. 1, fasc. V-VI, 1920, pp. 387-395.

(a suo dire “tutti gli abitanti di Vallona e dei paesi vicini sono malarici comprese le persone ricche ed elevate” e pochissimi potevano accedere al chinino preventivo)²⁸.

Il soprintendente di Brindisi fu il colonnello medico Antonio Vaccari. La costa adriatica della Puglia era da sempre terra malarica per la presenza di terreni incolti calcarei, che favorivano il ristagno delle acque piovane. Difficile era l'opera assegnata a Vaccari, soprattutto perché per ragioni belliche le caserme erano state collocate in aree malariche ed erano sovraffollate (condizioni che favorivano il proliferare dell'infezione). Infatti dalle statistiche sanitarie risultò un'impennata dei contagi nel giro di un anno, da 260 nel 1914 a 3.293 nel 1915 per effetto dell'aumento della presenza militare e degli addetti della Marina. Nell'estate del 1915 circa il 50% del personale della Marina contrasse la malaria. Per arginare il problema furono fatte opere di grande bonifica (riempimento del lago di Sbidri vicino Brindisi), bonifica locale nei dintorni dei distaccamenti, petrolizzazione e profilassi meccanica, profilassi chininica. I risultati ottenuti furono inferiori alle aspettative, non per l'inefficacia dei mezzi, ma per la scarsa coscienza igienica degli uomini²⁹.

Il soprintendente di Taranto fu il colonnello medico Giulio Saccone. Nella zona di Taranto esistevano paludi grandi, come la Taddeo, Panummo e Galese, i cui lavori di bonifica iniziarono, dopo un tira e molla con il Ministero dei lavori pubblici, solo nell'estate del 1918, e Salina Grande e Salinella, che furono in gran parte bonificate dagli inglesi. Il banchinamento del tratto del Mar Piccolo, detto Cimino, era quasi completo nel 1918, a beneficio del campo inglese e della Batteria Casa Pantaleo, che nell'autunno precedente aveva avuto quasi tutti i suoi uomini colpiti da malaria. Furono intraprese anche opere di piccola bonifica con la cooperazione degli inglesi³⁰.

Saccone effettuò nel marzo del 1918 il censimento dei malarici in forza alla Marina, raccogliendo questi dati: forza: 8240; malarici: 805; percentuale: 9,64. Per combattere le recidive Saccone scelse il metodo della cura chininica unica, cioè la somministrazione regolare di tavolette di chinino a tutti i malati a partire dall'inizio della primavera. La stessa pratica suggerì sia per i militari della Marina che per quelli dell'esercito. Il censimento nelle forze dell'esercito dette i seguenti risultati: forza: 6086; malarici: 1948; percentuale: 32. I malarici gravi venivano mandati all'ospedale della Marina. Esisteva anche un convalescenziario a Martina Franca, collocato in un edificio scolastico, con 227 letti. Il R. Esercito aveva anch'esso un reparto speciale per malarici all'ospedale militare³¹.

²⁸ *Ivi*, p. 389.

²⁹ A. VACCARI, *Campagna antimalarica del 1918 nella circoscrizione di Brindisi*, in “Annali di medicina navale e coloniale”, a. 25, vol. 1, fasc. III-IV, 1919, pp. 265-275.

³⁰ A. VALLE, *Sui metodi di lotta contro le malattie infettive messi in pratica al campo inglese di Cimino*, in “Annali di medicina navale e coloniale”, a. 25, vol. 1, fasc. III-IV, 1919, pp. 286-293.

³¹ G. SACCONI, *Campagna antimalarica del 1918 nella circoscrizione di Taranto*, in “Annali di medicina navale e coloniale”, a. 25, vol. 1, fasc. III-IV, 1919, pp. 275-285.

Nei mesi successivi si continuò con le stesse misure. Nella zona di Taranto la malaria ebbe nel 1918 un andamento benigno, molto diverso dalla virulenza che aveva avuto l'anno precedente, in cui ai militari di ritorno dall'Albania si era data la colpa l'importazione di zanzare più pericolose. Il complesso delle misure anti-malariche, in effetti, dette buon esito e ridusse notevolmente l'insorgenza della malaria primitiva.

Conclusioni

Le misure urgenti varate dal Ministero della Guerra per arginare la diffusione della malaria attestano la gravità della situazione, in cui si trovava l'Italia per effetto del perdurare delle operazioni militari. In Puglia, in particolare, il numero dei morti per malaria nel 1918 si era decuplicato rispetto a quello registrato quattro anni prima. Le ragioni concomitanti dell'esacerbarsi dell'infezione erano sia la circolazione di un numero molto ampio di persone, tra militari e civili, sia il peggioramento generale delle condizioni di vita e l'abbandono delle pratiche di tutela ambientale. Ci si rese conto che per rendere più efficace la lotta antimalarica la sanità militare e quella pubblica erano obbligate a fare fronte comune. Questa cooperazione doveva essere mediata dal Soprintendente nominato nel 1918.

L'impressione che i medici ricevevano dalla numerosa schiera dei malarici, che invadeva gli ospedali, attesta quanto poco efficaci fossero stati gli sforzi fatti fino ad allora per contrastare il dilagare dell'infezione. Così scriveva Giuseppe D'Urso nel 1918:

Chiunque visiti le caserme dei nostri depositi non salti, colpito tanto dallo spettacolo dei mutilati, quanto dalla vista di quest'altra categoria di sventurati: categoria notevolissima, se non per le atrocità delle sofferenze, per il numero e per l'aspetto. Sono giovani imberbi, con gli occhi spenti e le faccie sparute, ove l'anemia ha cancellato i lineamenti della loro età; e sono adulti, con viso terreo o gialli come brasiliani, con pance gonfie, con le prime note della cachessia. Sono soldati di ogni parte d'Italia; ma appartengono a preferenza alla gran famiglia dei lavoratori della terra: molti, quindi, sono già tarati dalla prima età dalla malaria; altri, ieri vigorosi, oggi sarebbero incapaci di attendere ad un lavoro proficuo³².

Solo negli ultimi mesi di guerra il numero degli ammalati iniziò a calare, benché nello stesso periodo si registrasse il maggiore affollamento di militari in zone malariche. La riduzione dei casi d'infezione fu tanto più significativa, se rapportata alla gravità delle forme malariche manifestatesi proprio negli ultimi due anni di guerra. In effetti, quello che, in sintesi, si poteva constatare era che la malaria non aveva perso la sua virulenza, ma gli organi di comando avevano adottato decisioni abbastanza adeguate a contrastarla³³. I risultati, tuttavia, almeno fino alla fine della guerra, furono limitati, né migliorarono subito dopo, perché a tutti i problemi

³² G. D'URSO, *Guerra e malaria*, Milano, Pei tipi del «Capitan Fracassa», 1918, p. 14.

³³ R. MARANTONIO, *La tubercolosi e la malaria ...*, cit., p. 42.

esistenti si aggiunse la riduzione del personale per la smobilitazione, che rallentò le opere di bonifica³⁴.

Il contrasto alla malaria continuava ad essere un problema socio-sanitario, che necessitava di pronti interventi. I compiti del risanamento igienico e della tutela della salute pubblica furono ereditati necessariamente dal dibattito politico degli anni successivi.

³⁴ A. VACCARI, *Campagna antimalarica del 1919 nella circoscrizione di Brindisi*, in “Annali di medicina navale e coloniale”, a. 26, vol. 1, fasc. V-VI, 1920, pp. 377-282.