



Università Campus Bio-Medico di Roma

Corso di dottorato di ricerca in
.....BIOETICA.....
XXIV ciclo anno 2009

**IL FINANZIAMENTO DELLA RICERCA BIOMEDICA E
LE STRATEGIE DI EDUCAZIONE SANITARIA DELLA
ROCKEFELLER FOUNDATION NEL CORSO DEL
VENTESIMO SECOLO**

Elisabetta Marfoli

Coordinatore
Prof. Vittoradolfo Tambone

Tutore
Prof. Luca Borghi

IL FINANZIAMENTO DELLA RICERCA BIOMEDICA E LE STRATEGIE DI EDUCAZIONE SANITARIA DELLA *ROCKEFELLER FOUNDATION* NEL CORSO DEL VENTESIMO SECOLO

INDICE.....	2
INTRODUZIONE.....	5

PRIMA PARTE

Le strategie culturali e sociali della Rockefeller Foundation

Capitolo 1. Le origini e le motivazioni filantropiche di John D. Rockefeller *Senior* e John D. Rockefeller *Junior*

1.1 La famiglia Rockefeller.....	16
1.2 L'agire filantropico della famiglia Rockefeller: radici storiche e motivazioni.....	23

Capitolo 2. Storia e filosofia della Rockefeller Foundation

2.1 La Rockefeller Foundation: genesi di un'idea.....	32
2.2 La nascita della Rockefeller Foundation.....	41

SECONDA PARTE

Le strategie e gli interventi di educazione sanitaria della Rockefeller Foundation

Capitolo 1. La Rockefeller Foundation e la sua politica educativa in ambito sanitario nel mondo

- 1.1 La Rockefeller Foundation e l'International Health Division: le politiche di educazione sanitaria.....53
- 1.2 Le politiche educative della Rockefeller Foundation nel mondo..... 60

Capitolo 2. La Rockefeller Foundation in Europa

- 2.1 La Rockefeller Foundation ed i suoi primi interventi di educazione sanitaria in Spagna.....64
- 2.2 Indagine Nutrizionale di Puente de Vallecas nel 1941..... 69
- 2.3 Le attività della Rockefeller Foundation in Francia.....72

Capitolo 3. La Rockefeller Foundation ed il suo intervento in Italia

- 3.1 Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia.....74
- 3.2 Nascita di una struttura di coordinamento per la lotta alla malaria.....82
- 3.3 Inaugurazione della stazione sperimentale per la lotta antimalarica.....86
- 3.4 L'Istituto di Sanità Pubblica.....89

TERZA PARTE

La progettazione di interventi di educazione alla salute: processi, metodi e stili della formazione

Capitolo 1. Strategie di successo nell'organizzazione delle Campagne Educative in Sanità Pubblica della Rockefeller Foundation

- 1.1** L'educazione alla salute secondo la Rockefeller Foundation.....99
1.2 La linea educativa e promotiva sanitaria della Rockefeller Foundation e la
realizzazione dei programmi di sanità pubblica nell'era moderna.....103

Capitolo 2. L'educazione alla salute come progettazione del cambiamento

- 2.1** Le Fasi di Programmazione di un Intervento di Educazione alla Salute.....107
2.2 L'educazione alla salute in una prospettiva di formazione.....112

CONCLUSIONI.....119

BIBLIOGRAFIA.....125

INTRODUZIONE

Negli Stati Uniti della fine dell'Ottocento la filantropia privata ha giocato un ruolo fondamentale nello sviluppo della ricerca scientifica. Molte delle istituzioni universitarie, di ricerca e culturali più prestigiose, come l'università di Stanford o le fondazioni Carnegie e Guggenheim, sono nate a partire dalle donazioni di uomini d'affari illuminati. La loro enorme influenza sullo sviluppo della società americana è difficile da valutare, quali che fossero le loro motivazioni originarie: il fervore religioso, una visione sociale, il desiderio di ottenere un riconoscimento sociale o di legare il proprio nome a istituzioni di duraturo prestigio.

Tra i più generosi e sistematici di questi mecenati troviamo John Davison Rockefeller, probabilmente il più citato esempio di americano che ha saputo costruire la sua fortuna a partire dal nulla. Nato nel 1839, con educazione secondaria in una scuola di commercio, in soli sette anni passò da assistente contabile in una compagnia petrolifera di Cleveland (Ohio), a controllore di un decimo del petrolio americano, diventando, in breve tempo, l'uomo più ricco d'America.

Morto nel 1937, gli sono succedute tre generazioni di discendenti col medesimo nome: John D. Rockefeller IV è attualmente senatore del West Virginia.

E', appunto, nella prima parte del presente lavoro di tesi che s'intendono approfondire le motivazioni che hanno spinto John D. Rockefeller *Senior* e suo figlio John D. Rockefeller *Jr* a creare la più influente organizzazione filantropica statunitense privata: la "**Fondazione Rockefeller**", arrivata ad operare in oltre 52 Paesi nei cinque continenti con lo scopo dichiarato di promuovere il benessere del genere umano in tutto

il mondo. Analizzeremo, inoltre, dopo un attento studio delle fonti bibliografiche¹, la dimensione storica e filosofica della *Rockefeller Foundation*.

La *Fondazione* divenne un'organizzazione attiva nella ricerca in numerosi ambiti, dalla pubblica sanità all'innovazione scientifica, sociale e umanistica; e la sua opera si svolse con numerosi programmi di finanziamento delle ricerche, cui poterono accedere anche molti scienziati non statunitensi, in numerosi campi.

Fu così che la *Fondazione Rockefeller* ebbe un'enorme influenza nelle scienze mediche e nelle politiche sanitarie mondiali, come ben si vedrà nella seconda parte del presente lavoro di ricerca.

Per la storia italiana del Novecento, particolare importanza ha rivestito l'*International Health Division* della Fondazione Rockefeller,² una delle più importanti agenzie di sanità di rilevanza pubblica del 20° secolo e precursore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Rockefeller ricordava di essere stato allevato con la filosofia di «lavorare, risparmiare e donare». Nelle ricostruzioni posteriori si riferisce come già nei suoi quaderni di adolescente siano registrate donazioni, pari al 6% del primo salario (6 dollari al mese), principalmente ad attività legate alla chiesa battista.

Man mano che la sua fortuna si accresceva, le donazioni crescevano in proporzione, diventando via via più sistematiche e seguendo dei precisi principi. Le donazioni dovevano sostenere iniziative già organizzate e di provato valore, con garanzie di continuità, tali da non estinguersi con l'eventuale cessare delle donazioni. Tali aiuti, inoltre, dovevano servire di stimolo per attrarre contributi da parte di altri benefattori.

La prima grande opera finanziata da Rockefeller fu l'Università di Chicago, all'origine un piccolo istituto di ispirazione Battista e diventata poi nel 1900 un'istituzione tra le migliori al mondo grazie ai 35 milioni di dollari donati dal magnate.

¹ Per la storia della Fondazione Rockefeller e dei Rockefeller, oltre alla pagina web degli archivi della Fondazione (<http://archive.rockefeller.edu>) si può consultare R. B. Fosdick, *The Story of the Rockefeller Foundation*, New York: Harper & Brothers, 1952 (varie edizioni successive).

² G.W. Corner, *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, New York 1964: "1913-1951 The Rockefeller Foundation's International Health Division, one of the most important public health agencies of the 20° century and a precursor of the World Health Organization".

Negli anni seguenti Rockefeller creò diverse fondazioni filantropiche, con l'obiettivo «di promuovere il benessere dell'umanità ovunque nel mondo». La prima di esse fu l'Istituto Rockefeller per la ricerca medica (ora Rockefeller University), nel 1901, le cui attività hanno letteralmente cambiato il volto della medicina. Due anni più tardi Rockefeller istituì un Concilio Generale per l'Educazione al fine di promuovere l'educazione negli USA, soprattutto per la gente di colore. Questa istituzione è stata poi accompagnata, nel 1923, da un analogo Concilio Internazionale, dotato di un fondo iniziale di oltre 20 milioni di dollari.

Nel 1913 egli fondò la *Rockefeller Foundation* e, dedicata alla moglie, nel 1918 il *Laura Spelman Rockefeller Memorial* (assorbito poi nel 1928 dalla Rockefeller Foundation), la cui attività principale riguardava le scienze sociali.

La filosofia di fondo di tutte queste iniziative era quella del *finanziamento dell'eccellenza* con lo scopo di promuovere il benessere e il progresso della popolazione degli Stati Uniti d'America e poi di quella di tutto il mondo; dare sollievo alle sofferenze umane; fare promozione umana³. Ispirata dal fondatore medesimo, è stata poi perseguita sistematicamente dai dirigenti delle diverse fondazioni.

La politica della *Fondazione Rockefeller* non fu tanto quella di intervenire nelle situazioni di emergenza, quanto invece di svolgere *un'azione educativa* rivolta sia alla popolazione generale che alle autorità sanitarie e governative, in modo da stimolare la creazione di strutture sanitarie efficienti e rendere il più durevole possibile l'intervento.

Sebbene le istituzioni dei Rockefeller abbiano iniziato relativamente tardi ad occuparsi di scienze sociali, il loro intervento in questo campo ha contribuito a reindirizzare il percorso di alcune di esse, in particolare degli studi economici.

Il pensiero di fondo dei responsabili del settore nella seconda metà degli anni Venti consisteva nel cercare di favorire un «approccio scientifico» ai problemi economici, proponendo un approccio essenzialmente quantitativo.

³ J.Farley, *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, University press, 2004. Si consulti anche Fosdick R.B, *The story of the Rockefeller Foundation*, Harper Brothers Publishers, New York, 1952.

Un aspetto oggetto di studio e di approfondimento del presente lavoro, è anche quello relativo alle modalità organizzative e finanziarie dei programmi di intervento della *Fondazione* nei campi precedentemente citati⁴.

Tra i primi risultati si rileva, per ciò che riguarda l'economia, che il problema principale è stato individuato nelle questioni relative alla "sicurezza sociale": da un lato le assicurazioni sociali contro la malattia, disoccupazione, eccetera... dall'altro lo studio del problema delle fluttuazioni economiche. La *Fondazione Rockefeller* ha così generosamente finanziato molte istituzioni americane ed europee, e ha sostenuto finanziariamente gli sforzi della Lega delle Nazioni nell'intraprendere uno studio storico, teorico, statistico e applicativo del fenomeno delle depressioni economiche ricorrenti coordinando anche la raccolta e l'elaborazione di dati statistici da parte degli istituti locali.

È interessante notare come l'intervento della *Fondazione* sulla ricerca non sia stato neutrale: da un lato, infatti, i suoi ingenti mezzi hanno favorito coloro che applicavano metodi quantitativi (oggetto di specifica preferenza da parte della Rockefeller) in quanto, essendo già in atto nelle scienze economiche la tendenza a passare da un'analisi più discorsiva all'analisi matematica, certamente l'afflusso di ingenti somme di denaro ha notevolmente accelerato il movimento in questa direzione.

Dall'altro lato invece, la *Fondazione Rockefeller* aveva la possibilità di influire sulle scelte degli esperti che la Lega delle Nazioni convocava per impostare e discutere le ricerche che promuoveva.

Non è chiaro in che misura la *Fondazione Rockefeller* fosse consapevole delle implicazioni delle proprie scelte: alcune erano senz'altro volute, altre sono state il risultato dell'interazione con altri progetti di ricerca (quello della Lega delle Nazioni, per esempio). È comunque certo che la Rockefeller, così come le altre fondazioni

⁴ Dello studio sul ciclo economico patrocinato dalla Fondazione Rockefeller e condotto dalla Lega delle Nazioni si era parlato in un precedente contributo su *Azione*, «La crisi fra le due guerre», 22 giugno 2005, p. 19 (scaricabile da www.azione.ch). Per una breve esposizione delle fasi della ricerca della Lega delle Nazioni si può anche vedere www.unil.ch/cwp/page41889.html (in inglese).

filantropiche legate alla famiglia Rockefeller, ha senz'altro dato un importante contributo alla ricerca scientifica, ma non senza incanalarla lungo binari ben precisi⁵.

La seconda parte della tesi si focalizzerà su un'analisi della bibliografia relativa a progetti, interventi e campagne educative e promotrici di educazione alla salute della *Fondazione Rockefeller* con il fine di comprendere le politiche e le strategie educative, tutte le dinamiche organizzative della *Fondazione* che hanno, in qualche modo, trasformato *l'educazione alla salute* della popolazione mondiale in una vera e propria *pratica educativa* basata sullo sviluppo delle possibilità di benessere dell'individuo e dell'umanità, promossa dalle autorità sanitarie e governative con i necessari finanziamenti, e che hanno sostanziato negli anni il successo del *metodo* Rockefeller.

Si è lavorato negli archivi dell'*Istituto Italiano di Medicina Sociale*, dell'*Istituto Superiore di Sanità* e del *Ministero della Salute*. Nello specifico sono state analizzate tutte le pubblicazioni e i rendiconti dell'*Istituto Superiore di Sanità* dal 1928 ad oggi, grazie anche alla cortese disponibilità dei ricercatori all'interno dell'Istituto e, in particolare, grazie al Professor Gianfranco Donelli, autore di molti testi presi in esame per il presente lavoro di tesi.

La *Fondazione Rockefeller* tra il 1932 e il 1959 versò 25 milioni di dollari a sostegno del programma di biologia molecolare degli Stati Uniti. La portata della sua influenza nel corso di questo intenso periodo, però, andò ben oltre il semplice finanziamento. Il programma di biologia molecolare della *Fondazione* permeava le infrastrutture accademiche di tutte le istituzioni cruciali, con i fiduciari di Rockefeller ai vertici delle posizioni amministrative delle università⁶.

⁵ Sulla sua influenza sulla ricerca nelle scienze sociali, e in particolare sul finanziamento dello studio della Lega delle Nazioni, si vedano rispettivamente E. Craver, «Patronage in the Directions of research in Economics: The Rockefeller Foundation in Europe, 1924-38», *Minerva* 24, 1986, pp. 205-222, e N. de Marchi, «League of Nations Economists and the ideal of peaceful changes in the Decade of the 'Thirties», in C. D. Goodwin (ed.), *Economics and National Security. A History of their interaction*, Durham and London: Duke University Press, 1991.

⁶ Nel suo libro del 1993, *The Molecular Vision of Life*, la Dottoressa Lily E. Kay sosteneva che la "nuova biologia" fu creata in gran parte dalla Fondazione Rockefeller e dal suo canale sussidiario presso il California Institute of Technology (Caltech), attraverso un consenso tra elite scientifica ed elite commerciale, il cui più ampio obiettivo era centrato sull'eugenetica e la necessità di creare un meccanismo di controllo sociale e di ingegneria umana.

La *Fondazione* sostenne i progetti di biologia molecolare in molte istituzioni, ma investì la maggior parte della somma in sei di esse: L'Università di Chicago, il California Institute of Technology (Caltech), Stanford, Columbia, Harvard e l'università del Wisconsin. Infine, il Caltech divenne il centro più importante della nuova biologia⁷.

Dallo studio di queste fonti è possibile riflettere sul concetto relativo alla "Scienza dell'Uomo" della *Fondazione Rockefeller* che privilegiò una visione molecolare della vita collegando le particolari forme di controllo sociale perseguito dal proprio programma, con lo specifico tipo di controllo fornito dalla nuova biologia.

La *Fondazione Rockefeller* finanziò anche progetti eugenetici come la campagna di sterilizzazione del Comitato Nazionale per l'Igiene Mentale.

Per quello che riguarda la situazione europea e l'operato della *Fondazione* nell'ambito degli aiuti di guerra alla popolazione civile, dal 1916 essa cominciò a interessarsi ai problemi di salute dei francesi e decise di inviare una missione dedicata alla cura e prevenzione della tubercolosi, malattia che uccideva 60.000 persone ogni anno.

La *Fondazione* pensò di realizzare una divisione di "Medical Education" per aiutare scuole di medicina posizionate strategicamente in varie parti dell'Europa al fine di aumentare le loro risorse e migliorare la didattica e la ricerca.

Sono continuati gli studi di analisi delle pubblicazioni e delle fonti bibliografiche relative sempre alla seconda parte del lavoro di tesi portando avanti approfondimenti relativi all'operato della *Rockefeller Foundation* nel mondo e poi nella distinta realtà Italiana, grazie anche al lavoro di ricerca degli studenti di Infermieristica impegnati nel Corso di Infermieristica Preventiva al II anno di Laurea (di cui sono docente) dall'anno accademico 2010-2011 all'anno accademico 2013-2014 puntando l'attenzione alla linea educativa e promotiva sanitaria della stessa *Fondazione Rockefeller*.

Dal 1900 a oggi, l'educazione alla salute può trovare notevole risalto o, al contrario, scomparire confusa tra messaggi non controllati e contraddittori. In questo contesto è fondamentale il ruolo del mondo sanitario per dare contenuto e visibilità ai messaggi

⁷ "Come gli obiettivi dell'Eugenetica, del Controllo Sociale e dell'Ingegneria Umana diedero forma alla Biologia Molecolare e alla Scienza del XX secolo". Una recensione del libro "The Molecular Vision of Life: Caltech, The Rockefeller Foundation, and the Rise of the New Biology". (Oxford University Press, 1993) di Lily E. Kay; 16 Gennaio 2009.

educativi. L'educazione alla salute abbraccia tutti i tipi di prevenzione: sicuramente la primaria, ma anche la secondaria, fino alle prestazioni terapeutiche e riabilitative; a tal proposito la *Fondazione Rockefeller* monitorò i sistemi di comunicazione per rafforzare la risposta e la prevenzione.

Ogni iniziativa intrapresa dalla *Fondazione* era destinata a raggiungere obiettivi specifici, significativi e misurabili in tempi previsti (di solito dai 3 ai 5 anni) alcuni dei quali erano: aiutare le comunità a fronteggiare le conseguenze del cambiamento climatico; aumentare la produttività agricola, dei suoli e dei mercati; promuovere campagne per i lavoratori americani e la tutela della sicurezza economica; istruire personale sanitario e fare promozione batteriologica della salute pubblica; controllare in modo efficace e segnalare i primi sintomi delle nuove malattie infettive diffuse rapidamente con potenzialità di causare pandemie in tutto il mondo minacciando la salute, il benessere economico, e la vita stessa delle persone più povere del mondo e coordinando le giuste comunicazioni orizzontali e la condivisione delle conoscenze con i Paesi vicini. Queste iniziative erano rivolte prevalentemente al Sud-est asiatico, Africa orientale e meridionale, Messico, Virginia.

La *Fondazione Rockefeller* si concentrò nell'impiegare, nei Paesi in via di sviluppo, strategie chiave di finanziamento per promuovere la ricerca sui sistemi sanitari e la definizione di programmi di copertura sanitaria universale; migliorare la capacità professionale di progettare e gestire sistemi sanitari ad alte prestazioni; sfruttare le risorse del settore privato per finanziare e fornire i giusti servizi sanitari. Questa iniziativa, al fine di ottenere risultati misurabili, mirava a informare le leadership politiche pubbliche in modo che la copertura sanitaria universale potesse essere accettata come obiettivo auspicabile e fattibile e potesse essere adottata da un numero crescente di governi nazionali; si voleva migliorare la gestione dei sistemi sanitari e sostenere l'innovazione, gli strumenti, i partenariati pubblico-privato e le reti mondiali per sviluppare l'interoperatività, migliorare la qualità, l'accesso e l'accessibilità dei servizi sanitari nei Paesi selezionati⁸.

⁸ Si consulti: <http://www.rockefellerfoundation.org/what-we-do/current-work/linking-global-disease-surveillance>

In Italia, ulteriori approfondimenti, hanno evidenziato che l'operato della *Fondazione Rockefeller* è stato esclusivamente rivolto all'azione per l'eradicazione della malaria: grande esempio di modello di educazione alla salute. Già nel 1925 la Fondazione procedette alla creazione a Roma della "*Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica*", diretta dall'italiano Alberto Missiroli, uno dei massimi esperti del settore in Italia, e dall'americano Lewis Hackett. La *Stazione* divenne in breve tempo il principale punto di riferimento in campo mondiale nella lotta antimalarica svolgendo un'importante opera nell'addestramento e nella formazione del personale attivo nella lotta antimalarica, non solo di nazionalità italiana.

Il 31 ottobre 1927 si inaugurò la nuova sede della *Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica* nel Palazzo rinascimentale della Farnesina ai Baullari⁹; vi parteciparono il governatore di Roma, Ludovico Spada Veralli Potenziani, i rappresentanti della Rockefeller Foundation e il direttore generale della Sanità Pubblica, Alessandro Messea¹⁰.

Ancora, la collaborazione triennale tra la Direzione Generale della Sanità Pubblica e la *Fondazione Rockefeller* portò, in un limitato arco di tempo, a un incremento esponenziale del sostegno finanziario all'Italia in campo scientifico-sanitario. Con il supporto finanziario del governo italiano, la *Fondazione Rockefeller* nel 1928 finanziò l'*Istituto di Sanità Pubblica*, destinato a diventare nel 1934, col nome di *Istituto Superiore di Sanità*, il principale istituto di igiene in Italia.

L'obiettivo era sempre quello di concentrarsi sull'indagine scientifica in tutti i campi inerenti la biologia, la patologia e l'igiene, interessandosi inoltre alle finalità didattiche per preparare le maestranze dell'Igiene Pubblica, all'attrazione dei giovani medici, naturalisti, veterinari e chimici per la formazione negli specifici ambiti e al lavoro per la

⁹ La Stazione venne inaugurata nel corso delle celebrazioni per l'anniversario della marcia su Roma. I giornali diedero risalto all'avvenimento, tanto che sulla "*Tribuna*" del 2 Novembre 1927 apparve un lungo articolo con illustrazioni, dal titolo "*Il governatore inaugura la Stazione Sperimentale per la lotta Antimalarica*", in cui si ripercorreva la storia dei primi due anni di attività.

¹⁰ *La Stazione Sperimentale per la lotta Antimalarica*, in *Rivista di malariologia*, VI, 1927, 4-5, pp. 864-65.

prevenzione e il controllo di malattie per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute di tutta la popolazione¹¹.

Lo sviluppo della terza parte del lavoro, infine, avrà come obiettivo pratico quello di utilizzare i risultati dello studio di analisi fin lì ottenuti, per la definizione di un modello basato sull'efficacia dei progetti di educazione alla salute della *Fondazione Rockefeller*.

Ultimo obiettivo del presente lavoro di tesi sarà il tentativo di pensare a un programma di intervento di educazione alla salute nella specifica realtà italiana, alla luce delle diverse fasi del *Processo Assistenziale del Nursing* e del *Programma di Educazione Sanitaria* che vede prima l'individuazione e analisi dei bisogni di salute, la definizione degli obiettivi, la scelta della metodologia e, per ultimo, la pianificazione, attuazione e valutazione del programma educativo.

Rifacendoci alla Carta di Ottawa¹², la quale invita l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre organizzazioni internazionali a sostenere la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate e a supportare i diversi Paesi nel mettere a punto strategie e programmi di promozione della salute, il concetto stesso di salute viene visto, nella realtà moderna, come la capacità di vivere nel proprio ambiente, costruendo il proprio progetto di vita e potenziando il "sé" individuale: quell'*empowerment* che permette all'individuo di costruire molteplici possibilità di scelta entro cui attingere per affrontare determinate situazioni e strutturare la propria storia.

¹¹G. Donelli, E. Serinaldi, *Dalla lotta alla malaria alla nascita dell'Istituto di Sanità Pubblica. Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia: 1922-1934*, Editori Laterza, 2003.

¹² La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta la *Carta di Ottawa* per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata, al documento dell'O.M.S. sugli obiettivi della Salute per Tutti e al dibattito sull'azione intersettoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

La Conferenza è fermamente convinta che la Salute per Tutti entro l'anno 2000 e oltre comincerà a diventare una realtà se le persone di ogni ceto sociale, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e tutti gli altri organismi coinvolti uniranno le loro forze per introdurre strategie che promuovono la salute in linea con i valori morali e sociali che stanno alla base di questa Carta.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Elisabetta Marfoli,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 11/04/2014.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Elisabetta Marfoli,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 11/04/2014.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

PRIMA PARTE

Le strategie culturali e sociali della Rockefeller Foundation

Capitolo 1

Le origini e le motivazioni filantropiche di John D. Rockefeller *Senior* e John D. Rockefeller *Jr.*

1.1 La famiglia Rockefeller

La storia della famiglia Rockefeller, una delle più ricche ma anche delle più generose degli Stati Uniti, è densa di avvenimenti e fatti che si intersecano con gran parte dei paesi del mondo.

John Davison Rockefeller (Richford, New York 8 luglio 1839 – Ormond Beach, Florida 23 maggio 1937), secondogenito di William Avery Rockefeller Sr. (New York, 13 novembre 1810 – Illinois, 11 maggio 1906) ed Eliza Davison (12 settembre 1813 - 28 marzo 1889)¹³, discendeva da una famiglia di immigrati tedeschi di origine ebraica (molto probabilmente chiamati Rockenfell), sbarcati in America tra il 1720 e il 1730. Provenienti da Fahr, sobborgo di Neuwied, si erano stabiliti nel Palatinato di Renania dove vissero dal 1590, e dove erano chiamati molto probabilmente Rocquefeuille¹⁴.

Suo padre, William Avery Rockefeller, era il terzo di dieci figli nato da Godfrey Lewis Rockefeller (New York, 24 Settembre 1783- New York, 28 Settembre 1857) e da Lucy

¹³ Chernow R, *Titan: The life of John D. Rockefeller Sr.*, 2004, p.3-8.

¹⁴ Una genealogia compilata da un illustre studioso, il Dr. Malcolm Stern, intitolata *Americans of Jewish Descent* (Americani di discendenza ebraica), conferma in modo convincente le asserzioni di molti Ebrei americani che il clan Rockefeller in origine fosse uno dei loro. Anche Stephen Birmingham, nel libro *The Grandees: America's Sephardic Elite* 1971, p.3, sostiene la tesi di Stern e narra che William Rockefeller fosse di religione battista e venditore ambulante, un sedicente "dottore", sottile e attento educatore dei numerosi figli: secondo il biografo ufficiale di famiglia, professor Allan Nevins (Illinois Maggio 1890- Marzo 1971), il vecchio amava raccontare: "Io imbroglio i miei figli ogni volta che ne ho l'occasione. Voglio farne dei duri. Io commercio con i ragazzi e li spenno, e li picchio anche ogni volta che posso. Io voglio farne dei duri.". Indiscutibilmente ci riuscì. Nevins A., *The Rockefeller Syndrome*, 1975, p. 145. Di Allan Nevins si consultino anche: *John D. Rockefeller: The Heroic Age of American Enterprise*, 1940; e *Study In Power: John D. Rockefeller, Industrialist and Philanthropist*, 1953.

Avery (Massachusetts, 11 Febbraio 1786- 6 Aprile 1867), che sposò il 20 Settembre del 1806 in Amwell, New Jersey.

William Avery Rockefeller amava vestire con eleganza e fare sfoggio di denaro, prediligendo le monete d'oro¹⁵, ma aveva fama di uomo corrotto senza principi morali. Sedicente medico, era attirato dall'occulto e praticava la magia, e per via del suo lavoro era spesso lontano da casa.

Nel 1851, quando John Davison Rockefeller era solo un ragazzo, la famiglia si trasferì a Oswego, nello stato di New York, e nel 1853 si spostò a Cleveland, in Ohio¹⁶.

In quegli anni John Davison Rockefeller cresceva tra grandi ambizioni e il desiderio di portare la sua famiglia alle luci della ribalta. A Cleveland frequentò la Central High School, iscrivendosi alle Erie Street Baptist Church, dove a soli 21 anni ne divenne amministratore fiduciario. Nel 1855 finì la scuola e si iscrisse ad un corso di business al Folsom Mercantile College. In seguito fu assunto come contabile presso la Hewitt & Tuttle, e nel 1858 fondò la sua prima società, la Clark & Rockefeller. In quegli anni Cleveland era una delle cinque principali città degli USA per la raffinazione del petrolio (dopo Pittsburgh, Filadelfia, New York, e il nord-ovest della Pennsylvania), e il giovane John, fiutando le potenzialità di questo settore, nel 1863 investì in una raffineria di petrolio. Come molti capitalisti-imprenditori dell'epoca, John Davison Rockefeller, poco più che ventenne, fondò la *Clark & Rockefeller*, una società commerciale il cui core business era alquanto vago: si commerciava di tutto purché avesse un prezzo di vendita. La società era diretta da Rockefeller e dal socio Maurice Clark, ed operava nel territorio di Cleveland nei mercati della carne e del frumento. Il boom del petrolio del 1859 li coinvolse nel mercato nascente, e avviarono dunque alcune piccole industrie di raffinazione di petrolio lungo la ferrovia di Cleveland. Il trasporto su rotaia era l'unico modo per condurre il petrolio dai luoghi di estrazione ai grandi mercati dell'est, e la città di Cleveland si trovava in una favorevole posizione geoeconomica. Gli elevati profitti provenienti dalla raffinazione convinsero Rockefeller a dedicare la sua attenzione

¹⁵ Tarbell I.M., *John D. Rockefeller A Character Study*, 1905, pp. 227-249 e ss.

¹⁶ Chernow R., *Titan: The life of John D. Rockefeller, Sr.*, 2004, pp. 8 e ss.

esclusivamente al settore petrolifero, e in breve tempo liquidò il suo socio acquistando l'intera proprietà dell'azienda.

Nel settore della raffinazione operavano diverse società in forte concorrenza tra loro, e Rockefeller ambiva apertamente al controllo monopolistico dell'intero mercato¹⁷.

Gli affari della raffineria procedevano molto bene, e John Davison Rockefeller Senior (da ora indicato come J.D. Rockefeller Sr.) decise di reinvestire la quasi totalità degli utili in una politica di espansione e potenziamento delle strutture: in poco tempo riuscì così a comprare 22 raffinerie delle 26 attive a Cleveland, riuscendo quasi sempre ad acquisirne il totale controllo e ad estromettere i vecchi proprietari. Gli unici a resistere più tempo furono i suoi rivali Charles Pratt e Henry H. Rogers (i due maggiori raffinatori di Cleveland in quegli anni), che tuttavia capitolarono quando si resero conto che cercare di competere con Rockefeller era inutile. I due decisero quindi di vendere le loro attività al magnate diventando suoi soci: Rogers rivestirà poi un ruolo chiave nella costruzione del trust della futura Standard Oil, mentre Charles Millard Pratt (il figlio di Charles Pratt) ne diventerà il segretario¹⁸.

In quel periodo storico l'entusiasmo negli affari e la corsa al profitto dominavano su ogni altro aspetto, e le aziende erano guidate da uomini che si sfidavano in affari come in aspre guerre personali senza esclusioni di colpi. Il nome di John D. Rockefeller Sr. era diventato il simbolo storico del capitalismo di fine Ottocento e dell'*animal spirit* che spingeva i *self-made men* all'investimento e all'imprenditoria nel grande sconfinato territorio americano. La guerra di secessione era finita da poco lasciando un paese da ricostruire a cui si aggiungevano le grandi praterie dell'ovest da conquistare e civilizzare. L'entusiasmo nella corsa al petrolio portò rapidamente ad una situazione di sovrapproduzione petrolifera, e il prezzo del petrolio si dimezzò causando perdite economiche sia ai produttori/estrattori di petrolio sia alle aziende di raffinazione che lo

¹⁷ Si veda: *Genio e Immaginazione. Il re dell'oro nero*, in repubblica@scuola del 16 Dicembre 2011, http://scuola.repubblica.it/contributo/il-re-delloro-nero/4157/?id_contrib=291 (consultato il 2 marzo 2012).

¹⁸ Miller F.P., Vandome A.F., McBrewster J., *Charles Pratt and Company: Charles Pratt, Henry H. Rogers, John D. Rockefeller, Standard Oil, Oil industry, Kerosene*, 2010.

preparavano per essere immesso sui mercati di sbocco. Il tipico panico che segue una fase di grande entusiasmo portò molti investitori a svendere le proprie industrie, e J.D. Rockefeller Sr approfittò del momento per acquistare le industrie di raffinazione concorrenti.

Nel 1870 avviò una partnership con Samuel Andrews (Chimico e Capo del Settore di Raffinazione) e successivamente assieme a questi, ad Henry Flager e Stephen Harkness fondò la Standard Oil, che divenne in breve tempo una compagnia petrolifera completamente integrata nei settori della produzione, trasporto, raffinazione e commercializzazione, diventando ben presto un vero e proprio trust controllante il settore petrolifero negli Stati Uniti¹⁹.

Nel 1899 la *Standard Oil*, i cui uffici erano al numero 26 di Broadway a New York, mutò la sua ragione sociale diventando una holding²⁰, chiamata *Standard Oil Company of New Jersey* (SONJ), che possedeva azioni in quarantuno società.

Tale potere finì per destare l'attenzione della giustizia americana, e il Dipartimento Americano di Giustizia sottopose la *holding* alla legislazione federale antitrust.

Lo *Sherman Antitrust Act* del 1890, detto anche *Sherman Act*, è la più antica legge antitrust degli Stati Uniti nata per limitare i monopoli. Lo Sherman Act fu firmato dal Presidente Benjamin Harrison nel 1890, e prese il nome del senatore repubblicano John Sherman dell'Ohio, ex-Segretario del Tesoro sotto la presidenza di Rutherford Hayes. La legge rimase praticamente inapplicata per alcuni anni, ma poi il presidente Theodore Roosevelt ne fece un estensivo utilizzo nella sua campagna antitrust, diretta a scindere la Northern Securities Company. In seguito anche il Presidente William Howard Taft la

¹⁹ Tarbell I.M., *The History of the Standard Oil Company*, 1966.

²⁰ Nell'ambito delle società è un fenomeno ancora molto attuale non solo in termini economici ma anche in termini giuridici quello del gruppo di società. Al vertice del gruppo si pone la società-madre cioè la holding o società finanziaria (la holding company è una locuzione mutuata dalla lingua inglese tradotta letteralmente in "compagnia di possesso" più frequentemente o semplicemente holding), la quale è collegata e controlla le società-figlie direttamente o indirettamente; il controllo si realizza, in concreto, mediante il possesso del pacchetto di maggioranza delle azioni (controllo di diritto) o mediante la possibilità di imporre la propria volontà in assemblea (controllo di fatto). È dunque possibile che la direzione unitaria sia assicurata con strumenti diversi dalla titolarità azionaria, così come è possibile (sebbene più raro) che capogruppo sia non una società, ma una persona fisica o un ente. Il vantaggio di una holding è il frazionamento del rischio tra le imprese e la possibilità di attuare finanziamenti elevatissimi attraverso partecipazioni a cascata. Si consulti: Gazzoni F., *Manuale di Diritto Privato*, 2007, pp. 1460-1465 e ss.; Ferri G., *Manuale di Diritto Commerciale*, 2010, pp 614-616.

utilizzò per colpire il monopolio della American Tobacco Company. L'effetto più significativo dello Sherman Act fu lo smembramento della Standard Oil. Quando nel 1911, dopo il varo delle leggi anti-Trust, un tribunale americano decise che la struttura della Standard Oil Company era monopolistica e andava demolita, la famiglia non fece altro che creare una serie di compagnie collaterali di copertura e un certo numero di Fondazioni, distribuendo fra di esse i pacchetti azionari della Standard Oil²¹.

Nel 1890 J.D. Rockefeller Sr. controllava il 90% della raffinazione del petrolio in Nordamerica, possedeva pozzi, raffinerie, società ferroviarie e organi di stampa in Centro e Sud America, ma tra gli imprenditori era visto come un profittatore: il suo potere finanziario e commerciale era tale che quando qualcuno rifiutava una sua offerta di acquisto, J.D. Rockefeller Sr. riusciva a mandarlo in bancarotta e prendersi comodamente la sua attività all'asta del tribunale fallimentare²².

Nonostante il successo e il potere della *Standard Oil*, nel 1911, ad opera della corte Suprema degli Stati Uniti, si confermò il giudizio del primo grado d'appello e si decretò lo smembramento della *holding* in trentaquattro distinte società ciascuna con un proprio distinto management. Il presidente e fondatore della *Standard Oil*, J.D. Rockefeller Sr., da allora si ritirò in silenzio da ogni carica dell'organizzazione pur possedendo ancora azioni. Conservò il titolo di presidente (un titolo puramente nominale e onorifico nell'organigramma dell'azienda) e, cosa molto più importante, preservò tutte le sue quote

²¹ Le origini del diritto antitrust sono essenzialmente anglo-americane e vengono comunemente fatte risalire allo Sherman Antitrust Act, la prima legge antitrust, emanata dal Congresso degli Stati Uniti su proposta del senatore dell'Ohio John Sherman nel 1890, ma concretamente applicata solo nel 1911 contro l'impero petrolifero creato da Rockefeller. Lo Sherman Act dichiarava illegale qualsiasi accordo collusivo tra imprese. La Standard Oil, dopo l'emanazione dello Sherman Act, fu costretta ad ufficializzare i rapporti assumendo il nome di "Standard Oil of New Jersey". Il suo potere era ormai alla luce del giorno ma non venne comunque intaccato. Prima di tale legge, alcuni Stati della federazione degli Stati Uniti avevano adottato atti a tutela del solo commercio interno a ciascuno di essi. L'incremento delle concentrazioni, soprattutto in alcuni settori-chiave dell'economia americana, come i trasporti ferroviari, indusse il Congresso ad adottare lo Sherman Act, al fine di disciplinare il commercio anche tra i diversi Stati. La sezione 1 dell'Act individuava le condotte contrastanti con la concorrenza e le relative sanzioni. Si prevedevano pene piuttosto elevate, a partire dalla multa di 5.000 dollari fino alla reclusione per un anno. La legge, inoltre, autorizzava il governo federale ad avviare dei procedimenti contro le imprese che avessero messo in pericolo la concorrenza, anche se per alcuni anni, tale potere di iniziativa non fu mai utilizzato per l'opposizione della Corte Suprema degli Stati Uniti. Si consulti Montague G.H., *The rise and progress of the Standard Oil Company*, 2003.

²² Bozzoli S., Sulla pelle dei popoli. Viaggio nel labirinto del potere mondialista, da L'Uomo Libero, 1988, nr 27.

azionarie, restando di fatto il principale azionista della Standard Oil²³. Dopo la divisione della *Standard Oil* il valore delle sue azioni aumentò notevolmente, e agli inizi del Novecento la famiglia Rockefeller rimaneva la più ricca famiglia americana che possedeva, fra l'altro, numerose miniere di carbone nel Colorado.

Tuttavia, J.D. Rockefeller Sr. viene ricordato anche come grande filantropo: al suo ritiro definitivo dal mondo degli affari donò infatti gran parte del patrimonio in beneficenza e ai suoi familiari, tenendo per se “soltanto” 20 milioni di dollari.

Anche dopo la sua morte, i suoi discendenti continuarono ad occupare importanti posizioni nel mondo degli affari e della politica: suo figlio, e principale erede, John Davison Rockefeller *Junior* (29 Gennaio 1874- 11 Maggio 1960), oltre che rilevare le attività del padre, si interessò di politica estera.

John Davison Rockefeller Junior (da ora indicato come J.D. Rockefeller Jr.), quinto figlio di J.D. Rockefeller Sr. e sua moglie Laura Celestia Spelman (1839-1915), visse i primi anni della sua vita nella casa di famiglia al 4 West 54th Street e frequentò la Browning School dal 1889 al 1893; successivamente si iscrisse a Yale, ma in seguito si trasferì alla Brown University. Si dimostrò essere uno studente modello, intraprendente al punto da essere eletto più volte a ricoprire importanti cariche all'interno dell'ateneo. Dopo la laurea, nel 1897, J.D. Rockefeller Jr. trovò il suo primo impiego nell'edificio della *Standard Oil*, a Broadway, come direttore della compagnia, e in seguito assunse il ruolo di direttore della neonata *U.S. Steel Company* di John Pierpont Morgan (celebre banchiere), ma nel 1910, dopo uno scandalo legato a problemi di corruzione, lasciò entrambe le cariche.

Durante la grande depressione seguita al crollo finanziario del 29 ottobre 1929, J.D. Rockefeller Jr. fu abile nell'ottenere il massimo rendimento dal ribasso dei prezzi e diventare importante anche nel campo immobiliare di New York, edificando il celebre “*Rockefeller Center*” e riuscendo a fare in modo che in questo gigantesco complesso edilizio venissero a stabilire il loro quartier generale aziende importanti come la *General Electric*, la *NBC*, la *RKO Pictures* e la *RCA*, alcune prestigiose banche e ovviamente la *Standard Oil of New Jersey* (Esso).

²³ Tarbell I.M., *The History of the Standard Oil Company*, 1966.

Nel 1921 ricevette da suo padre il 10% della *Equitable Trust Company*; dopo la fusione, nel 1930, di quest'ultima con la *Chase National Bank* (oggi *JP Morgan Chase*) diede vita alla più grande banca del mondo, rimanendone l'azionista di maggioranza.

J.D. Rockefeller Jr. si sposò con Abby Greene Aldrich, figlia di un senatore del Rhode Island, ed ebbe da lei sei figli.

Nel corso della sua vita (soprattutto negli ultimi anni) anche J.D. Rockefeller Jr., come suo padre, si distinse per la sua attività filantropica: donò circa 537 milioni di dollari per la realizzazione di opere pubbliche e sociali, per il benessere sanitario del Paese come, per esempio, l'attuazione di un centro di ricerca contro il cancro; la donazione nel 1928 di un vasto terreno per consentire la costruzione del *Museum of Modern Art* a New York; o ancora l'acquisto di un terreno che, il 15 Luglio 1934, divenne il parco nazionale di *Great Smoky Mountains*. Il segreto del successo della potente famiglia Rockefeller era quello di far uso della ricchezza a fini filantropici, convinti che il capitalismo poteva colmare il baratro che esso stesso produceva nei confronti della giustizia sociale e dell'esistenza dei lavoratori²⁴.

Sarà il suo terzo figlio Nelson Aldrich Rockefeller (Maine, 8 luglio 1908- New York City, 26 Gennaio 1979) a continuare il lavoro dell'impresa di famiglia e a partecipare alla gestione dell'enorme e ambizioso progetto edilizio nel cuore di Manhattan: il *Rockefeller Center*. Nelson Aldrich Rockefeller fu un politico esponente del Partito Repubblicano, governatore dello stato di New York (dal 1959 al 1973) e vicepresidente degli Stati Uniti (dal 1974 al 1977). Anche lui si distinse per le iniziative filantropiche e culturali come era tradizione nella sua famiglia; fondò nel 1957 a New York un Museo di arte primitiva. Morì d'infarto all'età di 70 anni.

²⁴ Si consulti a questo proposito l'opera di Carnegie A., "*Il vangelo della ricchezza*", 2007.

1.2 L'agire filantropico della famiglia Rockefeller: radici storiche e motivazioni.

Se oggi la filantropia viene vista, sull'esempio del Nobel Amartya Sen e della sua costante attenzione ai problemi dei poveri e dei sofferenti, come uno strumento per andare incontro all'uomo, un processo di riscatto delle negatività del mondo economico, un voler dare enfasi all'interesse personale²⁵; o se come affermano i ricercatori P.L.Sacco e S.Zamagni, si definisce come un approccio di altruismo cosiddetto dinamico ed evolutivo in contrapposizione a quello sociobiologico²⁶, e si spinge verso atteggiamenti altruistici quali l'empatia, i sentimenti di gratitudine o di fiducia o anche il rispetto delle norme sociali²⁷, ben altra cosa era considerata la filantropia a fine '800 dalla famiglia Rockefeller.

Le origini della filantropia moderna sono essenzialmente americane; grandi magnati degli Stati Uniti erano soliti devolvere ingenti risorse finanziarie a diverse iniziative culturali ed umanitarie: primi tra tutti i Rockefeller, poi Vanderbilt, Ford, George Soros, Bill Gate²⁸, o ancora Brooke Astor, "la Regina della Quinta strada", scomparsa all'età di 105 anni²⁹.

²⁵ Sen A., *Etica ed Economia*, Laterza, Bari, 1988.

²⁶ Sacco P. L., Zamagni S., *Un approccio dinamico evolutivo all'altruismo*, 1994.

²⁷ Si consulti Becker G.S., *L'utilità del comportamento altruistico*, 1994.

²⁸ La *Fondazione Bill & Melinda Gates* è stata creata nel gennaio del 2000 da Bill Gates e da sua moglie Melinda French, attraverso la fusione della *Gates Learning Foundation*, che aveva come scopo quello di mettere in rete le biblioteche pubbliche, e la *William H. Gates Foundation*, che era focalizzata sul miglioramento della salute globale. Oggi è guidata da William H. Gates Sr. (padre di Bill Gates) e da Patty Stonesifer (ex membro della delegazione americana all'ONU); con un patrimonio di 28 miliardi di \$ è oggi considerata la **fondazione** più grande del mondo, ed è attiva nella ricerca medica, nella lotta all'AIDS e alla malaria, nel miglioramento delle condizioni di vita nel **terzo mondo** e nell'educazione.

²⁹ Nata nel 1902, Brooke Russell Kuser Marshall Astor (questo il suo nome completo) è sempre stata tra i personaggi più in vista di Manhattan. Di giorno si occupava di attività filantropiche, aiutando musei come il Metropolitan, istituzioni culturali come Carnegie Hall o lo zoo del Bronx, e biblioteche come la New York Public Library. Di sera, ingioiellata e impellicciata, andava invece a concerti, party in smoking e feste di beneficenza. Era una "socialite", come dicono gli americani, almeno da quando sposò in terze nozze, dopo un divorzio e la morte del secondo marito, Vincent Astor, l'erede di una delle più aristocratiche famiglie newyorkesi. Sin dall'inizio gli Astor furono dei benefattori. John Jacob Astor, il capostipite, finanziò la prima vera biblioteca pubblica di New York. Il nipote John Jacob IV, che poi morì sul Titanic, accelerò l'impegno filantropico. E Brooke Astor, specie dopo la morte del marito nel 1959, tenne in vita questa tradizione gestendo la Fondazione Astor. "I soldi sono come il concime organico: vanno sparsi in giro", diceva spesso, spiegando come mai aveva dato via 195 milioni di dollari. Fu David Rockefeller, nel 2002, ad organizzare la festa per il suo centesimo compleanno invitando nelle tenuta di

Fin dalle origini, la filantropia, le attività filantropiche e le modalità delle loro attuazioni subirono una profonda evoluzione e furono intese in modo diverso dagli stessi filantropi, dai loro beneficiari e dagli studiosi che le hanno analizzate sotto il profilo economico; la filantropia dell'inizio del XX secolo, è quella che ha destato maggiore interesse e che sarà oggetto di studio del presente lavoro di ricerca, sia per il grande successo ottenuto che per il suo più famoso protagonista: John Davison Rockefeller.

Per meglio comprendere la filantropia ai tempi dei Rockefeller è opportuno chiarire che gli esiti di attività filantropiche in senso organizzato si resero percepibili solo nei secoli XII e XIII, soprattutto nelle città dove si registravano importanti fenomeni di vagabondaggio. Sulla scorta del principio della prossimità territoriale, poveri e vagabondi dovevano essere localizzati e censiti. Si dovrà aspettare il XVI secolo perché le attività caritative venissero considerate come un servizio sociale gestito dalle parti sulle quali ricadeva la responsabilità della gestione della città.

Tra il 1700 e 1800, l'esplosione della questione sociale, la proiezione verso l'età moderna indusse una revisione dell'impianto filantropico. In Europa come nel resto del mondo furono tracciate linee guida per la gestione delle attività volontaristiche in modo organizzato. In Gran Bretagna una legge del 1793 definì lo statuto giuridico delle *friendly societies* delineandone due principali caratteristiche, la natura amichevole del rapporto tra i soci e la volontarietà dei contributi versati alle casse mutue.

In Italia, sotto la spinta delle idee socialiste e cattolico-sociali, le società di mutuo soccorso allargarono in molti casi la loro base associativa, superando l'impostazione corporativa.

A fine '800 anche le attività filantropiche, come il mutuo soccorso, presentarono forti cambiamenti, a seguito dell'esplosione della povertà e dell'emarginazione provocata dalla rivoluzione industriale. Questo secolo vide la nascita di nuove Opere Pie e le Organizzazioni di Volontariato su iniziativa di alcuni ordini religiosi per compensare il latitante intervento pubblico. Solo nel ventesimo secolo le istituzioni prendono coscienza della questione sociale con conseguente intervento della pubblica amministrazione in

Pocantico premi Nobel come Henry Kissinger, finanziari come David Rohatyn e altri amici del jet-set newyorkesi. (Arturo Zampaglione, 28 Luglio 2006, su Repubblica).

campo sociale. In alcuni Paesi d'Europa gli organismi caritativi, ovvero di volontariato collegati al culto cattolico o protestante, collaborarono con lo Stato nella lotta alla povertà e all'emarginazione (Germania, Olanda). In Italia mantennero immutato il loro raggio d'intervento, potendo contare anche sul sostegno finanziario pubblico³⁰.

Venne meno la funzione principale della filantropia che fino allora aveva posto in relazione la popolazione agiata con quella bisognosa, sostituita dall'azione redistributiva su base obbligatoria disposta dallo Stato e legittimata dal principio di uguaglianza dei cittadini; ma benché fortemente limitata dall'imponente azione del Welfare State, il movimento dei volontari e dei filantropi non si disperse.

Intorno però agli anni settanta del XX secolo avvenne una inversione di tendenza. L'intervento pubblico vide una battuta d'arresto: vennero anzi prese misure volte a razionalizzare la spesa pubblica. La nuova ondata di crisi portò le pubbliche istituzioni a ridurre la portata del Welfare State: venne inaugurata la stagione dei tagli alla spesa sociale. A colmare il vuoto delle istituzioni si espresse un nuovo volontariato, meno politicizzato, ma attento ai bisogni sociali. Le fondamenta delle nuove organizzazioni provennero dall'associazionismo cattolico; l'azione del nuovo volontario era finalizzata a rispondere alle nuove emergenze sociali: tossicodipendenza, emarginazione, assistenza agli anziani e ai portatori di handicap, dei quali il Welfare State poco si interessava. Lo statuto di queste organizzazioni mutò, e anche se inizialmente concepite per tutelare i diritti di particolari categorie di utenti svantaggiati, iscritti all'organizzazione, allargarono poi il loro interesse all'intera base sociale.

In seguito, le nuove organizzazioni dette *filantropiche*, si distinsero per la capacità di interazione con le istituzioni e per la competenza posseduta; preferirono la predisposizione di piani d'intervento ben strutturati e specialistici, per offrire una risposta qualificata alle nuove richieste della collettività (dall'assistenza domiciliare, al pronto soccorso, dalla tutela dei diritti al counselling).

Il rinnovato raggio di intervento delle organizzazioni filantropiche ne determinò la legittimazione anche dal punto di vista normativo. La Legge Quadro 266/1991 fornì una definizione dei soggetti, delle agevolazioni fiscali e curò notevolmente i rapporti tra

³⁰ Ranci C., *Il Volontariato*, 2006.

associazionismo volontario e pubbliche istituzioni. Sempre più le imprese maturarono la consapevolezza della responsabilità sociale presso l'opinione pubblica; aumentarono le campagne di marketing e comunicazione focalizzate sull'impegno nel sociale³¹.

È così che, nella tendenza più attuale, la filantropia si riconduce molto spesso all'ambito di una scienza sociale da studiare con un approccio più strettamente razionale, per meglio comprendere come essa possa rendersi più efficiente ai fini della promozione del progresso collettivo; oltre che corrispondere ad un impulso generoso, essa viene concepita come una strategia volta ad incrementare il profitto, dando così vita ad una commistione tra impresa, fondazione ed organizzazione no profit. Queste riflessioni concepite più nell'accezione moderna del termine filantropia, non cancellano tuttavia, la tradizionale ammirazione popolare per chi ha destinato, nel corso della storia, parte delle proprie ingenti risorse finanziarie ad opere di pubblica utilità dando ragione all'etimologia stessa del termine filantropia, “*amore per l'uomo*”.

È proprio per questo, che la popolarità dei grandi filantropi, come la famiglia dei Rockefeller, è stata lunga e duratura, destando ammirazione e gratitudine, non solo da parte dei diretti beneficiari ma dall'intero corpo sociale.

Nel testo di Francie Ostrower, *Why the Wealthy Give: The Culture of Elite Philanthropy*, si dice che molto spesso un miliardario è indotto ad esercitare la filantropia perché spinto da un forte sentimento di responsabilità e di giustizia nei confronti dei meno fortunati, come se i grandi uomini avessero contratto un debito con la società nella quale si sono arricchiti in virtù delle opportunità da essa offerte³².

Nella lapide di marmo in Rockefeller Plaza a New York è scolpita la frase: “*Every right implies a responsibility; every opportunity an obligation; every possession a duty*”³³.

È in questa prospettiva che si ritiene la società responsabile per una percentuale significativa di quello che si guadagna, “*si assiste ad una valorizzazione dei legami orizzontali con la società e di quelli verticali con le proprie radici antropologiche*”³⁴.

³¹ Si consulti la Legge Quadro sul volontariato (G.U. n.196 del 22 Agosto 1991), Art. 2-3-4.

³² Francie Ostrower, *Why the Wealthy Give: The Culture of Elite Philanthropy*, 1997.

³³ La traduzione italiana è: “*Ogni diritto implica una responsabilità; ogni opportunità un obbligo; ogni proprietà un dovere*”. Carnegie A., *Il Vangelo della ricchezza*, 2007, p.13.

³⁴ Giuliana Gemelli, *Filantropi di Ventura*, 2004.

Carnegie e Rockefeller si ritirarono entrambi dall'attività economica per dedicarsi alla filantropia; il magnate-filantropo viene oggi così contrapposto al *self made man*, che imputa esclusivamente alle proprie capacità l'ascesa sociale compiuta nonostante condizioni penalizzanti di partenza. All'individualismo del *self made man*, il magnate-filantropo contrappone il legame generazionale; le generazioni successive a John Davison Rockefeller hanno perpetuato le sue iniziative filantropiche, estendendole e differenziandole in risposta ai mutamenti dell'assetto socio-economico, ma seguendo una linea di continuità come quella di devolvere il dieci per cento dei profitti alla Chiesa Battista. Del resto questo senso di responsabilità dei cittadini più ricchi nei confronti della società era riscontrabile già nella concezione greca dell'*euergesia*³⁵, come testimoniano Plinio e Polibio nei loro scritti.

Altre ragioni, è stato osservato, possono spingere un individuo ad impegnarsi nell'attività filantropica: il senso di colpa, il desiderio di legittimare la propria posizione sociale, il turbamento di un grande dolore, la solidarietà etnica o religiosa. La maggior parte dei filantropi mise in piedi sistemi di servizi, come per esempio Università o Ospedali, la cui utenza non era ristretta ai soli dipendenti del benefattore, ma aperta all'intera collettività, vanificando il rapporto *dono-contro dono* che alcuni considerarono il principio attivo dell'esercizio della filantropia.

Marcel Mauss nella sua teoria del dono ha sottolineato, a tal proposito, che ciò che più conta per essere felici è avere a cuore la felicità degli altri: *“il dono inteso come reciprocità diventa quindi lo strumento che porta ad aprirsi agli altri senza incorrere nel rischio di creare dipendenza in chi riceve”*³⁶.

³⁵ La parola *euergesia* deriva dal verbo greco *euergétein*: “fare del bene” e i relativi termini *euergesia* / *euergétema* significano “azione benefica”; chi praticava l'*euergesia*, riceveva il titolo onorifico di *euergétes*, “benefattore”, che lo contraddistingueva di fronte ai concittadini per il suo particolare operato all'interno della comunità. Il fenomeno dell'*euergesia* ha così le sue origini in Grecia, e da qui poi si diffuse per tutte le regioni del Mediterraneo, attraverso le conquiste macedoni e la diffusione della cultura greco-ellenistica prima, e l'espansione dell'impero romano e del suo sistema amministrativo poi.

³⁶ Marcel Mass nacque a Epinal nel 1872. A partire dal 1900, insegnò presso la Sorbona storia delle religioni indiane e storia delle religioni dei popoli primitivi. Morì a Parigi nel febbraio del 1950. Etnologo e sociologo, antropologo e storico delle religioni, ha contribuito validamente, attraverso una collaborazione fra le varie discipline, (soprattutto etnologia, antropologia, psicologia e psicopatologia) ad un'analisi approfondita e feconda delle società umane. Si consulti: Mauss M., 1991, *Saggio sul dono*, tratto da *Teoria generale della magia*, Einaudi, Torino.

Se i Faraoni edificavano piramidi per consegnarsi all'immortalità, o gli imperatori romani innalzavano monumenti, gli uomini d'affari finanziavano opere pubbliche; Carnegie e lo stesso J.D. Rockefeller, considerati i più grandi filantropi della storia, hanno voluto ottenere l'approvazione sociale immortalando il proprio nome nel futuro. Una tendenza che caratterizza anche i filantropi di oggi.

È con l'avvento del XXI secolo che la filantropia subisce una virata: da un istinto caritatevole di lenimento dei mali della società, fortemente legato alla personalità del donatore, passa ad una dimensione imprenditoriale che estende il concetto di profitto includendo un sistema di valori molto più ampio e complesso, compresi quelli immateriali, quali la promozione della giustizia e l'innovazione sociale. Verrebbe così meno la contrapposizione tra agire economico e responsabilità sociale emergendo la categoria dei beni relazionali quale *output* congiunto dell'attività d'impresa, cioè beni che rispondevano alle esigenze dei vincoli generazionali e di quelli relazionali rispetto alla comunità, che emergevano qualora si riconoscesse una funzione pubblica all'attività imprenditoriale. La filantropia, era resa possibile dall'emergere di una nuova classe, la quale non era solo agiata ma era smisuratamente ricca e deteneva i propri patrimoni per la maggior parte in forma finanziaria. Tale finanziarizzazione del patrimonio rendeva più agevole l'esercizio della filantropia e la formazione del capitale sociale familiare perché assicurava la continuità dello status sociale della famiglia stessa molto di più che se si fosse limitato l'operato alla sua semplice conservazione e perseguimento del solo profitto. Questa nuova tendenza si inquadrava in un nuovo rapporto tra mondo degli affari e filantropia, il cosiddetto filantro-capitalismo o *Venture Philanthropy*³⁷, che univa impresa sociale, micro-finanza e ritorno sociale dell'investimento; una sinergia tra fondazione ed un'impresa il cui rendimento andava a favore di quello che assicurava l'investimento in opere filantropiche. Se, dunque, la filantropia del passato era interpretata da un singolo individuo, ora non era più così; il modello della nuova filantropia poneva al centro l'impresa, come già ricordato, e veniva chiamata per questo

³⁷ Gemelli G., *Filantropi di Ventura. Rischio, responsabilità, riflessività nell'agire filantropico*, 2004.

corporate philanthropy dando luogo a sua volta, alla *venture philanthropy*, un modello che rappresentava un fenomeno che si diffuse particolarmente tra il 1999 e il 2001³⁸.

Questa nuova filantropia si serviva efficacemente delle tecniche di comunicazione più avanzate sia per promuovere la propria visibilità che per riuscire a distinguersi in un contesto economico sempre più caratterizzato dall'anonimato dei grandi *trust*; essa si seppe distinguere per il forte coinvolgimento personale dei donatori, al contrario della vecchia filantropia, nella quale il compito di amministrare le fondazioni era delegato molto spesso ai subalterni, responsabili certamente dei propri atti, ma anche con una larga libertà di azione. La nuova filantropia si distinse dalla vecchia anche per i suoi campi di interesse: mentre un tempo le donazioni filantropiche riflettevano i gusti e le preferenze dei filantropi, la nuova filantropia cercava di soddisfare le domande della società civile; se in passato gli interventi si focalizzavano sull'arte, l'educazione e la ricerca, come per ciò che riguardò anche la Fondazione Rockefeller, la filantropia moderna si interessava più agli ambiti sanitari; e ancora, i settori dell'economia da cui provenivano i nuovi filantropi erano quelli dell'informatica e della comunicazione, mentre i Carnegie, i Ford e i Rockefeller avevano costruito il loro impero sull'industria pesante. Sicuramente attraverso l'esercizio della filantropia la famiglia Rockefeller vide la realizzazione personale e pubblica, con le grandi ricchezze accumulate, volta anche alla tutela della sicurezza nazionale³⁹.

John D. Rockefeller *Senior* diede inizio alla sua attività filantropica quando era ancora molto giovane; aveva infatti solo 19 anni quando trovò un lavoro come impiegato in un ufficio a Cleveland, veniva pagato sei dollari al mese e di quello stesso stipendio donava il sei per cento ad una Scuola Domenicale e ad alcune missioni gestite dalla Chiesa Battista.

Alla base della sua filantropia vi era una forte convinzione religiosa, e con l'aumentare del suo salario aumentarono anche le sue donazioni, così, dalla sola chiesa Battista, passò ad aiutare una Scuola Metodista, una Scuola Domenicale Tedesca, una scuola di

³⁸ Gemelli G., *Filantropi di Ventura. Rischio, responsabilità, riflessività nell'agire filantropico*, 2004.

³⁹ Dal saggio di Magris F., *La Filantropia, arte a doppio taglio*, Garzanti, Milano, 2007, p. 24 e ss.

persone di colore e anche una scuola per orfani cattolici. All'età di 26 anni le somme delle sue donazioni erano di quasi sei milioni di dollari annuali⁴⁰, ma J.D. Rockefeller *Sr* non aspettò di diventare ricco per poter fare grandi cose: egli aveva un certo ingegno, e se per primo non si risparmiava nelle donazioni, sapeva promuovere l'aiuto coinvolgendo altre forze. Alla fine del XIX secolo la rivoluzione industriale portò grande sviluppo, prosperità, progresso della scienza e molta ricchezza; era il culmine dell'epoca del "*laissez-faire*" nel mondo dell'economia ed è in questo contesto che J.D. Rockefeller venne a contatto con grandi personaggi potenti e ricchi quali *Andrew Carnegie* (Dunfermline, 25 novembre 1835- Lenox, 11 agosto 1919)⁴¹, *John Pierpont Morgan* (Connecticut, 17 aprile 1837- Roma, 31 Marzo 1913)⁴², che non perse l'occasione di coinvolgere nell'avventura della filantropia apportando un importante contributo alla vita culturale ed economica dell'America. J.D. Rockefeller favorì di volta in volta lo sviluppo di un sistema cooperativo in cui egli forniva gran parte della somma necessaria per un particolare progetto coinvolgendo altri nel sostegno finanziario e nell'esecuzione pratica. In quel periodo furono create fondazioni, importanti istituti, biblioteche.

I motivi che spinsero questi uomini di affari all'attività filantropica furono molti e vari: alcuni lo fecero per motivi di tipo religioso, altri per il solo desiderio di essere ricordati

⁴⁰ Corrispondenza tratta dall'American Baptist Education Society, 1981, pp. 467-473; pp. 499-503.

⁴¹ Andrew Carnegie fu un imprenditore Britannico, ricordato per aver costruito una delle più potenti ed influenti corporazioni della storia degli USA: la *Carnegie Steel Company* che farà di Pittsburgh la capitale dell'industria siderurgica e proprio di Andrew Carnegie uno degli uomini più ricchi del mondo. All'età di 65 anni diede le sue società al banchiere J.P. Morgan per 480 milioni di dollari dedicando il resto della sua vita alle attività filantropiche e alla scrittura. Nel corso della sua vita donò 350 milioni di dollari per opere filantropiche, 59 milioni furono usati per finanziare o cofinanziare la costruzione di ben 2.509 biblioteche, ed il resto finì in musei, università e fondazioni quali la *Carnegie Corporation*, la *Carnegie Foundation* ed il *Carnegie Endowment for International Peace*.

Secondo una comparazione effettuata dalla rivista online AskMen, fu un uomo molto ricco; il suo patrimonio, rivalutato in dollari del 2008, sarebbe il secondo più alto di sempre e solo dietro il patrimonio dell'uomo più ricco del mondo: John D. Rockefeller Senior. A questo proposito si consulti *Richest Men of All Time* in AskMen, 2009.

⁴² John Pierpont Morgan, membro permanente della Chiesa Episcopale, fu un finanziere americano, banchiere e collezionista d'arte. Fu responsabile della fusione per incorporazione di *Edison General Electric* e di *Thomson-Houston Electric Company* per formare successivamente la *General Electric*. Durante i suoi primi anni di potere economico lui ed i suoi partner fecero investimenti finanziari in molte grandi aziende avendo il controllo della finanza a livello nazionale. Dopo la morte del padre nel 1890, J.P. Morgan prese il controllo della *JS Morgan & Co*, rinominata *Grenfell & Company* nel 1910; intraprese in quello stesso periodo i rapporti con Charles M. Schwab e con Andrew Carnegie con lo scopo di riuscire ad acquistare le loro attività in acciaio. Morris, Charles R., *The Tycoons: How Andrew Carnegie, John D. Rockefeller, Jay Gould, and JP Morgan Invented the American Supereconomy* (2005).

dalla società⁴³. La scelta filantropica di Rockefeller fu sicuramente influenzata dal libro di Andrew Carnegie intitolato *Il Vangelo della ricchezza*, pubblicato originariamente nella *North American Review* nell'anno 1889; la tesi di quest'opera, dove sono metodicamente illustrati i principi della filantropia d'impresa, si riassume così: "L'uomo che muore ricco muore in disgrazia", frase che efficacemente sintetizza la filosofia di vita di Carnegie⁴⁴.

Come anche risulta da alcune lettere scritte da J.D. Rockefeller Sr a suo figlio J.D. Rockefeller Jr, era chiara l'idea maturata da J.D. Rockefeller Sr, riguardo al suo denaro: poco o molto che fosse, doveva essere un contributo per opere già organizzate e riconosciute, da garantire continuità anche nel momento in cui le sue donazioni fossero cessate⁴⁵.

⁴³ Rockefeller J.D., *Random Reminiscences of Men and Events*, 1937, p.117.

⁴⁴ Nell'articolo intitolato *Wealth*, scritto da Andrew Carnegie e pubblicato originariamente nel 1889 da Lloyd Bryce, direttore della *North American Review*, si ritrova l'espressione "A man who dies rich, dies disgraced" ("L'uomo che muore ricco muore in disgrazia") un detto che in America divenne incredibilmente proverbiale e che suggeriva al milionario di vendere tutti i suoi averi e di darne il ricavato ai poveri nella forma più nobile e sociale da lui preferita. Si consulti poi il testo di Carnegie A., *The Gospel of Wealth*, 1998.

⁴⁵ Rockefeller J.D., Ernst J. W., "Dear Father"/"Dear Son": *Correspondence of John D. Rockefeller and John D. Rockefeller, Jr*, 1994.

Capitolo 2

Storia e filosofia della Rockefeller Foundation

2.1 La Rockefeller Foundation: genesi di un'idea

Nel tracciare la storia della beneficenza di John D. Rockefeller *Senior* possiamo chiederci quali furono i motivi che spinsero un uomo tanto potente in quel particolare tempo, proprio alla fine del secolo, quali bisogni colmò, perché fu di così grande successo e chi lo rese tale. Interpretando gli avvenimenti della storia della medicina, ma anche ricercando all'interno del modello politico, economico e negli eventi culturali dell'ultima parte del diciannovesimo secolo e solo attraverso un'ampia indagine del periodo in questione, è possibile spiegarsi e comprende la larghezza di vedute dei fondatori, che fecero del Rockefeller Institute⁴⁶ e poi della Rockefeller Foundation non soltanto un centro per lo studio di malattie⁴⁷.

L'America di fine diciannovesimo secolo si trovò a fronteggiare un complesso contesto sociale multietnico causato dal fenomeno dell'immigrazione che, in quel periodo, si diffuse notevolmente. Fu molto difficile gestire questo fenomeno da parte delle strutture sociali e sanitarie: la risposta a tale bisogno rispetto all'inaspettata crescita della popolazione, si dimostrò chiaramente inadeguata.

Inoltre le cattive condizioni di vita nelle zone più povere dell'America, avevano creato un'emergenza da risolvere in tempi molto brevi; era necessario debellare le malattie infettive come la malaria, la febbre gialla, il tifo, che si stavano diffondendo velocemente.

L'operato dei grandi filantropi di quel periodo, e principalmente l'intervento di J. D. Rockefeller Senior sembrava avere come obiettivo principale, quello di garantire una

⁴⁶ Il Rockefeller Institute for Medical Research, fondato nel 1901, era attrezzato per particolari indagini fisiche e biochimiche e dotato di laboratori tra i più moderni. Si consulti per approfondimenti *Grande Dizionario Enciclopedico* UTET, Vol. XVI, p.164.

⁴⁷ Corner G.W., *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, 1964, pp. 1-29.

buona qualità della vita ai cittadini americani, promuovendo lo sviluppo a livello qualitativo della medicina come scienza⁴⁸.

La Rockefeller Foundation diede un contributo fondamentale ed essenziale: rese possibile, attraverso i fondi messi a disposizione, l'opportunità di formare personale medico ed ospedaliero americano in quelle parti del mondo, ed in particolare in Europa, dove la medicina aveva raggiunto livelli molto alti di ricerca e di specializzazione.

J. D. Rockefeller Sr, da grande industriale, ebbe l'enorme intuito di comprendere che la società statunitense stava cambiando e che da lì a poco molti nuovi bisogni sarebbero emersi. L'urgente necessità di debellare importanti malattie infettive che, in caso contrario, avrebbero decimato la popolazione mettendo così in pericolo anche tutto il sistema produttivo e di conseguenza economico degli Stati Uniti, fu di primaria importanza: motivo che mosse all'ideazione e poi all'azione della Fondazione.

L'attività della Rockefeller Foundation non si limitò solo agli Stati Uniti ma sostanziosi finanziamenti furono elargiti anche in altri Paesi dell'Asia e dell'Europa.⁴⁹

Un incontro importante nella vita di J.D. Rockefeller *Senior* che contrassegnò successivamente la storia della Rockefeller Foundation, fu con Frederick T. Gates.

Frederick Taylor Gates (1853-1929)⁵⁰ figlio di un pastore battista, nacque a Maine, Broome County, New York⁵¹. Si laureò presso l'Università di Rochester nel 1877 e dal

⁴⁸ Quando si parla di *scienza della medicina* si devono considerare le variazioni di significato che si sono sviluppate fino a questo momento storico che si descrive. Gli studi che vanno sotto il nome di scienza medica, riguardo al secolo diciannovesimo, sono passati da ricerche in ambito istologico ed embrionale, circa i vari organi del corpo umano e lo sviluppo della teoria cellulare, fino alla scoperta delle terapie ormonali o della biologia molecolare.

Senza dubbio enormi miglioramenti si sono evidenziati sulla condizione umana apportati dalla medicina. Uno dei segnali più evidenti del progresso umano sono segnati dalla chirurgia e dalla farmacia. Ciò include il diffondersi dell'anestesia, del trapianto di organi e altri interventi chirurgici, l'invenzione di antibiotici e altri farmaci analgesici. Inoltre, molto importante, è stata l'allungamento in maniera evidente dell'aspettativa di vita dell'uomo. La migliore alimentazione e le possibilità di abitazioni più appropriate hanno permesso di migliorare la qualità del riposo e la diminuzione della fatica dal duro lavoro quotidiano. Rilevante importanza, inoltre, al fine del miglioramento generale della condizioni di salute dei cittadini, è stata l'introduzione dei vaccini (attività di educazione e prevenzione sanitaria largamente finanziata dalla Rockefeller Foundation più in là negli anni).

Si consulti: Bynum W. F., Hardy A., Jacyna S., Lawrence C., Tansey E. M., *The Western Medical Tradition: 1800 to 2000*, 2006, p 5-6. Si consulti anche Porter R., *The Cambridge History of Medicine*, 2008.

⁴⁹ Bynum W. F., Hardy A., Jacyna S., Lawrence C., Tansey E. M., *The Western Medical Tradition: 1800 to 2000*, 2006, pp.6 e ss.

⁵⁰ Gates F., *The Memoirs of Frederick T. Gates*, American Heritage 6, 1955, pp.71-86.

1880 al 1888 fu pastore della *Central Baptist Church* in Minneapolis, Minnesota. In seguito divenne capo del Department of Administration dell'*American Baptist Education Society*⁵². Era descritto come uomo vivo, sincero, eloquente e capace di comunicare (“*uomo impetuoso, appassionato, tenace, esigente ma anche irritabile*”)⁵³, al contrario di J.D. Rockefeller Sr che sembrava più freddo, riservato, con una parlata più lenta e riflessiva e anche molto più paziente. Due personalità completamente opposte che riuscirono a lavorare insieme con grande creatività.

Nel 1889 F.T. Gates si unì a J.D. Rockefeller Senior per la progettazione dei piani di finanziamento della *Baptist University* di Chicago per poi seguire J.D. Rockefeller come fiduciario nei progetti filantropici futuri. Consulente aziendale di J.D. Rockefeller anche per la costituzione della Standard Oil –*ESSO*–, F.T. Gates divenne amministratore insostituibile dell'importante patrimonio di J.D. Rockefeller⁵⁴.

Rockefeller grazie alla sagacia ed alla capacità gestionale di Gates, contribuì a definire un metodo scientifico, efficiente e sistematico, di gestione delle donazioni, circolazione dei fondi e dei finanziamenti. Il metodo consisteva nel creare società caritatevoli e dare loro il titolo di grandi fondazioni, la cui gestione sarebbe stata affidata ad amministratori (fiduciari) e supervisionata da responsabili con formazione specializzata e con esperienza.

L'interesse per le opere filantropiche di F.T. Gates si verificò nel 1897, in seguito alla lettura del libro di William Osler intitolato “*Principi e Pratica della Medicina*⁵⁵”, un volume di mille pagine pubblicato per la prima volta cinque anni prima (1892) e che maturò in lui il desiderio di adoperarsi per la ricerca medica. Gates fu così affascinato dalla chiarezza con cui W. Osler descriveva i limiti e le potenzialità della medicina del tempo che non esitò a presentare la sua idea a J.D. Rockefeller Sr, il quale si interessò molto e lo assecondò nella grande proposta di orientare le sue possibilità economiche verso una qualche forma di sostegno al progresso delle scienze mediche.

⁵¹ Gates, F.T., Morison R.S., *Chapters in my life*. 1977.

⁵² General Education Board, *The General Education Board: An Account of its Activities*, 1902-1914 (1915).

⁵³ Fosdick R.B., *The story of the Rockefeller Foundation*, Harper & Brothers Publishers, New York, 1952, pp.15-16.

⁵⁴ Chernow R., *Titan: The life of John D. Rockefeller Sr.*, 1998, pp. 370-373.

⁵⁵ Osler W., *The Principles and Practice of Medicine*, 1892.

William Osler (1849-1919) nato in un paesino dell'Ontario, in Canada, dimostrò fin dall'adolescenza un crescente amore per le indagini naturalistiche che lo portarono a laurearsi in Medicina nel 1872 presso il McGill University College of Medicine a Montreal⁵⁶. Ritenuto da molti il padre nobile della medicina americana, riuscì probabilmente a spostare il baricentro della medicina mondiale dall'Europa agli Stati Uniti. Laureatosi brillantemente, Osler intraprese una serie di lunghi viaggi di studio in Europa, dove poté entrare in contatto con le punte più avanzate della medicina di allora. Londra, Berlino, Vienna, Edimburgo e Parigi⁵⁷, erano queste le mete obbligate per i giovani medici americani più capaci ed ambiziosi, che volevano emergere in una delle nuove specialità cliniche o acquisire i metodi della nuova medicina sperimentale, ma grazie a W. Osler, quasi all'improvviso, quel flusso si invertì⁵⁸.

Al ritorno in patria Osler ottenne un importante incarico: docente al McGill University, dove giunse ben presto ad eccellere nella didattica al tavolo autoptico e nell'osservazione ed esame obiettivo al letto del malato. Grazie alle sue eccellenti doti umane ed intellettuali, a soli trentacinque anni gli affidarono la cattedra di Clinica Medica dell'Università della Pennsylvania, a Filadelfia⁵⁹.

Nei cinque anni passati a Filadelfia la sua fama come clinico e come docente, nonché come brillante saggista e oratore, si estese sempre di più anche a livello internazionale tanto che i promotori dell'allora giovanissima Johns Hopkins University, a Baltimora, decisero di avviare l'ambizioso e innovativo progetto di un ospedale e di una facoltà medica strettamente collegati tra loro, puntarono proprio su William Osler⁶⁰.

Il nuovo ospedale fu progettato secondo i criteri più moderni, che si ispirarono in larga misura alle concezioni di una donna che era ormai un mito nel mondo medico anglosassone: Florence Nightingale (1820-1910)⁶¹. Alle sue idee, in particolare, si

⁵⁶ Osler W., *L'evoluzione della medicina Moderna*. Prefazione di Luca Borghi, 2010, pp. 27.

⁵⁷ Borghi L., *Umori. Il fattore umano nella storia delle discipline biomediche*, 2012, p. 196.

⁵⁸ Borghi L., *Umori. Il fattore umano nella storia delle discipline biomediche*, 2012, pp. 195-203.

⁵⁹ Osler W., *L'evoluzione della medicina Moderna*. Prefazione di Luca Borghi, 2010.

⁶⁰ Borghi L., *Umori. Il fattore umano nella storia delle discipline biomediche*, 2012, p. 197.

⁶¹ Nightingale F., *Lettere alle infermiere*, 2005.

Florence Nightingale nasce a Firenze il 12 maggio 1820 da genitori inglesi ricchissimi, che si erano recati in Italia per un lungo soggiorno.

Giovanissima mostra grande interesse per il miglioramento del sistema sanitario inglese. All'epoca gli ospedali erano ambienti che facevano paura, da evitare ad ogni costo: nella stessa corsia, talvolta nello stesso letto, si accalcavano pazienti affetti dalle più diverse malattie. Il concetto di igiene era pressoché ignoto: i medici non si lavavano le mani prima di eseguire interventi chirurgici ed entravano in sala

ispirava la struttura a padiglioni del nuovo ospedale che doveva garantire condizioni ottimali di aerazione, di luminosità e di prevenzione delle infezioni.⁶²

La Johns Hopkins Medical School, grazie al carisma e allo stile professionale di W. Osler, diede vita ad un modello rivoluzionario e senza precedenti per l'America: il *teaching hospital*, dove lo studente, finalmente, apprendeva l'arte pratica della medicina.

Proprio in un discorso davanti alla Society of Internal Medicine di Chicago, fu Osler a spiegare il segreto di quella giovane scuola medica che stava già raccogliendo tanta ammirazione e importanti riconoscimenti:

operatoria con gli stessi abiti che indossavano per strada. La mortalità intraospedaliera era molto elevata. Nightingale intuì che per migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria britannica era necessario iniziare a lavorare su alcuni concetti fondamentali, quali l'igiene degli ambienti e degli stili di vita, l'organizzazione dei servizi socio- assistenziali e la relazione d'aiuto con i malati. È intorno a questi concetti che riuscirà a costruire le basi per la nascita e lo sviluppo del Nursing.

Le idee di Nightingale suscitarono enorme interesse negli ambienti governativi inglesi, grazie alle sue capacità di sostenerle attraverso gli strumenti dell'evidenza scientifica, che all'epoca cominciavano ad assumere grande rilevanza, anche per il diffondersi in Europa del pensiero positivista. Durante la Guerra di Crimea, in cui Inglesi, Francesi e Turchi combatterono contro i Russi, il Governo britannico la nominò sovrintendente del corpo di infermiere degli Ospedali Riuniti inglesi in Turchia. L'ospedale di Scutari aveva migliaia di letti affollati in 6 chilometri di corridoi lunghi e sporchi: era infestato da topi, non c'era acqua ed i bagni intasati traboccavano nelle corsie. Nightingale vi arrivò con 38 infermiere, di cui solo 12 sarebbero sopravvissute. Ella dimostrò che l'alto tasso di mortalità per malattie tra i soldati (42%) era correlato all'inadeguatezza dell'assistenza e, nonostante gli ostacoli frapposti dagli ufficiali medici, che non accettavano questa teoria, potendo contare sui fondi ottenuti da donazioni private, con grande determinazione riuscì a dotare il Barrack Hospital di Scutari di efficienti servizi igienico-assistenziali e di idonee infrastrutture. Il tasso di mortalità scese al 2%.

Attraverso il rilievo di queste osservazioni e l'applicazione di modelli matematici, riuscì a dimostrare la fondatezza delle sue teorie, che in breve tempo avrebbero condotto ad una significativa riduzione dei tassi di mortalità e di morbilità anche tra la popolazione civile.

La leadership di Nightingale deriva fondamentalmente dalle sue conoscenze. È soprattutto attraverso l'uso della statistica che ha ottenuto grandi risultati: il modo di costruire gli ospedali, di organizzare i reparti di ostetricia, di gestire le caserme era cambiato grazie a lei ed al suo amore per il ragionamento, alla sua capacità di mettere in discussione le ipotesi e di porre grande attenzione al processo di raggiungimento delle conclusioni.

Tornata dalla Crimea ed accolta in Patria come eroina nazionale, Nightingale trascorse i successivi 40 anni della sua vita a fornire consulenze ai Governi di mezzo mondo, tra cui India e Stati Uniti, su come dovevano essere costruiti gli ospedali ed organizzati i servizi assistenziali, soprattutto quelli infermieristici. Nella convinzione che il Nursing fosse un mezzo, il migliore, per salvare vite umane, nonostante la maggior parte del mondo medico di allora lo giudicasse inutile, Nightingale attribuì grande importanza alla formazione infermieristica: nel giro di qualche anno gli ospedali di tutti i continenti avrebbero chiesto che le infermiere Nightingale aprissero nuove scuole.

Si consulti: Mark Bostridge, *Florence Nightingale*, 2009.

⁶² McGehee Harvey A. et al., *A model of Its King*, 1989, vol. 2, p. 6.

“Voglio raccontarvi semplicemente il metodo dell'insegnamento della medicina alla Johns Hopkins University. Non c'è nulla in esso di particolarmente nuovo, a parte il fatto che al terzo anno e al quarto anno l'ospedale diventa l'equivalente del laboratorio per il primo e per il secondo: è in esso che lo studente apprende praticamente l'arte medica. Potremmo definirlo il modo naturale di insegnare questa materia. E' in corsia, dopo tutto, che lo studente deve imparare a riconoscere e a curare la malattia”⁶³.

In realtà né la pratica di laboratorio negli anni pre-clinici, né l'insegnamento al letto del malato in quelli successivi, erano prassi didattiche così diffuse, nemmeno in Europa. Era lo stesso W. Osler, con la sua allegra giovialità ma anche con il suo rigore scientifico e clinico a rendere quell'insegnamento al letto del malato tanto speciale e incisivo.

Insomma la vera innovazione del Johns Hopkins fu lo stretto collegamento tra un insegnamento, una ricerca e una clinica tutte ugualmente eccellenti tanto da essere proposta nel 1910 come modello nel Rapporto Flexner.⁶⁴

William Osler, oltre ad aver fatto scuola creando un clima di lavoro singolare e formativo per lo studente, era anche molto adorato da collaboratori e malati. Grazie alla sua passione per i vecchi libri, accumulò una biblioteca sempre più imponente di antichi testi di medicina, che usava per ispirare un numero crescente di allievi entusiasti che usavano la storia per celebrare i più grandi ideali di una professione, scientifica sì, ma anche sensibile e altruista.⁶⁵

⁶³ Osler W., *The Natural Method of Teaching the Subject of Medicine*, JAMA 36 (1901), 1673-79, citato in McGehee Harvey 1989, vol. 2, p. 19.

⁶⁴ Flexner A., *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, 1910, p. 346.

Nel 1910 venne pubblicato il celebre Rapporto Flexner (finanziato dalla Carnegie Foundation) sullo stato di educazione medica in Nord America. Abraham Flexner (1866-1959), lo studioso dei fenomeni educativi cui era stata affidata la ricerca, aveva visitato 155 scuole di Medicina degli Stati Uniti e del Canada valutando attentamente la capacità e qualità dei docenti, la disponibilità di laboratori pre-clinici, la solidità economica e la presenza di formazione clinica in ciascuna di queste istituzioni. Il rapporto finale dipingeva un quadro desolante di arretratezza e di disorganizzazione su cui emergeva una sola significativa eccezione: la *Johns Hopkins Medical School* di Baltimora.

Quella giovane scuola veniva additata da Flexner come il modello su cui ispirarsi per le necessarie ed urgenti riforme. Nel giro di pochissimo tempo decine di scuole di medicina di vecchio stampo furono chiuse o accorpate fra loro, mentre quelle più vitali cominciarono a stringere legami con il mondo universitario, secondo il modello del Johns Hopkins. Si consulti Borghi L., *Umori. Il fattore umano nella storia delle discipline biomediche*, 2012, pp. 196-200.

⁶⁵ <http://www.nlm.nih.gov/hmd/sowhatsnew/inspiration.html> (consultato il 17 Gennaio 2013).

William Osler fu sicuramente un maestro nel senso più pieno della parola. Amava i suoi allievi ed era convinto, lo ripeteva spesso, che stare in mezzo ai giovani era l'unico rimedio all'inevitabile declino umano e intellettuale “*solo quelli che vivono in mezzo ai giovani conservano una visione fresca dei nuovi problemi del mondo*”⁶⁶. Dei suoi studenti diceva “*essi sono stati l'ispirazione del mio lavoro, lo posso dire davvero, l'ispirazione della mia vita*”⁶⁷.

William Osler oltre ad essere un eccezionale oratore fu anche uno scrittore straordinario, leggeva e scriveva moltissimo. Quando nell'estate del 1897 il manuale di Osler, “*Principi e pratica della Medicina*”⁶⁸, (probabilmente una copia della seconda edizione, che era apparsa nel 1895) capitò per caso fra le mani di Frederick Gates, il quale fu così affascinato dalla chiarezza con cui vi si descrivevano le potenzialità e limiti della medicina del tempo che, pensò bene, appena rientrato dalle vacanze, di scrivere un lungo memorandum per il suo capo, (J. D. Rockefeller) suggerendogli di investire un'ingente somma di denaro nel sostegno del progresso delle scienze mediche⁶⁹.

Il memorandum di Gates fu preso tremendamente sul serio dal filantropo, suo capo, J. D. Rockefeller, che da esso prese il via ciò che nel 1901, come preannunciato all'inizio del capitolo, sarebbe diventato il *Rockefeller Institute of Medical Research* (oggi *Rockefeller University*) e che, insieme all'omonima Fondazione, rimase il più importante motore privato del progresso della medicina mondiale di New York almeno fino alla metà del Novecento.

Il contributo di J.D.Rockefeller Sr all'Istituto di Ricerca fu di venti mila dollari l'anno, per un periodo di circa 10 anni, e finì di consolidarsi in seguito alle numerose donazioni che arrivarono successivamente.

In collaborazione a J. D. Rockefeller per il *Rockefeller Institute of Medical Research*, vi era F.T. Gates che rivestiva, all'interno del progetto, un ruolo fondamentale: era considerato da J.D. Rockefeller Sr capace di portare ad una “*sistematizzazione*

⁶⁶ Osler W., *Aequanimitas. With other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*, 2° ed., 1906, p. 400.

⁶⁷ Osler W., *Aequanimitas. With other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*, 2° ed., 1906, p. 472.

⁶⁸ Osler W., *The Principles and Practice of Medicine*, 1892.

⁶⁹ Borghi L., *Umori. Il fattore umano nella storia delle discipline biomediche*, 2012, p. 201.

scientifica⁷⁰ tutte le donazioni a grande scala; Gates realizzò pienamente il suo progetto rendendo il successo dell'Istituto.

Mentre il *Rockefeller Institute of Medical Research* si stava progettando e organizzando, l'America cresceva e cambiava rapidamente, e con essa anche la medicina americana. Dopo la Guerra Civile, gli Stati Uniti avevano raggiunto livelli di ricchezza e di potere industriale senza precedenti. Le città stavano crescendo rapidamente; infatti, agli inizi del Novecento, più del 40% della popolazione viveva in esse contro il 15% del 1850⁷¹. Il popolo, desideroso di educazione, aveva costruito un sistema di scuole private, creato centinaia di collegi, università, e scuole di ingegneria. Non tutte erano degne del loro nome, ma alcune erano veramente eccellenti. Nel 1888 c'erano circa una dozzina di università americane di questo tipo⁷²; le loro facoltà, ed alcuni centri di ricerca come Smithsonian Institution e Naval Observatory⁷³, possedevano uomini di eccellenza e qualche genio in matematica, fisica, astronomia, chimica, geologia e biologia. La nazione però, cresceva più velocemente rispetto alla possibilità di poter migliorare il benessere di tutti, infatti un 8% della popolazione rimaneva ancora analfabeta e, nelle grandi città degli Stati Uniti di America, si svilupparono rapidamente i bassifondi, che seminarono crimine, violenza, sporcizia e malattie⁷⁴. Tubercolosi, anchilostomia, malaria si diffusero celermente, ed erano dunque necessarie azioni immediate con trattamenti ad hoc⁷⁵. Si realizzarono piani di salute pubblica, piani sanitari e piani di

⁷⁰ Fosdick R.B., *La Fondazione Rockefeller*, 1957, pp.9-14.

⁷¹ Corner G.W., *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, 1964, pp. 1.

⁷² Bryce J., *The American Commonwealth*, London, Macmillan and Company, 1888, Vol. III, p. 431.

⁷³ Corner G.W., *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, 1964, p. 2.

⁷⁴ Porter R., *The Cambridge History of Medicine*, 2008.

⁷⁵ Il 26 Ottobre 1909, J.D.Rockefeller donò 1.000.000 di dollari per l'istituzione di una commissione sanitaria (sempre a loro nome) per sradicare l'anchilostoma. L'intenzione era quella di aiutare gli stati afflitti da questa malattia nel corso dei successivi 5 anni. Molte erano le persone colpite, non veniva risparmiata nessuna classe: dalle più benestanti a quelle meno abbienti. L'anchilostoma, per definizione, si fa rientrare nella classificazione da infezioni da vermi parassiti intestinali. È situato nell'intestino tenue umano con maggiore presenza nei bambini di età scolastica. L'intensità ed il numero delle infezioni contratte si è visto causare anemia e perdita di proteine con conseguente ritardo della crescita e dello sviluppo. Si isolarono i batteri responsabili: *Anchilostoma Duodenale* e *Necator Americanus*. L'*Anchilostoma Duodenale* era presente più facilmente in luoghi dal clima temperato, mentre il *Necator Americanus* aveva prevalenza nel Sud-Est degli USA. I farmaci di riferimento per il trattamento dell'anchilostoma erano quelli Antielmintici tra cui Albendazolo e Mebendazolo.

Si consulti: *Rockefeller Gift to Kill Hookworm*, The New York Times, 29, October 1909; e [Http://www.cdc.gov/parasites/hookworm/prevent.html](http://www.cdc.gov/parasites/hookworm/prevent.html) (consultato il 14 Luglio 2012).

La filosofia del filantropo J.D.Rockefeller voleva spingere l'operato della Fondazione a rimuovere l'anchilostoma, designato come ostacolo per l'individuo il quale non riusciva a vivere al massimo dei suoi potenziali (Chernow R, *Titan: the life of John D. Rockefeller Sr.*, 2004, pp. 468-469).

lavoro ingegneristici con il fine di migliorare le condizioni ambientali impedendo, per esempio, la diffusione del bacillo del Tifo o tenendo sotto controllo lo sviluppo della febbre tifoide⁷⁶. In America avanzava il desiderio di lavorare e di promuovere la ricerca scientifica ad alto livello nell'ambito della medicina, e così nacquero delle Università in cui poter affrontare questioni umane investendo nella ricerca e nelle scienze, per affrontare soprattutto i problemi di salute (malnutrizione crescente, infezioni, tifo, febbre gialla, problemi ambientali, inquinamento delle acque, problemi industriali e sanitari). Durante questo periodo molto importante fu il contributo delle così dette "scienze di base" della biologia e della medicina per ipotizzare soluzioni a problemi di tipo sociale, politico e sanitario⁷⁷.

Fondamentale in questo periodo il ruolo del *Rockefeller Institute for Medical Research*, che continuava nel suo operato: piani di assistenza, di promozione e di ricerca nel campo dell'igiene, medicina e chirurgia e campi affini; osservazioni sulla natura e causa delle malattie e sui metodi per la prevenzione e cura oltre che il dedicarsi alla diffusione della conoscenza su tali argomenti. Per collaborare ai vari progetti sanitari portati avanti nei Paesi degli Stati Uniti, si unirono a J.D.Rockefeller Sr altri grandi uomini di affari ed esperti in ambito medico tra cui Jerome D. Greene, George E. Vincent, Richard M. Pearce, Abraham Flexner e filosofi come Wickliffe Rose⁷⁸. Tra questi uomini di talento, di grande sensibilità e animati dallo stesso spirito, ci fu un'importante intesa: tutti avevano chiari gli obiettivi da raggiungere ed insieme animarono le idee di J.D.Rockefeller Sr che iniziarono a dominare verso la fine della prima decade del secolo.

La Commissione Sanitaria della Fondazione ebbe un'attività di 5 anni, come precedentemente descritto, nella battaglia contro l'anchilostoma. Al termine di tale periodo, il 31 Dicembre 1914, erano stati fatti grandi passi nel trattamento e nell'educazione circa l'argomento nei Paesi degli Stati Uniti. Si consulti: Farley J., *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of Rockefeller Foundation (1913-1951)*, 2003.

⁷⁶ Corner G.W., *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, 1964, pp. 4.

⁷⁷ Corner G.W., *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, 1964, pp. 6-7.

⁷⁸ Wickliffe Rose, professore di filosofia nel college di Nashville, venne chiamato da J.D.Rockefeller. Per farsi un'idea del livello di scienza in Europa, Rose intraprese un viaggio proprio in Europa; stremate dalla guerra e divise dai nazionalismi, le nazioni europee vivevano momenti di grande crisi: mancavano addirittura di soldi per le biblioteche. Rose si sensibilizzò a tali problematiche tanto da dare sostegni economici per le riviste italiane e gli abbonamenti alle più importanti riviste straniere. Verranno poi assegnate circa 500 borse di studio per giovani di oltre 35 Paesi da quella che prenderà, negli anni subito a seguire, il nome di J. D. Rockefeller. I criteri di assegnazione di tali borse di studio erano sempre quelli di premiare l'eccellenza dei candidati, garantita dai più autorevoli scienziati. Ricevettero, così, borse di studio quelli che diventarono poi i più famosi nomi della matematica e della logica del novecento: Fermi, Heisenberg, von Neumann, Weil, Zariski, Church, Gelfond e Kolgomorov.

2.2 La nascita della Rockefeller Foundation

È difficile stabilire chi fu a rendere plausibile e a concretizzare l'idea della più importante fondazione filantropica a livello mondiale. Molti attribuirono il merito a Mr Frederick T. Gates⁷⁹, che in una lettera inviata a J.D. Rockefeller Sr nel 1905, suggerì la possibilità di creare una fondazione duratura nel tempo (anche dopo la scomparsa di Rockefeller stesso⁸⁰), e in grado di sostenere importanti imprese filantropiche come il potenziamento dell'agricoltura e l'arricchimento della vita rurale negli Stati Uniti, lo sviluppo delle belle arti, la promozione dell'etica e della civiltà cristiana in tutto il mondo, lo sviluppo della cittadinanza e delle virtù civiche negli Stati Uniti.

Rockefeller non era solito impegnarsi in progetti senza averci riflettuto attentamente e per il giusto tempo, per cui, prima che questa idea prendesse vita, passarono due anni in cui condusse uno studio approfondito sulle possibilità di successo dell'iniziativa. La preoccupazione principale era quella di trovare un gruppo di persone competenti e in grado di affrontare tutte le questioni di cui si sarebbe occupata la Fondazione negli anni a venire, e a tal proposito si susseguirono una serie di riunioni dirette da suo figlio e da Frederick T. Gates. Il 29 Giugno del 1909 si firmò un fedecommesso di donazione che veniva consegnato a tre commissari: J.D. Rockefeller Jr, Harold MacCornick e Frederick T. Gates. La nuova identità prendeva il nome di "*Rockefeller Foundation*"⁸¹.

Il fidecommesso aveva uno scopo ben definito e doveva servire a: "*Promuovere il progresso e il benessere della civiltà dei popoli degli USA e dei suoi territori*"; esso doveva inoltre divulgare la cultura e dare sollievo alle sofferenze umane, diffondendo la promozione umana anche a tutti gli altri Paesi stranieri⁸².

⁷⁹Si riporta testualmente: "*Frederick T. Gates was a man of remarkable qualities. A former Baptist minister, he became the principal adviser in business and philanthropy of John D. Rockefeller. He combined bold imagination and large horizons with shrewd business capacity and driving energy. In a candid bit of portraiture, he described himself in 1891 as eager, impetuous, insistent, and withal exacting and irritable*". Si consulti: Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp.1.

⁸⁰ Letter Press Book of the American Baptist Education Society, 1981, p. 467-473.

⁸¹ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp.1-13.

⁸² *Ibid.*, pp., 14-29.

La finalità verso cui tendeva il fidecommesso, e che avrebbe avuto importanti ripercussioni sul futuro, era senz'altro opera di Gates che, come precedentemente affermato, ebbe il merito di dare una rigorosa struttura organizzativa ed un efficiente metodo operativo alla *Fondazione*, soprattutto per ciò che riguardava la circolazione dei fondi, e rese possibile la svolta definitiva alla realizzazione dell'idea di J.D. Rockefeller Sr rendendola credibile ed effettuando tutte le donazioni a grande scala⁸³. I tre commissari cominciarono dunque a concedere delle sovvenzioni, la maggior parte delle quali destinate alle opere religiose di cui in passato si era già occupato Rockefeller.

J.D.Rockefeller Sr aveva in mente qualcosa di molto serio, e in una sua lettera si rivolse ai commissari chiedendo di sollecitare lo Stato Americano a dare un titolo adeguato ed ufficiale alla nuova istituzione, ma al tempo stesso desiderava che la futura Fondazione non divenisse completamente pubblica.

Il tentativo di richiedere un riconoscimento di ufficialità andò avanti e, nel Marzo del 1910, fu presentato al Senato degli Stati Uniti un progetto per far diventare la fondazione una associazione di persone, che svolgendo una comune attività economica, si univano per la tutela degli interessi e per il conseguimento di fini comuni, tale *corporation* prese il nome di *Rockefeller Foundation*. Il programma stabilì che la società avrebbe dovuto informare annualmente su tutti i dettagli delle sue operazioni, e che lo statuto avrebbe potuto subire modifiche, o essere liberamente revocato dal Congresso degli Stati Uniti. Questa clausola era identica ad una dello statuto del *General Education*, che tra il 1889 e il 1907 assorbì trentaquattro organizzazioni (tra queste la *Carnegie Institution* di Washington, l'*American Academy* di Roma e l'*American Association of History*). I consiglieri di J.D.Rockefeller Sr, pertanto, preferirono seguire lo stesso procedimento.

Nel progetto era chiara la motivazione per cui si chiedeva il riconoscimento ufficiale: "il donante sottopone la Fondazione al Congresso degli Stati Uniti affinché questo possa in un futuro esercitare una funzione di protezione nei confronti della Fondazione⁸⁴". Ciò, tuttavia, non significava proteggere i desideri di J.D.Rockefeller Sr, ma proteggere il bene pubblico.

⁸³ Los Papeles de Gates: Discorso pronunciato en el decimo aniversario del Instituto Rockefeller para Investigaciones Medicas.

⁸⁴ Fosdick R.B., ., *The Story of the Rockefeller Foundation* ,1952, p.32.

Dopo una serie di difficoltà il Senato presentò ai Commissari un possibile riconoscimento ma a determinate condizioni:

- a) il patrimonio totale doveva limitarsi a cento milioni di dollari;
- b) le entrate economiche non dovevano accumularsi, né il capitale poteva aumentare a dismisura ma doveva essere distribuito periodicamente per le finalità proprie della nuova associazione;
- c) dopo un periodo di cinquanta anni la corporazione poteva distribuire il capitale totale e dopo addirittura cento anni tale distribuzione sarebbe stata obbligatoria se il Congresso avesse così deciso;
- d) all'elezione dei nuovi commissari potevano opporre veto solo le seguenti persone: il Presidente degli Stati Uniti d'America, il Presidente della Suprema Corte di Giustizia, il Presidente del Senato, lo Speaker della Camera dei Rappresentanti, ed i Presidenti delle seguenti Università: Harvard, Yale, Columbia, Johns Hopkins e Chicago;
- e) non si potevano investire somme che andassero oltre un decimo del valore massimo del patrimonio.

Nei tre anni in cui il progetto passò al vaglio del Congresso, fu oggetto di violente dispute pubbliche, e J.D. Rockefeller *Sr* fu oggetto di pesanti accuse.⁸⁵ I consiglieri di J.D.Rockefeller *Sr* sicuramente non scelsero un buon momento per chiedere al Congresso l'approvazione di un simile progetto: il giudice Kenesaw Mountain Landis aveva imposto una multa di ventidue milioni di dollari alla Standard Oil Company dell'Asia meridionale.⁸⁶

In una tale atmosfera di polemiche, scarse erano le speranze che il Congresso concedesse lo Statuto Societario Federale, ma Gates, in un suo intervento a Washington, dichiarò che questa sconfitta non avrebbe precluso l'istituzione della fondazione; i consiglieri di J.D.Rockefeller *Sr* si rivolsero quindi alla legislatura di New York e finalmente, nel 1913, si costituì ufficialmente la *Rockefeller Foundation*.

⁸⁵ The Life and Times of William Howard Taft, Harry F. Pringle. (New York: Ferrar and Rinehart, Inc., 1939), Vol. II pags. 662-663.

⁸⁶ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp.33-35.

Le finalità della Fondazione potevano essere riassunte in una sola frase: “*promuovere il benessere dell’umanità in tutto il mondo*⁸⁷”.

La Rockefeller Foundation iniziò a lavorare in un clima caratterizzato dal sospetto e dalla diffidenza. In una lettera Gates, considerando il suo passato da pastore, scriveva a Mr Rockefeller: “*se la felicità che cerca l’uomo nel fare il bene dipende dalla gratitudine o dalle lodi degli altri uomini, se cerca la soddisfazione in un luogo diverso che non sia il nascondimento della sua coscienza, la vita di questo uomo sarà collocata tra le nuvole degli inganni e delle angosce*⁸⁸”. J.D.Rockefeller Sr continuò a devolvere ingenti donazioni alla Fondazione non curandosi affatto delle invidie e delle incomprensioni che via via nascevano tra gli altri grandi uomini d'affari degli Stati Uniti. Vennero così nominati i primi commissari che affiancarono J.D.Rockefeller Sr e Gates: Jonh D. Rockefeller Jr, Harry Pratt Hudson (presidente dell’università di Chicago), Simon Flexner, Sterr J. Murphy, Jerome D. Grenne, Wickliffe Rose e Chales O. Heydt.

I commissari svolsero la prima riunione formale nel Maggio del 1913, e proprio in quell’occasione vennero affidati i principali ruoli: J.D.Rockefeller Jr presidente, e nel 1917 fu nominato presidente della Giunta Direttiva, Jerome D. Grenne segretario, e a lui fu affidata tutta la responsabilità amministrativa (il suo talento e la sua positiva influenza fecero il successo della Fondazione nei primi anni di vita).

La questione prioritaria che dovettero affrontare i commissari nella loro prima riunione, fu quella di capire le modalità con cui fronteggiare gli obiettivi definiti nello statuto, ed in particolare il significato di “*benessere dell’umanità*”.

Da subito ricevettero un gran numero di richieste, tra cui una dello Y.M.C.A. per la riabilitazione degli edifici situati a Bayton, Hamilton e Marietta, che avevano subito dei danni a causa dell’inondazione del fiume Ohio. A tal proposito Mr Gates sottolineò che la Fondazione doveva occuparsi di progetti che non potevano essere intrapresi da altre istituzioni. Questa idea era coerente con gli obiettivi che già sei anni prima erano stati identificati da J.D. Rockefeller Sr⁸⁹.

⁸⁷ *Ibid.*, p.36.

⁸⁸ *Ibid.*, pp. 35-37.

⁸⁹ Minutas de la Fundacion Rockefeller, 1 de julio 1913, pag.1032.

Secondo J.D.Rockefeller, il miglior atto filantropico, nonché finalità della Fondazione, consisteva nel *“cercare le cause del male e sradicarlo alla radice”*⁹⁰. Qualche mese più tardi Jerome D. Grenne presentò ai commissari un memorandum sui principi e le politiche che dovevano influenzare notevolmente il lavoro della Fondazione. Basandosi in gran parte sull'esperienza di Rockefeller e Gates, e sui loro lunghi anni dedicati all'associazione e alla *Rockefeller Sanitary Commission*, Grenne realizzò una sorta di “legge quadro” sulla quale lavorare e che teneva presente i seguenti punti :

- a) dovevano essere escluse le azioni personali di carità e di assistenza;
- b) dovevano essere escluse anche le istituzioni o imprese puramente locali, salvo quelle create “come modello per le altre istituzioni in altre località”
- c) se la fondazione decideva di aiutare una qualsiasi comunità lo doveva fare non in modo permanente ma solo nella misura in cui essa avesse avuto bisogno per far fronte alle proprie necessità
- d) la Fondazione Rockefeller non poteva assumere in modo permanente l'amministrazione delle donazioni fatte ad istituzioni di cui non si aveva il controllo diretto
- e) la Fondazione doveva evitare di dare aiuti economici in modo permanente, limitandosi alle eventuali elargizioni occasionali.
- f) la Fondazione doveva dare precedenza nelle sue donazioni, a situazioni di disagio sociale⁹¹

Durante la prima riunione, i commissari della Fondazione vollero anche sottolineare l'importanza della questione sanitaria, ricordando le parole di Frederick T.Gates:

“se la scienza e l'educazione sono il cervello e il sistema nervoso della civiltà, la salute è suo il cuore ... la malattia è il male supremo della vita umana ed è la fonte principale

⁹⁰ Rockefeller J.D., *Random Reminiscences of Men and Events*, 1937, p. 177.

⁹¹ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp. 24-25.

*degli altri mali umani: la povertà, il crimine, l'ignoranza, il vizio, la deficienza e i ritardi mentali e tanti altri mali*⁹²”.

L'entusiasmo con cui i commissari appoggiavano le opinioni di Gates servì a focalizzare un serio problema che stava affrontando Wickliffe Rose nella *Rockefeller Sanitary Commission*: la prevenzione ed il trattamento dell'anchilostomiasi negli Stati Uniti del Sud. Rose preparò un piano di lavoro per far fronte al male dei parassiti intestinali; ebbe l'intuizione che l'anemia conseguente all'anchilostomiasi non fosse distinguibile da quella dovuta all'infezione malarica, da lui ritenuta il più importante problema sanitario a livello mondiale: “ *Malaria is to be regarded as present the most serious medical and sanitary problem which we have to contend*”⁹³.

Il Dottor W.Rose preparò dunque un piano di lavoro per far fronte al male dei parassiti intestinali, e fu così che l'International Health Board della Rockefeller Foundation (International Health Commission dal 1913 al 1916, nominata poi International Health Board e, nel 1927 finalmente definita International Health Division) estese questo programma a molti Paesi degli Stati Uniti.

Questo fu solo il primo dei tanti lavori di interesse della Fondazione Rockefeller riguardanti l'educazione medica e la sanità pubblica, concepiti su scala globale e rivolti a tutto il mondo.

Come risultato dei suoi contatti con diversi missionari, Mr Rockefeller, su richiesta di Gates, finanziò uno studio sulla situazione della Cina condotto dalla Commissione Orientale di Educazione, presieduta dal Dottor Ernest Dewitt Borton dell'Università di Chicago. Il “monumentale” resoconto di questa commissione, contenuto in sei volumi, rappresentava una vasta esposizione delle opportunità educative presentate da questo promettente Paese.

Nel 1914, a New York, ebbe luogo una conferenza a cui parteciparono non soltanto i commissari della Fondazione e la Giunta Sanitaria Internazionale, ma anche funzionari esecutivi di importanti missioni. I risultati tratti da questa conferenza vennero esaminati

⁹² Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp. 23-25. Si consulti: *The Gates Papers: A memorandum entitled “Philanthropy and Civilization”*. Approfondimenti su Minutes of The Rockefeller Foundation, June 27, 1913, p.1027

⁹³ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp. 24-25.

con un'ulteriore riunione dei commissari della Fondazione, che giunsero alle seguenti conclusioni:

1. qualsiasi lavoro condotto in Cina avrebbe dovuto riguardare l'ambito medico;
2. qualsiasi attività svolta non sarebbe dovuta essere stata già sostenuta da agenzie governative o missionarie preesistenti.

Una settimana più tardi Gates introdusse un piano per "lo sviluppo graduale e ordinato di un sistema medico di grandi dimensioni in Cina" (documento di grande importanza strategica, che per molti anni servì da guida alle attività della Fondazione in Cina⁹⁴). La creazione di questo piano nazionale, e della Commissione Medica Cinese, rappresentarono l'avamposto della medicina moderna in Estremo Oriente, simbolo e sinonimo della formazione professionale di più alta qualità.

In seguito, tra il 1914 ed il 1915 fu intenzione della Fondazione affidare la supervisione dei progetti da attuare ai consiglieri alla Fondazione stessa; si prese seriamente in considerazione l'opportunità di introdurre un comitato di economisti, guidati da Professor Edwin F. Gay, per l'analisi delle questioni economiche e sociali. Ma le difficoltà più serie iniziarono nel momento in cui si costituì il gruppo dedicato al problema delle relazioni industriali diretto da Mr W. L. Mackenzie King, che in Canada si distinse in questo campo di attività.

Questo progetto prese vita in uno dei momenti peggiori della storia industriale degli Stati Uniti: uno sciopero di minatori che colpì, tra le altre aziende, la *Colorado Fuel and Iron Company*, finanziata da Rockefeller stesso. Lo sciopero culminò nel tragico "*Massacro*

⁹⁴ The China Medical Board, Vol. I, Appendix II, p. 357. The Rockefeller Foundation files.

di Ludlow⁹⁵”, una battaglia tra scioperanti e polizia di Stato che provocò numerosi morti e feriti, e al quale riuscirono a porre fine soltanto le truppe federali⁹⁶.

Anche se la misura adottata dalla Fondazione nel nominare Mr. King alla direzione di questo progetto, fu ispirata da ragioni completamente oneste e dal profondo desiderio di trovare una soluzione ad un problema pratico, l'opinione pubblica si scagliò ancora una volta contro l'organizzazione, tanto che la Commissione delle Relazioni Industriali degli Stati Uniti, un'entità federale guidata dal Senatore Frank P. Walsh, iniziò un'indagine caratterizzata da numerose audizioni pubbliche durante le quali Rockefeller e i suoi commissari furono chiamati come testimoni. L'obiettivo della Commissione era quello di capire se esistesse in realtà una linea di demarcazione tra gli interessi di Mr Rockefeller e quelli della Fondazione. Per diverse settimane la questione venne riportata su tutti i giornali, e nel Paese divampò la preoccupazione circa i potenziali pericoli derivanti dal possibile abuso di potere della Rockefeller Foundation⁹⁷.

Rockefeller, nella sua dichiarazione davanti alla Commissione, rispose alle accuse sul suo presunto abuso di potere in questi termini:

“Ho tanta fiducia nella democrazia, che a mio avviso è meglio lasciare ai cittadini e ai loro rappresentanti il compito di rimediare ai mali tangibili quando vi è ragione di credere che questi siano imminenti, piuttosto che limitare in anticipo il potere di fornire servizi pensando a pericoli puramente ipotetici”⁹⁸.

La Commissione degli Stati Uniti continuava tuttavia ad essere scettica sulla nuova organizzazione che portava il nome di Rockefeller Foundation, e soltanto il tempo e la

⁹⁵ Il Massacro di Ludlow avvenne il 20 aprile del 1914, a seguito della feroce repressione degli scioperi dei minatori da parte delle guardie private dei proprietari delle miniere, guidati dalla *Colorado Fuel and Iron Company* (della famiglia Rockefeller). Fu il momento più tragico della lotta dei minatori, che coinvolse fino a dodicimila lavoratori e durò dall'autunno del 1913 fino al Dicembre del 1914. La lotta dei minatori del Colorado si inserì nel più ampio contesto delle lotte operaie degli Stati Uniti di inizio Novecento, una potenza in impetuosa crescita economica che attirava forza lavoro da tutto il mondo. La legislazione sulla sicurezza nelle miniere del Colorado era allora assai carente, e tale sarebbe rimasta per lunghissimo tempo.

⁹⁶ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp. 26-27.

⁹⁷ Hearing of the United States Commission on Industrial Relations. February 5, 1915—64th Congress. Senate documents, Vol.27, p. 8228.

⁹⁸The China Medical Board, Vol. I, Appendix II, p. 357. The Rockefeller Foundation files.

presenza di eventi tangibili avrebbero fatto comprendere all'opinione pubblica i reali principi ispiratori della Fondazione.

Ad eccezione di un piccolo numero di questioni, in particolare quelle in materia di agricoltura, medicina e salute pubblica, l'intento della Fondazione era quello di agevolare la concessione di sovvenzioni ai destinatari prescelti: in altre parole non voleva diventare un'organizzazione che puramente eseguiva ma un'assegnataria di fondi.

Anche se nei primi anni i commissari erano impegnati nell'indagine, numerose furono le donazioni elargite a svariati enti: fu acquistato un rifugio in Louisiana e concesso allo Stato; aiuti sostanziali vennero offerti al Wellesley College, all'Accademia Americana di Roma, all'Associazione per il miglioramento delle condizioni dei poveri, all'Ufficio Comunale di Ricerca e all'Istituto per le Indagini Governative.

Va ricordato che la nascita della Fondazione coincise quasi con lo scoppio della Prima Guerra Mondiale (1914), e che fin dall'inizio essa giocò un ruolo di primo piano nelle attività di soccorso dei mali della guerra investendo circa ventidue milioni di dollari: noleggiando navi che attraversarono l'Oceano spedì viveri e rifornimenti a Paesi come la Polonia, la Serbia, l'Armenia, la Siria e l'Albania, assegnò centinaia di migliaia di dollari a numerose organizzazioni e si interessò del benessere dei prigionieri di guerra. Fu un lavoro lungo e faticoso, in cui non mancarono fallimenti, e che, per quasi cinque anni, mise in ombra tutte le altre attività della Fondazione.

Con la fine della Prima Guerra Mondiale, sembrò aprirsi un'era più promettente. Nel 1917, inoltre, salì alla presidenza della Fondazione George E. Vincent⁹⁹ (già presidente dell'Università del Minnesota): personalità distinta e caratterizzata da un ingegno brillante, fu uno dei più grandi oratori della sua generazione, e certamente l'uomo che più di tutti fu capace di interpretare gli interessi dell'America e le finalità della Rockefeller Foundation. Profondamente sincero, odiava ogni manifestazione pretenziosa ed ogni ostentazione di potere e ricchezza.

Al termine della guerra l'interesse della Rockefeller Foundation si focalizzò sui temi relativi alla medicina e alla salute pubblica; l'organizzazione vedeva se stessa come una "*educational enterprise*", il che le conferiva caratteristiche abbastanza atipiche per una istituzione di beneficenza, soprattutto per il peso notevole che tendeva ad attribuire al

⁹⁹ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, 1952, pp. 28-29.

ruolo dell'educazione, nell'acquisizione e nella diffusione delle conoscenze¹⁰⁰. L'interesse della Rockefeller Foundation nell'ambito della medicina fu inizialmente orientato al sostegno per la formazione professionale del personale medico e sanitario, con particolare attenzione alle istituzioni di quei Paesi che si stavano adoperando per portare il proprio sistema sanitario ai livelli dei Paesi più avanzati. In molte parti del mondo, infatti, la maggiore limitazione al miglioramento delle cure mediche era il numero inadeguato di personale specializzato e qualificato, sia medico sia infermieristico¹⁰¹.

Attraverso l'erogazione di borse di studio, la Rockefeller Foundation consentì la formazione di medici ed infermieri di sanità pubblica presso scuole presenti nel Nord America e in Europa, con l'obiettivo di costituire un organico di professionisti capaci di costruire servizi sanitari qualora non esistenti.

L'attenzione della Fondazione si rivolse in particolare alla professione infermieristica, e la prima scuola americana a ricevere finanziamenti per migliorare la formazione degli infermieri di sanità pubblica fu la *Yale School of Nursing*.

Grazie all'impegno della Rockefeller Foundation i fondi destinati alla formazione infermieristica aumentarono, contribuendo così ad elevare gli standard della professione stessa. La nascita delle scuole per infermiere, inoltre, attirò un numero sempre crescente di donne della classe media, portando ad un aumento della rispettabilità della professione.

I finanziamenti della Rockefeller Foundation furono incentrati su alcune attività infermieristiche tra cui:

- a) il diffondersi di indagini mirate a valutare lo stato della professione e dell'educazione infermieristica a livello globale;
- b) la creazione di uno staff di dirigenti per occuparsi di nuovi progetti da perseguire;
- c) finanziamenti per lo sviluppo di metodi standard di insegnamento; supporti economici per la costruzione di edifici, strutture specializzate e attrezzature;

¹⁰⁰ Lowy I., Zylberman P., *Medicine as Social Instrument: Rockefeller Foundation, 1913-45*, in "Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences", 31C, 2000,3, pp.365-380, in particolare p.367.

¹⁰¹ The Rockefeller Foundation, *Annual Report*, 1954, p.30.

d) erogazione di borse di studio per gli individui promettenti nel campo.

Tra i vari progetti, quello delle borse di studio ebbe il più grande impatto globale: inizialmente offerte solo agli americani, vennero poi estese ad altre Università del Mondo come la Gran Bretagna, la Francia, la Germania, l'Europa dell'Est e la Cina. Quasi 800 infermieri borsisti, provenienti da 70 Paesi diversi, ebbero l'opportunità di studiare in Canada e negli Stati Uniti. I candidati venivano scelti sulla base delle loro competenze e del loro potenziale che, se ben sfruttato, gli avrebbe permesso di diventare futuri leader di cura nei propri Paesi d'origine; gli infermieri che accettavano le borse di studio, infatti, al termine del percorso di formazione sarebbero dovuti tornare a casa e applicare le nuove conoscenze acquisite nei campi della salute pubblica, della cura, dell'amministrazione e dell'insegnamento.

Gli investimenti che la Rockefeller Foundation riservò alla professione infermieristica si dimostrarono di vitale importanza, perché permisero di formare professionisti capaci di organizzare ed attuare programmi di salute pubblica.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Elisabetta Marfoli,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 11/04/2014.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

SECONDA PARTE

Le strategie e gli interventi di educazione sanitaria della Rockefeller Foundation

Capitolo 1.

La Rockefeller Foundation e la sua politica educativa in ambito sanitario nel mondo

1.1 La Rockefeller Foundation e l'International Health Division: le politiche di educazione sanitaria

Già nel 1909 John Davison Rockefeller diede vita alla Rockefeller Sanitary Commission, creata specificamente ed unicamente per la prevenzione ed il trattamento dell'anchilostomiasi negli Stati Uniti del Sud, e il cui programma di azione ebbe tanto successo da spingere gli stessi promotori della nascente Rockefeller Foundation ad ampliarne il campo di azione in ambito sanitario¹⁰².

Fu così che l'originaria Commissione, nata per operare solo all'interno degli Stati Uniti, fu assorbita dall'International Health Commission (IHC) dal 1913 al 1916, destinata ad operare in tutto il mondo. Quest'ultima, sotto la direzione di Wickliffe Rose¹⁰³, già direttore della Sanitary Commission, diventerà nel 1917 l'International Health Board (IHB) ed infine nel 1927 International Health Division (IHD)¹⁰⁴, che rimase per anni l'organizzazione più importante dedicata alla salute pubblica prima ancora che fosse fondata nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

¹⁰² Corner G.W., *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, 1964.

¹⁰³ Wickliffe Rose (Saulsbury, Tennessee, 1862- Vancouver Island, British Columbia 1931). Professore di Storia e filosofo dell'Educazione, insegnò a Peabody College for Teachers e all'Università di Nashville prima di entrare nel Peabody Education Fund dove rimase dal 1907 al 1914. Fu chiamato quindi a dirigere la Commissione Sanitaria della Rockefeller Foundation per l'eradicazione della Anchilostomiasi, un compito reso possibile grazie al suo tatto ed alla sua abilità diplomatica; come direttore dell' International Health Board della Rockefeller Foundation, incarico che conserverà fino al 1923, le sue responsabilità aumentarono, includendo la prevenzione di altre malattie, e si concretizzarono nell'istituzione di strutture di sanità pubblica in 13 città del mondo.

Dal 1923 al 1928 fu presidente del General Education Board e dell' International Education Board della Fondazione Rockefeller.

Si consulti: Shaplen R., *Toward the Well Being of Mankind. Fifty Years of the Rockefeller Foundation*, Doubleday & C., New York 1964, pp.13-14.

¹⁰⁴ Russell F.F., *Man's Mastery of Malaria*, cit., p. 229.

I principi di base che furono stabiliti dall'International Health Division durante il mandato di W. Rose, furono i seguenti:

- a) il governo doveva impegnarsi in “prima persona” a garantire la salute pubblica
- b) l'International Health Division poteva essere un utile aiuto per le agenzie governative, organizzando e fornendo consulenze di esperti, risorse finanziarie e strutture adeguate per la formazione dei professionisti della salute
- c) gli aiuti dell'International Health Division dovevano essere elargiti con l'obiettivo di creare o rafforzare le agenzie sanitarie governative¹⁰⁵.

La chiave per garantire il mantenimento della salute pubblica risiedeva non solo nell'eradicazione della malattia ma anche nell'impegno statale e locale nello sviluppo di agenzie permanenti di salute pubblica. W. Rose sottolineò come la medicina fosse in grado di identificare e curare la causa dell'anchilostomiasi, ma anche come fossero necessari servizi di igiene territoriali per prevenire la stessa¹⁰⁶.

Diversa fu la situazione con i successori di W. Rose, non più educatori come lui ma medici con esperienza di laboratorio e ricerca: se per il primo era fondamentale raggiungere nel più breve tempo possibile il maggior numero di persone facendo circolare il bagaglio di conoscenze e metodi già posseduti, per gli altri la priorità era andare alla ricerca di nuove conoscenze su nuove malattie, implementando il lavoro di ricerca. Furono d'accordo però nel costruire scuole-modello di igiene e di infermieristica nelle regioni di Toronto, Londra, altre città europee e Tokyo. La storia dell' International Health Division fu segnata da interminabili battaglie tra coloro che sostenevano

¹⁰⁵ Hackett L., *Manuscript*, Chapter 1: Introduction, RAC, RG 3, Series 908, Box 5, Folder 28.

¹⁰⁶ Shaplen R., *Toward the Well Being of Mankind. Fifty Years of the Rockefeller Foundation*, Doubleday & C., New York 1964.

un'agenda sociale per migliorare la salute e coloro che credevano che la distruzione su base scientifica delle malattie specifiche fosse il primo passo essenziale¹⁰⁷.

Tutta l'opera dell' International Health Division prese corpo dal lavoro della Rockefeller Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease (1909-1914) attiva nella lotta all'anchilostomiasi in Messico ed in altri stati dell'America Centrale e del Sud, e dalla lotta alla febbre gialla a Cuba (sotto occupazione statunitense) e Panama. Queste campagne furono un mezzo per una più profonda ed ampia trasformazione dei sistemi sanitari pubblici all'interno dell'America Latina, con la creazione di infrastrutture igienico-sanitarie, l'impiego di tecnologia medica e scientifica e l'applicazione di concetti di salute pubblica. Allo stesso tempo furono implementati gli sforzi per aumentare i servizi igienico-sanitari per dare vita a programmi di sanità pubblica all'interno delle comunità locali.

Regionalmente orientato, l' International Health Division, strinse relazioni solide con le potenze governative (coloniali) e con i funzionari delle autorità locali e regionali fornendo finanziamenti, competenza medica e scientifica. Nelle singole comunità condusse ricerche, istituì programmi di salute pubblica e fornì il trattamento per le popolazioni infette.

Con l'eradicazione dell'Anchilostomiasi e della Febbre Gialla come obiettivo primario, l'International Health Division procurò moderna tecnologia medica e formazione in gran parte del mondo in via di sviluppo. Fornì report statistici dettagliati della presenza e del rischio di contagio negli Stati Uniti, in America Latina, in Asia orientale e nelle Indie occidentali. Gran parte del lavoro iniziale fu finalizzato ad esaminare le condizioni di igiene ed i sistemi fognari all'interno del Paese, per determinare quale fosse la percentuale della popolazione effettivamente infetta (dati epidemiologici). Singoli amministratori furono assegnati a supervisionare il lavoro svolto all'interno di ogni stato.

¹⁰⁷ Donelli G. Serinaldi E., *Dalla lotta alla malaria alla nascita dell'Istituto di Sanità Pubblica. Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia: 1922-1934*, 2003, pp.4-12.

Visto l'enorme successo nell'attuazione di programmi di eradicazione, l'International Health Division si impegnò a proseguire i suoi sforzi aumentando il numero di posizioni in campo e di borse di studio per l'America Latina (nella ricerca e nella formazione infermieristica e medica) e inserì altri Paesi all'interno dei suoi programmi.

Negli anni trenta l'attenzione si spostò progressivamente sulla lotta alla malaria in diverse parti del mondo¹⁰⁸. La Rockefeller Foundation sottolineò più volte che l'eradicazione della malattia era possibile semplicemente attraverso il controllo di focolai endemici, reso economicamente fattibile mediante programmi di informazione ed educazione della popolazione.

Cuba si affermò come un sito di ricerca di campo e, allo stesso tempo, ricevette finanziamenti per la formazione medica e programmi di assistenza sanitaria. L'Avana fu in grado di acquisire importanza grazie alla sua eradicazione precoce di Febbre Gialla, e per i risultati immediati e a lungo termine impressionò le circostanti regioni, di conseguenza il settore della sanità pubblica cubana beneficiò ampiamente del finanziamento e del sostegno fornito dalla Rockefeller Foundation. Cuba, dal canto suo, fornì alla Rockefeller Foundation un ambiente per la ricerca sul campo e di successo che fu in seguito preso a modello in tutta l'America.

In Nicaragua grazie ai sovvenzionamenti dell'International Health Division, fu condotto un programma ambizioso di salute pubblica fiscalmente impossibile per lo stato locale dati i limiti politici sulla spesa pubblica, e fu applicato un nuovo metodo radicale, conosciuto come il *metodo intensivo*, la cui genesi può essere ricondotta ai celebri trionfi della medicina militare sulla Febbre Gialla a Cuba e la zona del canale di Panama, che aveva come obiettivo l'eradicazione dell'anchilostomiasi attraverso prove sistematiche e trattamento di tutti i residenti¹⁰⁹.

¹⁰⁸Donelli G. Serinaldi E., *Dalla lotta alla malaria alla nascita dell'Istituto di Sanità Pubblica. Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia: 1922-1934*, 2003, pp.4-7.

¹⁰⁹Donelli G. Serinaldi E., *Dalla lotta alla malaria alla nascita dell'Istituto di Sanità Pubblica. Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia: 1922-1934*, pp. 8-14.

La Rockefeller Foundation ebbe un ruolo importante nello sviluppo dell'educazione medica non solo negli Stati Uniti, ma anche in Europa dopo la Seconda Guerra Mondiale, concentrandosi sui problemi di sanità pubblica su scala mondiale; nel contesto del "Programma di Emergenza in Europa", promosse in Francia ed in Belgio una modernizzazione dell'insegnamento e delle conoscenze mediche attraverso la concessione di borse di studio ed esperienze all'estero, la riorganizzazione di istituti di medicina e di scuole di infermieristica e la concentrazione sull'ospedale clinico, implementando la ricerca medica e laboratoristica e fornendo strumenti di letteratura specifica¹¹⁰.

In Italia l'International Health Division svolse un'azione molto importante per l'eradicazione della malaria: nel 1925 procedette alla realizzazione della Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica, diretta dall'italiano Alberto Missiroli, uno dei massimi esperti del settore in Italia, e dall'americano Lewis Wendell Hackett¹¹¹.

La Stazione divenne in breve tempo il principale punto di riferimento per la lotta antimalarica in campo mondiale, svolgendo fra l'altro un'importante opera nell'addestramento e nella formazione del personale attivo nella lotta antimalarica non solo di nazionalità italiana. Tre anni dopo, nel 1928, col supporto finanziario del governo italiano, sovvenzionò l'Istituto di Sanità Pubblica destinato a diventare, nel 1934 col nome di Istituto Superiore di Sanità, il principale Istituto di Igiene in Italia¹¹².

¹¹⁰ La Rockefeller Foundation dedicò uomini e mezzi al controllo di malattie (l'anchilostomiasi, la malaria e la febbre gialla), allo sviluppo dell'organizzazione sanitaria pubblica ed al miglioramento dell'educazione medica, sanitaria ed infermieristica.

L'azione della Rockefeller Foundation prevedeva inoltre aiuti economici, assegnati a cittadini responsabili e rappresentativi, che si impegnassero ad utilizzare i fondi a vantaggio del bene comune, oppure l'assegnazione di edifici e borse di studio e la diffusione di informazioni su nuovi metodi di amministrazione ed insegnamento. *Encyclopaedia Britannica*, vol. XIX, p.365.

¹¹¹ Lewis Wendell Hackett, rappresentante della Rockefeller Foundation inviato in Italia per contribuire alla lotta antimalarica, fu ben ricordato in una conferenza tenuta a Buenos Aires nel 1946 riguardo al concetto moderno della sanità pubblica, tenuto all'Istituto de Conferencias Populares, La Prensa, Buenos Aires, il 2 Agosto del 1946, in Rockefeller Archive Center (RAC). Si consulti: *Lewis W. Hackett Papers, Speeches, Manuscripts and Reprints*, b. 14, fasc.167, pp.6-7.

¹¹²Penso G., *L'Istituto Superiore di Sanità dalle sue origini ad oggi*, Tipografia Regionale, Roma 1927. Si consulti anche: *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1926* (New York: The Rockefeller Foundation, 1926) 83.

Le politiche educative della Rockefeller Foundation trasformarono l'educazione alla salute della popolazione mondiale in una vera e propria pratica educativa basata sullo sviluppo delle possibilità di benessere dell'individuo e dell'umanità, promossa dalle autorità sanitarie e governative con i necessari finanziamenti¹¹³.

L'International Health Division ampliò il lavoro della Commissione Sanitaria Rockefeller in tutto il mondo, lavorando contro varie malattie in cinquantadue Paesi e ventinove isole. Le sue prime ricerche di campo su anchilostoma, malaria e febbre gialla fornirono le tecniche di base per il controllo di queste malattie e stabilirono il modello dei servizi sanitari pubblici moderni.

La Rockefeller Foundation costruì la prima scuola di igiene e sanità pubblica al mondo presso la Johns Hopkins University, e poi spese oltre 25 milioni di dollari nello sviluppo di scuole di sanità pubblica negli Stati Uniti e in ventuno paesi stranieri. Il programma di sviluppo agricolo in Messico condusse a quella che fu in seguito chiamata *Rivoluzione Verde* nel progresso della produzione alimentare del mondo: la Rockefeller Foundation fornì fondi consistenti per l'Istituto Internazionale di Ricerca del Riso nelle Filippine.

La Fondazione contribuì anche a fondare il Social Science Research Council fornendo un supporto significativo per organizzazioni come il National Bureau of Economic Research, Brookings Institution, il Consiglio sulle relazioni estere e Russian Institute presso la Columbia University.

Oltre a creare queste attività filantropiche aziendali, J.D. Rockefeller continuò a lungo a fare donazioni personali; tra le altre attività che ricevettero il suo sostegno finanziario si ricordano vari collegi e Università: Yale, Harvard, Columbia, Brown, Spelman, Bryn Mawr, Wellesley e Vassar, scuole di teologia, la Commissione di Palisades Interstate Park, Vittime del terremoto di San Francisco, la Lega Anti-Saloon,

¹¹³ Fosdick R.B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, Harper & Brother, New York 1952.

Parco di Rockefeller e altri parchi di Cleveland, Organizzazioni missionarie Battista e vari YMCAs e YWCAs¹¹⁴.

Attraverso l'istituzione del Rockefeller Archive Center (contenente rapporti annuali, pianificazioni ed attuazioni di interventi con obiettivi raggiunti ed obiettivi futuri, corrispondenze personali, valutazioni esterne, dati demografici, fotografie, mappe, esperimenti scientifici con risultati e metodi, inventari della biblioteca di strutture sanitarie, progetti di bilancio, articoli di giornale), la Rockefeller Foundation si dotò di un validissimo strumento di condivisione e circolazione delle conoscenze apprese sul campo e dei traguardi raggiunti nella ricerca, nella lotta alle malattie e nell'educazione della popolazione su scala mondiale.

¹¹⁴ The Rockefeller Archive Center (RAC), JDR Sr. *Biographical Sketch*, Prepared by Rockefeller Family & Associates, May 5, 1967; Revised by Rockefeller Archive Center, September 1997.

1.2 Le politiche educative della Rockefeller Foundation nel mondo

L'International Health Division concentrò una significativa parte del proprio denaro e di energia nel tentativo di sradicare la malaria che colpì vaste aree del mondo nel ventesimo secolo. I fattori di rischio della malaria, le aree diffuse di infezioni e gli alti tassi di mortalità, interessarono la Rockefeller Foundation con nuove iniziative di salute pubblica internazionali.

Nel 1917 la Rockefeller Foundation iniziò gli esperimenti in Mississippi e Arkansas con il compito di valutare i mezzi migliori per combattere la malaria. Furono definiti gli obiettivi e studiati quattro metodi per controllare la malattia:

- a) l'utilizzo del chinino per le persone già infette da malaria
- b) la somministrazione di chinino in modo preventivo a tutti coloro che non avevano contratto la malattia
- c) l'installazione di zanzariere nelle finestre di edifici nelle zone colpite
- d) l'eliminazione o il controllo sullo sviluppo delle zanzare attraverso tecniche di drenaggio¹¹⁵

La ricerca portò la Rockefeller Foundation ad ampliare la sua campagna in dieci Stati del Sud America, e dal 1928 essa contribuì a progetti per la lotta antimalarica in molti altri Paesi. Il programma portato avanti dalla Fondazione incluse metodologie e strumenti ben studiati: il contributo di fondi, indagini per mappare la malattia, formazione del personale, studi di settore e ricerche.

¹¹⁵ The Rockefeller Foundation, *Annual Report 1917* (New York: The Rockefeller Foundation, 1917) 184-192.

Tale programma fu poi esteso impegnando la Fondazione in iniziative che svilupparono partenariati pubblico-privato finalizzati a colpire le malattie della povertà, tra cui anche la malaria in Africa.

Nello stesso periodo l'International Health Division si dedicò anche allo studio dei danni provocati dalla Febbre Gialla.

Anche se l'Organizzazione raggiunse il successo in entrambe le campagne, la sua iniziativa sulla Febbre Gialla produsse più chiari risultati. Prima della Seconda Guerra mondiale, l'International Health Division spese la metà del suo bilancio sui programmi di Febbre Gialla, che culminarono con lo sviluppo di un vaccino efficace contro la stessa. Questi finanziamenti contribuirono alla costruzione di una rete di laboratori di ricerca, così come allo sviluppo di importanti carriere scientifiche attraverso il sostegno di borse di studio individuali.

La preoccupazione per la diffusione della Febbre Gialla richiamò l'interesse della Rockefeller Foundation. Fu così, che dopo il successo William C. Gorgas nel controllo delle zanzare a Panama, la Rockefeller Foundation lo reclutò nel 1916 per presiedere la Commissione di Febbre Gialla di nuova formazione: l'obiettivo era quello di distruggere focolai di zanzare nelle comunità chiave. La prima eradicazione della Febbre Gialla ebbe successo a Guayaquil, in Ecuador.

Progetti ancora più ambiziosi dovevano seguire. Una delle campagne più significative ebbe inizio nel 1923, quando il governo brasiliano chiese l'assistenza dell'International Health Division per debellare la Febbre Gialla. Per i successivi 17 anni l'International Health Division ebbe un ruolo importante in questa campagna e anche dopo che il governo brasiliano nel 1940 prese in mano l'organizzazione del programma, l'International Health Division rimase coinvolto, contribuendo all'importante sostegno economico per il lavoro sul campo e le prove di laboratorio¹¹⁶.

¹¹⁶ The Rockefeller Foundation, Annual Report 1947 (New York: The Rockefeller Foundation, 1947) 63.

Si iniziò a rivolgere gran parte dei finanziamenti anche all'Africa nel 1929. In quello stesso anno l'agenzia stabilì il suo primo laboratorio di ricerca africano a Lagos, in Nigeria, e creò la Commissione Cubana per la Febbre Gialla¹¹⁷.

Come con altre iniziative dell'International Health Division, gli sforzi per combattere la Febbre Gialla includevano studi di laboratorio per lo sviluppo di nuove cure per la malattia. Nel 1925, un vaccino contro la Febbre Gialla sembrò essere promettente in fase di test nei laboratori del Rockefeller Institute di New York. Solo nel 1930, Max Theiler¹¹⁸ lavorò intensamente allo sviluppo di un vaccino contro la Febbre Gialla e nel 1936, lui e i suoi colleghi svilupparono un vaccino efficace. Fu la svolta nella ricerca medica della Rockefeller Foundation¹¹⁹.

L'International Health Division finanziò le prime prove del vaccino sul campo in Brasile nel 1937, e dopo il successo di questi studi, la Rockefeller Foundation finanziò la produzione su larga scala del vaccino. Il 17D di M.Theiler rimase il vaccino primario contro la Febbre Gialla, e Theiler vinse il Premio Nobel nel 1951 per il suo lavoro.

Durante la seconda Guerra Mondiale, alla Rockefeller Foundation fu chiesto di coordinare la vaccinazione del personale militare americano e britannico. Tuttavia, nel 1942, focolai di ittero furono segnalati tra alcuni militari che erano stati vaccinati con la 17D. In totale 8 milioni di dosi furono somministrate ai soldati, 80.000 dei quali svilupparono ittero, causando 81 morti. Ulteriori ricerche rilevarono che i casi si verificarono in soldati sottoposti a particolari lotti di vaccino, contaminato dal sangue

¹¹⁷ Raymond B. Fosdick, *The Story of the Rockefeller Foundation*. New Brunswick, USA: Transaction Publishers, 1952, p. 62.

¹¹⁸ Max Theiler (Pretoria, Sud Africa il 30 Gennaio 1899 - New Haven, Connecticut, Stati Uniti D'America l'11 Agosto 1972).

Figlio di un noto scienziato veterinario, conseguì la laurea in medicina nel 1922 in Inghilterra e nel 1930 entrò a far parte dell'International Health Division, divenendo, nel 1951, direttore dei Laboratori della Divisione della Rockefeller Foundation di Medicina e Sanità Pubblica di New York. Tra i suoi primi lavori, ad Harvard, affrontò la dissenteria amebica e la febbre da morso di ratto, dopodiché quello della Febbre Gialla diventò il suo maggiore interesse.

¹¹⁹ Telegram from C.E. Finlay, May 23, 1928, Rockefeller Archive Center (RAC), RG 1.1, Series 100, Box 87, Folder 808.

umano infetto. Le vaccinazioni furono sospese fino alla produzione, diversi anni dopo,
di nuovi vaccini non contenente siero umano¹²⁰.

¹²⁰ Farley J., *To Cast Out Disease*, New York:, Oxford University Press, 2004, pp. 172-178.

Capitolo 2.

La Rockefeller Foundation in Europa

2.1 La Rockefeller Foundation ed i suoi primi interventi di educazione sanitaria in Spagna

La Rockefeller Foundation svolse un ruolo importante nella salute internazionale, prima della costituzione della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948; sono ampiamente documentate le relazioni della Rockefeller Foundation sulle condizioni di salute dei popoli, oltre che il supporto economico e tecnico in Europa tra il 1920 ed il 1950¹²¹.

Tra gli anni 30 e 40 del 1900, la Rockefeller Foundation diede avvio a molteplici studi nutrizionali. In Europa, gli interessi della Rockefeller Foundation si concentrarono in un primo momento su Madrid, in Spagna, per analizzare le conseguenze della fame durante e dopo la guerra civile spagnola (1936-1939)¹²²; e successivamente su Marsiglia, la più grande città della Francia Meridionale, per ottenere informazioni sulla restrizione alimentare nella Francia non occupata durante la seconda Guerra Mondiale (1939-1945).

In seguito alla guerra civile spagnola, il dipartimento di salute internazionale della Rockefeller Foundation, in collaborazione con le autorità sanitarie spagnole, analizzò lo stato di nutrizione degli abitanti di un quartiere di Madrid.

¹²¹ Farley J., *To Cast Out Disease: A History of the International Health division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York, Oxford University Press, 2004.

¹²² Weindling P., *Public Health and Political Stabilization: the Rockefeller Foundation in Central and Eastern Europe Between the Two World Wars*. *Minerva* 31 (1993): 253-267; poi si consulti: Giannulli D., *Repeated Disappointment: The Rockefeller Foundation and the Reform of the Greek Public Health System, 1929-1940*. *Bulletin of History of Medicine* 72, no. 1 (1998): 47-72.

Ancora: Angel K., Jones E., Neve M., *European Psychiatry on the Eve of War: Aubrey Lewis, the Maudsley Hospital and Rockefeller Foundation in the 1930s*. London: Welcome trust Centre for the History of Medicine, 2003, pp. 39-56.

L'indagine venne svolta iniziando dall'analisi del bisogno della popolazione del luogo con la pianificazione degli obiettivi. Si chiesero la modalità e la quantità di cibo assunto e si fece una prima valutazione degli esami clinici-strumentali ed ematici, per evidenziare eventuali segni e sintomi di malnutrizione.

Il governo Spagnolo accettò l'aiuto della Rockefeller Foundation, credendolo un valido strumento di modernizzazione della salute pubblica del Paese.

Maggiori contributi dell'intervento furono le azioni intraprese contro le malattie dell'anchilostomiasi¹²³ e della malaria¹²⁴, con la formazione degli operatori sanitari e la collaborazione nella progettazione di programmi di igiene rurale nelle regioni di Cáceres (Spagna centro-occidentale) e Albacete (Spagna centrale)¹²⁵.

Nel mese di Ottobre del 1940, la Rockefeller Foundation inviò *John Hall Janney* in Spagna, in quei tempi membro della Rockefeller Foundation. Il suo portavoce principale spagnolo fu *José Alberto Palanca*, direttore generale del Dipartimento di Salute Nazionale durante il primo governo del generale *Francisco Franco*¹²⁶. José Alberto Palanca, grande studioso presso la Rockefeller Foundation, diede sostegno istituzionale a J.H. Janney dandogli la possibilità di viaggiare in tutta la Spagna, osservando le condizioni sanitarie, alimentari, e gli atteggiamenti delle autorità locali. Il suo viaggio iniziò a Siviglia il 17 ottobre 1940 e finì a Madrid il 3 novembre 1940¹²⁷. Una volta terminata la visita in Spagna, John H. Janney produsse una relazione, inviata all'International Health Division di New York e alle autorità sanitarie spagnole. Come J.H. Janney descrisse, la situazione nutrizionale nella maggior parte della Spagna era

¹²³ Rodriguez-Ocana E., Menéndez A., *Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en Espana (1897-1936)*. *Asclepio* 58, no.1 (2006):219-248.

¹²⁴ Rodriguez-Ocana E., *The Birth of the Anti-Malaria Campaign in Spain During the First 30 Years of the 20th Century: Scientific and Social Aspects*. *Parassitologia* 47 (2005): 371-377.

¹²⁵ Borowy I., *World Health in a Book, in Facing Illness in Troubles Times: Health in Europe in the Interwar Years. 1918-1939*. I. Borowy and W.D.Gruner ed., Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005, pp. 85-128.

¹²⁶ Franco Bahamonde, Francisco fu generale e politico spagnolo (El Ferrol 1892-Madrid 1975). Ebbe una carriera militare fulminea e brillante. Fu l'instauratore, in Spagna, di un regime dittatoriale ed autoritario noto come *franchismo*. Divenne nel 1938 capo dello stato e del governo con il titolo di "*Generalissimo*". Rimase al potere dalla vittoria nella guerra civile spagnola del 1939 fino alla sua morte nel 1975.

¹²⁷ Si consulti: Robinson W.D., Janney J.H., Grande Covián F., *An Evaluation of the Nutritional Status of a Population Group in Madrid, Spain, During the Summer of 1941*. *Journal of Nutrition* 24, no.6 (1942): 557-584.

povera, nonostante le differenze locali a volte legate alla ricchezza del suolo e condizionate dalla posizione politica durante la guerra civile spagnola¹²⁸.

J.H. Janney specificò quanto il popolo spagnolo non si fidasse delle autorità sanitarie ed avesse paura di opporsi alla situazione sociale e politica del Paese. Trovate carenze organizzative per quanto riguardava l'assistenza sociale e di soccorso, J.H. Janney si convinse sempre di più della necessità di una corretta distribuzione degli aiuti. Al ritorno dal suo viaggio, evidenziò oltre alla palese regressione politica, evidenti segni di malnutrizione, ed una accentuata sfiducia nell'assistenza sanitaria e sociale.

Stabili alcuni obiettivi da raggiungere con l'aiuto della stessa Rockefeller Foundation¹²⁹:

- a) Studiare la dieta media e lo stato nutrizionale delle diverse classi sociali spagnole.
- b) Avviare i servizi per il trattamento delle più importanti patologie da malnutrizione.
- c) Progettare diete a basso costo.
- d) Regolare la produzione e distribuzione degli alimenti per garantirne a tutti.
- e) Analizzare il metabolismo degli spagnoli.

Il requisito principale richiesto dalla Rockefeller Foundation fu la creazione di un dipartimento di nutrizione.

La Rockefeller Foundation e le autorità spagnole redassero insieme il contenuto dell'intervento, che includeva: un sondaggio alle famiglie, un suo studio approfondito sui metodi ed un laboratorio speciale per la ricerca¹³⁰.

¹²⁸ *Notes on the Food Situation in Spain*, Rockefeller Archive Center (RAC), record group 1.1, series 700, subseries 11, box 11, folder 66.

¹²⁹ Janney J.H., *Proposal for a Nutrition Study in Spain*, November 8, 1940, Rockefeller Archive Center (RAC), record group 1.1, series 700, subseries 11, box 11, folder 66.

Tutto questo venne affermato con una legge varata il 19 aprile del 1941, nella quale furono emanate delle linee guida, una di queste dichiarava la creazione di dipartimenti per studiare le più importanti patologie derivanti dalla malnutrizione. Con questa legge vennero concesse alla Fondazione tutte le condizioni richieste per poter svolgere il proprio lavoro, sia il personale medico che infermieristico oltre che allo spazio fisico necessario nell'istituto d'igiene provinciale¹³¹.

Una volta riuscita la negoziazione degli obiettivi tra la Rockefeller Foundation, le autorità spagnole e l'utenza del luogo, si passò alla valutazione delle risorse disponibili, alla scelta della metodologia ed, infine, alla progettazione operativa con la definizione degli aspetti pratico-operativi: passaggio fondamentale per la buona riuscita dell'intero processo di educazione.

Il distretto selezionato per l'indagine sull'alimentazione fu *Puente de Vallecas di Madrid*. In questo quartiere fu attrezzato uno spazio per la valutazione clinica circa l'alimentazione, finanziato dalla Rockefeller Foundation. Il National Health Department fornì 4 camere al Pharmacology Institute in cui doveva essere collocato il laboratorio di nutrizione con a capo Francisco Grande Coviàn¹³².

Nonostante la cooperazione delle autorità spagnole e il lavoro soddisfacente degli esperti americani in Spagna, la Rockefeller Foundation ebbe dei dubbi sulla buona riuscita del progetto a causa della situazione politica spagnola e la guerra in Europa.

J.H Janney inviò una lettera a Sawyer nel luglio 1941 per informarlo degli avvenimenti:

“In the nutrition study a survey of 100 families in Vallecas is going forward very satisfactorily. [...] There has been much delay in organising the study to the point

¹³⁰ Lettera da Palanca J.A. a Janney J.H., 8 Novembre 1940, Rockefeller Archive Center (RAC), record group 1.1, series 700, subseries 11, box 11, folder 66.

¹³¹ Home Office, *Order of 9th April 1941, Establishing That Such Nutrition Services as May Be Deemed Necessary Shall Be Organised by the Direccion General de Sanidad*. Rockefeller Archive Center (RAC), record group 1.1, series 700, subseries 11, box 11, folder 67.

¹³² Francisco Grande Coviàn era fisiologo presso l'Istituto de Investigaciones Biomédicas (Istituto per la Ricerca Biomedica) guidato da Carlos Jiménez Diaz a Madrid nel 1941.

where it could be turned over to the local people if we should find it necessary to leave. [...] We have had several recent discussions as to the future program of nutrition studies, and when we three [Janney, Robinson, and Grande] are finally agreed as to what should follow the survey, we will consult Jiménez Diaz for his suggestions and opinion¹³³”.

Nonostante l'intensa collaborazione, che portò buoni risultati, la Rockefeller Foundation ordinò a J.H Janney di rientrare in patria e di abbandonare il progetto in Spagna. La scelta fu dettata dall'avanzare della guerra in Europa, ma anche dalla politica dittatoriale della Spagna in quel periodo con Francisco Franco.

La Rockefeller Foundation comunque si impegnò a mantenere i finanziamenti fino al termine dell'anno con un piano di lavoro ben definito:

- a) il completamento dell'indagine nutrizionale già iniziato a Vallecas;
- b) continuazione degli studi clinici e dietetici su altri gruppi di popolazione in Vallecas o a Madrid;
- c) ulteriori analisi clinico-strumentali, sotto la direzione del Dott. Grande;
- d) rivalutazione clinica, durante l'inverno, delle famiglie di Vallecas incluse nella prima parte dello studio¹³⁴

In conclusione l'indagine nutrizionale di Madrid portò a due pubblicazioni, una più generale¹³⁵ e una focalizzata sulle caratteristiche fisiche dei bambini inclusi nello studio¹³⁶.

¹³³ Testualmente tradotto:

“Nello studio di nutrizione un sondaggio di 100 famiglie in Vallecas sta andando avanti in modo molto soddisfacente. [...] C'è stato molto ritardo nell'organizzazione dello studio [...] Abbiamo avuto diverse discussioni recenti a proposito del futuro programma di studi nutrizionali, e noi tre [Janney, Robinson, e il Grande] consulteremo Jiménez Diaz per i suoi suggerimenti e per una sua opinione”. Lettera da Janney a Sawyer, 16 Giugno 1941, Rockefeller Archive Center (RAC), record group 1.1, series 700, subseries 11, box 11, folder 67.

¹³⁴ Riportato nella lettera da J.H Janney a J.A. Palanca, 21 Agosto, 1941.

¹³⁵ Robinson W.D., Janney J.H., Grande Coviàn F., *An Evaluation of the Nutritional Status of a Population Group in Madrid, Spain, During the Summer of 1941*. Journal of Nutrition 24, no.6 (1942): 557-584.

¹³⁶ Robinson W.D., Janney J.H., Grande Coviàn F., *Studies of the Physical Characteristics of Selected Children in Madrid, Spain*. Journal of pediatrics 20, no.6 (1942): 723-739.

2.2 Indagine nutrizionale di Puente de Vallecas nel 1941

La carestia che colpì gran parte della popolazione durante e dopo la guerra civile spagnola, attirò l'interesse della Rockefeller Foundation¹³⁷, e fu proprio per questo motivo che a *Puente de Vallecas*, sobborgo industriale in uno dei quartieri più poveri della periferia di Madrid, fu condotto uno studio sulle carenze nutrizionali e la promozione di un corretto stile alimentare¹³⁸. In Spagna furono tutte queste circostanze.

In un censimento condotto nel dicembre del 1940, la popolazione risultava costituita da 56,878 persone. L'indagine dietetica fu avviata il 25 Maggio del 1941, e gli esami clinici e di laboratorio iniziarono il 3 giugno 1941. Fu uno studio sullo stato nutrizionale di 106 famiglie (ossia 561 persone) con reddito più basso effettuato valutando i consumi alimentari, i singoli esami clinici, e le relazioni di laboratorio.

I consumi alimentari furono annotati dalle famiglie. L'impiego di alimenti da parte di ciascuna famiglia fu per un periodo di 7 giorni consecutivi. Il personale sanitario visitò ogni famiglia ogni singolo giorno, pesando il cibo acquistato per quel giorno e quello avanzato, se presente, del giorno precedente. Allo stesso tempo, il costo di ciascun alimento fu registrato, e si calcolò la somma spesa per il cibo dalla famiglia durante la settimana. Tutti questi dati furono integrati con le registrazioni del personale infermieristico durante la settimana di indagine con i seguenti risultati:

- la misurazione dei consumi domestici di ogni pasto per il singolo adulto della famiglia per 3 giorni non consecutivi;
- il numero di porzioni di ciascun alimento consumato durante la settimana da ogni bambino sotto i 10 anni di età;

¹³⁷ Del Cura I., Huertas R., *Public Health and Nutrition After the Spanish Civil War. An Intervention by the Rockefeller Foundation*. Am J Public Health. 2009 October; 99(10): 1772-1779.

¹³⁸ Villabí J.R., Minon R., et al., *La alimentación de la población en España desde la postguerra a los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición*. Medicina Clínica 90, no.3 (1988): 127-130.

- l'osservazione dello stile alimentare fin dalla nascita di tutti i bambini sotto i 2 anni di età¹³⁹.

Avviata l'indagine dietetica, si passò all'esecuzione degli esami clinici: anamnesi accurata ed esame fisico di ogni membro della famiglia, con particolare attenzione rivolta ai segni e sintomi di carenza nutrizionale e alla rilevazione di condizioni concomitanti che potevano influenzare lo stato nutrizionale. Per completare gli esami clinici, furono esaminate le cornee di ogni individuo, ed eseguite radiografie delle mani e degli arti inferiori dei bambini sotto i 10 anni di età.

Gli esami ematici analizzarono la concentrazione di emoglobina, la conta degli eritrociti, dell'ematocrito, e livelli di proteine del siero, acido ascorbico, vitamina A, carotene nel siero, la fosfatasi alcalina, il fosforo e il calcio sierico¹⁴⁰.

La condizione medica più comune riguardò una storia di perdita di peso, sostenuta dalla constatazione di diminuzione del tessuto sottocutaneo. Più di tre quarti dei partecipanti più anziani di 5 anni si lamentarono di debolezza e di essere facilmente affaticati. Un numero significativo di persone lamentò di essere irritabile. I disturbi psichici più comuni furono apatia nei bambini e la perdita di memoria negli adulti¹⁴¹.

Di interesse fu la comparsa di amenorrea in 11 donne di età compresa tra 18 a 36 anni, senza apparente spiegazione fisiologica o patologica diversa dalla malnutrizione¹⁴². Per quanto riguardò la possibile carenza di vitamina A, 13 persone si lamentarono di cecità notturna e 72 presentarono lesioni cutanee, soprattutto lungo le zone laterali delle braccia e delle cosce, e lievi sull'addome. Un numero sorprendentemente elevato di

¹³⁹ Robinson W.D., Janney J.H., Grande Coviàn F., *An Evaluation of the Nutritional Status of a Population Group in Madrid, Spain, During the Summer of 1941*. Journal of Nutrition 24, no.6 (1942): 558.

¹⁴⁰ Ibid, 559.

¹⁴¹ Ibid, 570-571.

¹⁴² Ibid, 571.

partecipanti lamentò parestesie alle estremità e dolore muscolare causato dal deficit di calcio sierico¹⁴³.

Nella discussione dei dati relativi all'indagine nutrizionale a *Puente de Vallecas*, si valutò che tali risultati non potevano essere considerati come caratteristica di tutto il paese.

Fu eseguita un'accurata valutazione degli esiti dell'attività educativa. Si ricercarono i cambiamenti intervenuti nei partecipanti a quella specifica attività di educazione alimentare, gli ambiti di miglioramento delle abilità pratiche e comportamentali, le reazioni dei partecipanti all'indagine: ossia l'insieme dei vissuti, delle percezioni e dei giudizi suscitati negli utenti dall'esperienza educativa in riferimento anche ai diversi aspetti dell'esperienza stessa. Si valutò anche l'applicazione nella quotidianità delle conoscenze apprese oltre che l'analisi della misurazione di indicatori di risultato (dati relativi ad indicatori clinici, ossia elementi connessi all'evoluzione della malnutrizione ed alle sue manifestazioni).

L'analisi di J.H Janney durante l'autunno del 1940, indicò che l'approvvigionamento di cibo e lo stato dell'alimentazione, presentava sfaccettature diverse da una regione all'altra del Paese.

¹⁴³ Ibid, 561.

2.3 Le attività della Rockefeller Foundation in Francia

Alla fine della Seconda Guerra Mondiale (1939-1945), quando il *Centre national de la recherche scientifique* (CNRS) si stava adoperando per riaffermarsi e per soddisfare le esigenze più imminenti della comunità scientifica francese, la Rockefeller Foundation pensò di intervenire in quello che sarebbe stato uno dei più importanti programmi educativi di aiuto alla Francia stessa: la campagna anti-tubercolosi.

La Commissione per la Prevenzione della Tubercolosi francese fu organizzata dal Consiglio Internazionale della Sanità, e fu inviata nel paese per lavorare, con gli enti locali, nella lotta e contro lo sviluppo della tubercolosi causata dalla Prima Guerra Mondiale e dal fallimento della rete sanitaria francese nel trattare adeguatamente la crisi. Furono stanziati più di due milioni di dollari.

Nel dopo guerra si stimò che 150.000 soldati francesi furono congedati perché affetti da tubercolosi¹⁴⁴.

Lo sviluppo della malattia venne favorito dalle scarse condizioni igieniche della vita di trincea e, i funzionari della sanità cominciarono a temere la catastrofe imminente della salute pubblica causata dalle migliaia di soldati infetti di ritorno alle loro case¹⁴⁵.

L'interesse della Rockefeller Foundation per i soldati affetti da tubercolosi iniziò in seguito alla richiesta di aiuto da parte di organizzazioni e su richieste individuali di medici impegnati sul campo. In una relazione a Jerome Greene, segretario della Rockefeller Foundation, si sottolinea come l'imminente crisi causata dalla diffusione della patologia infettiva in Francia veniva alimentata sia dalle condizioni di guerra in trincea sia dai disagi della popolazione civile che ne favorivano la crescita e la diffusione¹⁴⁶. Nel rapporto si evidenziò la necessità di una campagna di medicina preventiva per debellare la malattia, oltre alla cura per le persone già malate. Per

¹⁴⁴ Farley J., *To Cast Out Disease A History of the International Health division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York, Oxford University Press, 2004, pp.46-47.

¹⁴⁵ Biggs H., Dochez A.R., Tuberculosis in France, March 31, 1917. Rockefeller Archive Center (RAC), RG1.1.S.500 B.28.

Il lavoro di Biggs H., sulla Tubercolosi in Francia si ritrova anche in Winslow A., *The Life of Hermann M. Biggs*, Philadelphia: Lea & Febinger, 1919.

¹⁴⁶ Greene J., to Rockefeller Jr., October 30, 1914. Rockefeller Archive Center (RAC), RG. 1.1. S. 100N B.57. f.567.

rispondere a tale prerogativa venne avviato un programma che coinvolse anche i bambini ai quali vennero impartite lezioni di igiene attraverso spettacoli animati, filmati e regole igieniche da seguire.

Come risultato del contributo della Rockefeller Foundation, il numero di dispensari in Francia crebbe da 22 a 600 così come il numero di posti letto ospedalieri da 8.000 a 30.000¹⁴⁷.

La Rockefeller Foundation elargì importanti contributi ad istituti medici e scientifici francesi per la cura della tubercolosi, contribuendo a sviluppare la consapevolezza generale della salute pubblica e l'importanza dell'igiene in Francia.

Questi includevano i fondi per la costruzione di scuole di medicina a Strasburgo e Lione, presso l'*Institut Pasteur* di Parigi, e per le *Stazioni di Biologia Marina di Arcachon, Roscoff, Banyuls e Villefranche-sur-Mer*. La Rockefeller Foundation scelse Parigi come luogo per la sua sede europea, e prima di trasferirsi permanentemente a 20 Rue de la Baume, utilizzò gli ex uffici amministrativi della Commissione anti-tubercolosi.

Vi fu una riorganizzazione che coinvolse molti dei componenti della Rockefeller: alla Fondazione fu affidata la responsabilità specifica per il sostegno alle attività di ricerca di base. Cinque divisioni furono create all'interno della Fondazione - Scienze Naturali, Medicina, Scienze Sociali, Umanistiche e Salute Internazionale - ognuna delle quali aveva un proprio direttore e il personale che riferiva al presidente della Fondazione e a un Consiglio di fondazione. La filosofia guida per tutte le divisioni era di dare fondi per i ricercatori che avevano già stabilito la loro fama e che si trovavano in ambienti di ricerca, incoraggiandone e sostenendone gli sforzi.

Questa fu l'azione principale della Rockefeller Foundation nella Francia del post guerra: affrontare la sfida di rispondere alla crisi nel settore della ricerca scientifica creata dalla seconda guerra mondiale¹⁴⁸.

¹⁴⁷ Williams L., Report of Commission for the Prevention of Tuberculosis in France, 1919. Rockefeller Archive Center (RAC), RG.1.1 S.500 B.29 f.270.

¹⁴⁸ Crowell E., *Tuberculosis Dispensary, Method and Procedure*, New York, 1916.

Capitolo 3.

La Rockefeller Foundation e il suo intervento in Italia

3.1 Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia

I contatti tra la Rockefeller Foundation e l'Italia, finalizzati specificamente alla lotta antimalarica, ebbero un decisivo impulso nel marzo 1922, quando il direttore dell'International Health Board (IHB), Wickliffe Rose¹⁴⁹, ebbe modo di rendersi conto in loco dell'estensione e dell'importanza del problema malarico nel nostro Paese¹⁵⁰.

A conclusione della sua visita, Wickliffe Rose, che nel corso dei colloqui avuti con numerose personalità aveva già espresso la propria ammirazione per l'operato degli italiani, in particolare per le bonifiche realizzate e per gli interventi sanitari previsti dalle leggi sulla distribuzione del chinino di Stato promulgate all'inizio del secolo, si pronunciò a favore di una cooperazione tra la Fondazione Rockefeller e le autorità italiane per concretare piani di intervento in campagne sperimentali¹⁵¹.

La disponibilità espressa da Rose fu interpretata come una logica di estensione a livello italiano della campagna di lotta antimalarica avviata nel 1915 dalla Fondazione Rockefeller in numerosi distretti rurali degli Stati Uniti, che costituivano all'epoca le zone più colpite del Paese.

L'avvio dei contatti con l'Italia, e la valutazione positiva delle possibili prospettive di sviluppo da parte della Fondazione Rockefeller, fecero sì che il Paese venisse ritenuto in grado di soddisfare i requisiti richiesti per impostare una collaborazione proficua.

¹⁴⁹ Wickliffe Rose, professore di Storia e filosofo dell'educazione, direttore dell'IHB dal 1915, venne chiamato a dirigere anche il General Education Board e l'International Education Board, promuovendo l'insegnamento scientifico e la ricerca.

¹⁵⁰ Archivio storico diplomatico del Ministero degli Affari esteri, Archivio del commercio, 1927, fasc. Italia 12/12, sfac. Fondazione Rockefeller. Studi sulla lotta contro la malaria 1926, nota del Ministero dell'Interno, a firma di Aldo Finzi, all'epoca sottosegretario, 7 Gennaio 1924.

¹⁵¹ Archivio storico diplomatico del Ministero degli Affari esteri, Archivio del commercio, 1927, fasc. Italia 12/12, sfac. Fondazione Rockefeller. Studi sulla lotta contro la malaria 1926, nota del Ministero dell'Interno

L'incarico di compiere lo studio di orientamento occorrente e di stabilire gli ulteriori accordi venne conferito a Lewis Wendell Hackett, allora direttore dell'Ufficio internazionale di sanità nel Brasile¹⁵². La solida preparazione che Hackett si era costruito negli anni intercorsi tra l'arruolamento nella Fondazione, avvenuto nel 1914, e il suo arrivo in Italia nel Gennaio del 1924, lottando in America Centrale contro l'anchilostomiasi e poi lavorando in Brasile per lo sviluppo di programmi a sostegno della sanità pubblica, era affiancata dalla sua non meno valida formazione scientifica, essendosi egli laureato in medicina e specializzato in sanità pubblica alla Harvard University¹⁵³.

La decisione di inviare Hackett in Italia, ancor prima di essere formalizzata, venne nella sostanza confermata in una lettera personale al diretto interessato dell'allora direttore dell'International Health Board, Wickliffe Rose, il quale già nel Luglio del 1922 lo informava:

*We are not in position to make any commitment at this time. It looks, however, as if we should like if agreeable to you to detail you for service in Italy with Headquarters in Rome. If this should be done our first interest would be in malaria which is an enormous national problem in that country*¹⁵⁴.

Rispondendo a W. Rose, Hackett espresse il suo personale entusiasmo e quello della sua famiglia per tale prospettiva, sottolineando come, non appena aveva ricevuto la lettera, si fosse immerso da un lato nella lettura di Garibaldi and the Thousand di G.M. Trevelyan, pubblicato per la prima volta nel 1909, e di The Life and Times of Cavour di W.R. Thayer (1911), l'unica opera sul Risorgimento pubblicata negli Stati Uniti prima del conflitto mondiale; e come dall'altro si fosse immediatamente impegnato nello studio

¹⁵² Archivio storico diplomatico del Ministero degli Affari esteri, Archivio del commercio, 1927, fasc. Italia 12/12, sfac. Fondazione Rockefeller. Studi sulla lotta contro la malaria 1926, nota del Ministero dell'Interno.

¹⁵³ RAC, Lewis W. Hackett Papers, Miscellaneous, b. 23, fasc. 206, autobiografia cronologica spedita a Charlie Mason della Harvard Medical School il 13 Settembre 1954.

¹⁵⁴ Ivi, Correspondence, General, b. 1, fsc. 2, lettera di Rose a Hackett, 6 Luglio 1922.

della lingua italiana e nell'approfondimento della letteratura scientifica sulla malaria¹⁵⁵. Egli, tuttavia, chiese e ottenne di poter rimanere in Brasile, allora sconvolto dai moti rivoluzionari, per lo meno fino ai primi mesi del 1923, sia per seguire l'andamento della stagione malarica sia per completare il lavoro svolto contro l'anchilostomiasi e per l'istituzione di un servizio sanitario.

Alla fine del Febbraio 1923, W. Rose comunicò formalmente al direttore generale della Sanità Pubblica italiana, Alberto Lutrario, le sue dimissioni da direttore dell'International Health Board e l'avvenuta elezione quale suo successore, a partire dal 1° Marzo 1923, di Frederick F. Russel, ex generale di brigata del corpo sanitario dell'Esercito degli Stati Uniti, precisando che questi avrebbe portato avanti la politica di cooperazione già concordata con l'Italia¹⁵⁶.

W. Rose comunicò anche a A. Lutrario di aver assunto contestualmente la presidenza del General Education Board e dell'appena costituito International Education Board, e lo rassicurò che avrebbe continuato ad interessarsi dello sviluppo dell'attività di sanità pubblica in Italia come membro dei comitati esecutivi sia dell'International Health Board sia della Fondazione stessa¹⁵⁷.

La notizia dell'imminente avvio della collaborazione con la Fondazione circolò rapidamente negli ambienti italiani interessati tanto che, ancor prima del suo arrivo in Italia, Hackett iniziò a ricevere richieste di collaborazione per la lotta antimalarica: tra queste quella del presidente dell'Associazione Nazionale per gli interessi del Mezzogiorno, istituzione allora impegnata nel miglioramento delle condizioni socio-sanitarie delle regioni meridionali e insulari, in quel caso della Sardegna¹⁵⁸.

Ma anche negli Stati Uniti l'accordo tra la Fondazione ed il nostro Paese non passò inosservato; il 30 Agosto 1923 fu pubblicato su un quotidiano dell'Alabama un trafiletto

¹⁵⁵ Ivi, lettera di Hackett a Rose, 26 Luglio 1922.

¹⁵⁶ Russel, *Man's Matery of Malaria*, cit., p. 209. W. Rose, convinto dal 1918 della necessità di istituire laboratori di sanità pubblica con associate unità sanitarie, chiamò a far parte dell'International Health Board Frederick Fuller Russel. Dopo aver diretto la Division of Laboratories and Infectious Diseases del Surgeon General's Office dell'Esercito statunitense, Russel divenne dunque direttore dell'International Health Board nel 1923 e mantenne l'incaico fino al 1934, anno del suo ritorno.

¹⁵⁷ RAC, RF, IHB, Correspondence, General, b. 175, fsc. 2270, lettera di Rose a Lutrario, 28 Febbraio 1923.

¹⁵⁸ Ivi, lettera di Russel a Ferdinando Nunziante, marchese di San Ferdinando e presidente dell'Associazione nazionale per gli interessi del Mezzogiorno, 24 Maggio 1923.

relativo alla visita di una delegazione di esperti, di cui Hackett faceva parte, all'unità sanitaria della contea di Covington, in cui egli veniva indicato come colui che stava per assumere l'incarico di condurre la lotta alla malaria per conto del governo italiano.

Il rappresentante della Rockefeller Foundation sbarcò a Napoli il 18 Gennaio 1924, e già all'inizio di Febbraio si dichiarava soddisfatto dei suoi progressi nella conoscenza della lingua italiana e dei rapporti con le autorità governative.

Insediatosi presso i Laboratori della Sanità, una delle prime esigenze di Hackett fu quella di disporre di un'adeguata raccolta di libri, riviste e attrezzature scientifiche sia per lui sia per i suoi colleghi italiani di laboratorio. Ma avendo preso atto che, a seguito della svalutazione della lira e del conseguente aumento dei costi degli abbonamenti, erano intervenute drastiche misure di contenimento della spesa che avevano comportato una ridotta disponibilità di tali indispensabili strumenti di lavoro e aggiornamento, chiese a Russel di poterli ricevere direttamente dall'International Health Board.

Nel corso del 1924, primo anno del suo lungo soggiorno nel nostro paese, Hackett ebbe modo di visitare la maggior parte delle regioni italiane in cui la malattia era diffusa e poté rilevare quanto la situazione fosse critica: 52 province su 69 risultavano colpite endemicamente dalla malattia, anche se questa costituiva un problema serio solo per 38 di esse; un terzo del territorio nazionale era da considerarsi malarico e il 41% della popolazione (circa 15 milioni di persone) viveva esposto, in misura maggiore o minore, al contagio. La Prima Guerra Mondiale aveva inoltre causato una recrudescenza della malattia, rendendo ancora più urgente l'impegno per combatterla.

Alla luce dei continui viaggi compiuti e dei numerosi contatti avviati, sia a livello scientifico sia socio-sanitario, a Hackett bastarono pochi mesi per delineare un quadro completo e sufficientemente approfondito della situazione italiana.

Passando in rassegna gli scienziati impegnati nella lotta alla malaria, egli non ebbe difficoltà a individuare in Grassi e Missiroli le figure di maggior spicco, rimpiangendo che il primo dovesse oltretutto dividersi tra gli impegni accademici quale professore di Anatomia comparata dell'Università di Roma, e il lavoro sul campo presso la stazione antimalarica di Fiumicino, portato avanti faticosamente con scarso personale e

finanziamenti inadeguati¹⁵⁹, e di questa sua convinzione non tarderà ad informare Russel.

Riconobbe comunque anche i meriti di Goiso, allora direttore del Laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità Pubblica, per aver organizzato, presso la Scuola malariologia di Nettuno, una serie di brevi corsi estivi, rivolti a medici rurali, infermiere e insegnanti di scuola delle aree malariche.

La Scuola, pur svolgendo un lavoro di ricerca sulle abitudini delle zanzare e sui metodi di controllo delle larve, non era a suo dire impegnata né nella cosiddetta “piccola bonifica”, né nelle osservazioni sul campo; anche se l’attività scientifica dimostrativa e quella mirata a migliorare il trattamento dei malati rimanevano comunque, a suo avviso, encomiabili.

Dopo sei mesi di soggiorno in Italia, L. W. Hackett arrivò a formulare un’ipotesi di lavoro circa le possibili modalità di cooperazione tra la Rockefeller Foundation e il governo italiano. In primo luogo egli sottolineò come *Rajchman and many intelligent Italians* preferissero la nascita, con l’aiuto e il consenso del governo italiano, di un centro internazionale per lo studio della malaria, in cooperazione con la Lega delle Nazioni, piuttosto che il mero supporto della Fondazione nei riguardi della Direzione generale della Sanità Pubblica per l’organizzazione di un servizio malariologico nazionale.

L’Italia, secondo Hackett, aveva bisogno di una struttura fornita di un bilancio adeguato, guidata da un direttore competente, dotata di personale scientifico e tecnico ben addestrato e a tempo pieno¹⁶⁰; il reclutamento di personale esperto rappresentava, a suo parere, il problema più difficile da risolvere, a causa della perdurante faziosità e litigiosità della vecchia scuola di malariologia e del conseguente clima di sfiducia che spingeva i giovani parassitologi a non impegnarsi nel campo della lotta alla malaria. Hackett avvertiva cioè che le gelosie e l’exasperato individualismo dei malariologi italiani rappresentavano un serio limite alla definizione di un nuovo e più efficace

¹⁵⁹ RAC, Lewis W. Hackett Papers, Correspondence, General, b. 1, fasc. 3, lettera di Hackett a Mark F. Boyd, 22 Marzo 1924.

¹⁶⁰ RAC, RF, IHB, Correspondence, Project, b. 206, fasc. 2632, lettera di Hackett a Russel, 2 Agosto 1924.

approccio alla malaria, mentre le magre prospettive economiche e gli intrighi dell'ambiente scoraggiavano i giovani ricercatori¹⁶¹.

La soluzione che Hackett propose all'attenzione di Russel consisteva nella creazione, da parte del governo italiano, di un istituto cui venisse attribuita la più ampia autonomia possibile; questo poi, dopo aver svolto per uno o due anni soprattutto il ruolo di scuola per l'addestramento del personale, avrebbe dovuto man mano incrementare le sue attività di ricerca di base per il controllo della malaria, affidandole a personale tecnico-scientifico ben pagato e a tempo pieno.

Per garantire il carattere internazionale dell'istituzione suggerì inoltre di riservare un posto di dirigente a malariologi stranieri che potessero essere invitati a occupare a turno tale posizione per un periodo di uno o due anni, con un trattamento economico adeguato. Professori e studenti avrebbero dovuto inoltre poter usufruire di contributi per la ricerca e di borse di studio assegnati sia dal governo italiano che dall'International Health Board. Tuttavia, la nuova istituzione avrebbe dovuto avere fin dall'inizio, e conservare nel tempo, il carattere di *Italian Enterprise*, cui l'International Health Board avrebbe dovuto assicurare un sostegno economico solo per qualche anno, pur potendo continuare, in seguito, a concedere borse di studio.

Obiettivo finale dell'istituzione doveva essere lo stimolo e il coordinamento di tutte le attività antimalariche del Paese; ovunque si conducesse una lotta contro la malattia, questa doveva essere sempre guidata da personale proveniente dall'istituzione centrale, poiché gli ufficiali sanitari locali non disponevano di preparazione, tempo e retribuzione tali da poter affidare loro responsabilità direttive; in un secondo momento, non si escludeva, tuttavia, un addestramento alla supervisione delle attività di controllo della malaria.

Hackett prospettò tuttavia un inizio di attività su scala modesta, essenzialmente per due ragioni: la mancanza di personale adeguato e la necessità di non sollevare da principio troppe opposizioni. Il progetto di una struttura appositamente dedicata alla lotta

¹⁶¹ Per una storia dei conflitti all'interno del mondo dei malariologi italiani si consulti: Corbellini G., *I malariologi italiani: storia scientifica e istituzionale di una comunità conflittuale, in una difficile modernità, Tradizioni di ricerca e comunità scientifiche in Italia 1890-1940*, A. Casella et al., La Goliardica Pavese, Pavia 2000, pp. 299-327.

antimalarica, che avrebbe richiesto tra l'altro considerevoli investimenti finanziari, meritava infatti, a suo giudizio, una valutazione più approfondita che si sarebbe potuta comunque realizzare in tempi successivi. Il luogo ideale per la sua realizzazione, secondo Hackett, era comunque Roma, in quanto polo scientifico facilmente raggiungibile, libero dalla malaria ma vicinissimo a località in cui, per condizioni ambientali e sociali, la malattia era diffusa e poteva essere studiata.

L. W. Hackett non si pronunciò in dettaglio sull'apparato direttivo, prevedendo solo la presenza di un comitato rappresentativo della Direzione Generale, del Ministero dell'Interno e dell'International Health Board. L'istituzione avrebbe comunque necessitato, a suo avviso, di un direttore esecutivo, cui affiancare all'inizio pochissimi giovani laureati desiderosi di dedicarsi alla malariologia, e pochi assistenti tecnici.

Organizzazione efficiente, personale esperto e indagini approfondite sulla situazione di ogni regione sarebbero dovuti essere i tre prerequisiti della cooperazione con la Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Erano trascorsi ormai parecchi mesi dal suo arrivo in Italia e L. W. Hackett, avendo raccolto un considerevole numero di informazioni sulla malaria, sentiva sempre più la necessità di uno studio sistematico della malattia, lungo tutto l'arco dell'anno, a cominciare dalle regioni maggiormente significative, e all'inizio dell'autunno fu in grado di elaborare un sintetico ma dettagliato resoconto della situazione italiana, corredato di mappe sulla distribuzione geografica delle zone malariche e di tabelle sulla mortalità generale e per regioni negli anni compresi tra il 1887 ed il 1923.

In questo rapporto riassunse efficacemente le informazioni raccolte sulle cause e sulla diffusione della malattia, individuando nell'opera dell'uomo, nelle condizioni socio-economiche e nelle caratteristiche geologiche del territorio i tre ordini di fattori favorevoli.

E' evidente come egli avesse già chiara la situazione italiana e come le modalità di cooperazione dell'International Health Board si venissero via via precisando. Tre furono i punti programmatici da lui indicati al Board of Trustees per l'attività da svolgere nel 1925:

- a) dimostrare in due differenti località: Sardegna e Sud Italia il valore pratico degli studi sul campo e la fattibilità di progetti per il controllo della malaria sostenibili con le risorse utilizzabili a livello locale, guidati dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica con l'aiuto di un proprio funzionario;
- b) istituire, in cooperazione con il Comune di Roma, un centro per lo studio e per il controllo sperimentale della malaria nella campagna romana, in modo da costituire il nucleo iniziale di una futura scuola di malariologia, pensato come punto di riferimento anche per i malariologi stranieri;
- c) formare e addestrare personale per il controllo della malattia attraverso l'assegnazione di borse di studio a giovani laureati italiani e stranieri.

L. W. Hackett formulò proposte ben definite anche per l'attività successiva:

- a)
 - a) cooperare con il governo italiano per istituire un ufficio centrale per la malaria;
 - b) collaborare direttamente con i comuni rurali durante i primi due anni di controllo della malattia, i più impegnativi sotto il profilo economico;
 - c) prendere in considerazione la possibilità di attivare nella Campagna Romana una scuola di malariologia di riferimento internazionale;
 - d) favorire la realizzazione di una biblioteca specializzata sulla malaria;
 - e) promuovere lo sviluppo di migliori servizi sanitari rurali, con personale ben addestrato e meglio retribuito;
 - f) considerare la possibilità di realizzare una scuola per funzionari della sanità o una scuola di sanità pubblica.

3.2 Nascita di una struttura di coordinamento per la lotta alla malaria

Il 1924 si chiuse con buone prospettive per l'anno successivo. Il lavoro compiuto portò L.W. Hackett ad individuare in Bianconovo (Calabria) e Porto Torres (Sardegna) le due località modello nelle quali sperimentare i metodi di lotta antivirale, secondo quanto previsto dal progetto appena approvato dall'International Health Board.

Il progetto stava prendendo forma concreta ed il Commissario di Roma vi fornì un apporto notevole, mettendo a disposizione una sede in cui ospitare tutte le attrezzature necessarie. Di conseguenza aumentò l'interesse per il nuovo centro per la lotta alla malaria, tanto che il Professor Achille Sclavo, titolare della cattedra di Igiene all'Università di Siena, chiese ad L. W. Hackett di tenere lezioni teoriche e pratiche sul controllo della malattia presso il suo dipartimento.

I colloqui con Messea, direttore generale della Sanità Pubblica, e con il dottor Villetti quale rappresentante del Regio Commissario di Roma, avevano confermato come le parti in campo fossero favorevoli all'attivazione a Roma di un centro antimalarico ove collocare l'attività di collaborazione tra la Rockefeller Foundation e l'Italia. Forte di queste considerazioni e delle nuove prospettive, L. W. Hackett elaborò per la prima volta una proposta formale per la costituzione di un centro di studio che mirasse a raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) completare l'indagine sulla malaria nella Campagna Romana;
- b) applicare le misure antivirali in zone campione, da estendere in seguito ad altre aree, coinvolgendo sempre di più le istituzioni governative e amministrative;
- c) avviare un centro di eccellenza, con funzioni tecnico-scientifiche e gestionali, per l'addestramento di una nuova leva di malariologi, italiani e stranieri, e per la raccolta di dati epidemiologici.

Era chiara la sua intenzione di imprimere alla lotta antimalarica un'accelerazione che convincesse le autorità governative della necessità di istituire un'apposita struttura nell'ambito del Ministero dell'Interno.

Una volta giunte le risposte positive, sia del direttore generale della Sanità Pubblica sia del governatore di Roma, il centro di studio, o meglio la Stazione, sotto la direzione di Missiroli, poté continuare il lavoro già intrapreso nei primi mesi dell'anno, con maggiore sicurezza per il futuro e con la prospettiva di trasferirsi a breve nella nuova sede.

L'ottimo rapporto tra Missiroli ed Hackett, e la conseguente condivisione di responsabilità nella direzione della Stazione, costituì un punto di forza della collaborazione tra la Rockefeller Foundation e la Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Nel 1925, dalla raccolta dei dati si passò alla fase operativa di lotta sul campo. Fino ad allora, le misure antimalariche, specialmente nel sud Italia, erano state in sostanza limitate alla sola distribuzione gratuita del chinino¹⁶², che non combatteva le cause della malattia e necessitava per di più di grandi quantità di medicinale e di personale specializzato per la sua somministrazione.

Queste motivazioni non erano tuttavia le uniche, dal momento che ve ne era un'altra fondamentale, quella del costo del metodo.

Wickliffe Rose, direttore dell'International Health Board, si era proposto di trovare un metodo di lotta contro la malaria "*at costs which the average community could afford*" e la lotta antivirale soddisfaceva questo requisito.

Hackett e Missiroli furono concordi nella scelta di adottare questo approccio e di verificarne la sua applicabilità alla situazione italiana. Comunque, la strada della lotta antianofelica non era stata del tutto ignorata in Italia; erano stati infatti portati avanti tentativi ed esperimenti da Grassi a Fiumicino, da Gosio a Nettuno e da Claudio Fermi in Sardegna.

Abbandonata dunque la lotta condotta con la sola chinizzazione, cui si riconosceva comunque il merito di aver ridotto la mortalità per malaria in modo esponenziale dagli inizi del XX secolo, si decise di sferrare un attacco al vettore del plasmodio, ricorrendo a

¹⁶² The Rockefeller Foundation, Annual Report for 1924, New York s.d. (1924), p. 165.

Nel 1924 Hackett si era dedicato soltanto ai sopralluoghi in giro per l'Italia; l'organigramma della Fondazione lo vedeva incaricato, infatti, di compiere unicamente un approfondito "*Malaria Survey*", ivi, p.77.

più di un metodo. Non vi era ormai dubbio, infatti, che l'incidenza della malaria si riducesse solo con la chininizzazione o la lotta agli anofeli adulti¹⁶³.

Sicuramente l'alto costo delle misure applicate, che prevedevano soprattutto l'irrorazione delle aree favorevoli allo sviluppo degli anofeli con il petrolio, ed ancora la salificazione, la lemnizzazione e la pulizia periodica dei corsi d'acqua, ne aveva bloccato sul nascere la diffusione su larga scala¹⁶⁴.

L'introduzione del *Verde di Parigi* costituì l'innovazione che aprì nuovi orizzonti, tanto da far talvolta ritenere che l'intervento della Rockefeller Foundation in Italia sia stato essenzialmente tecnologico.

Tra il 1923 e il 1924 il Verde di Parigi venne utilizzato in Palestina, in Brasile e nelle isole Filippine¹⁶⁵. Non venne usato, invece, in Europa e per diverso tempo la letteratura scientifica sembrò ignorare le qualità e l'uso.

Contrariamente a quanto si supponeva, l'innovazione del Verde di Parigi non era né difficile né pericolosa, ma richiedeva tuttavia una certa cautela e condizioni atmosferiche favorevoli.

Il suo costo abbastanza contenuto rientrava nella potenzialità finanziaria della media dei comuni europei, lo rendeva vantaggioso rispetto ad altri larvicidi e lo collocava nella stessa categoria dei veleni adoperati comunemente in grandi quantità dagli agricoltori per difendere i raccolti da insetti nocivi.

Il composto agiva rimanendo sulla superficie degli specchi d'acqua trattati e avvelenando quindi le larve che se ne cibavano, con conseguente diminuzione degli anofeli. Tuttavia, l'uso del Verde di Parigi non era completamente esente da problemi; il limite principale era rappresentato dalla difficoltà di trovare un prodotto di buona qualità.

¹⁶³ Stapleton, D.H., *A Success for Science or Technology? The Rockefeller Foundation's Role in Malaria Eradication in Italy, 1924-1935*, in *Medicina nei Secoli. Arte e Scienza*, VI, 1994, 6, p. 215.

¹⁶⁴ Missiroli A., *La prevenzione della malaria nel campo pratico. Prima relazione*, in *Rivista di Malariologia*, VI, 1928, 3, p. 501. La sostanza utilizzata era il prezioso petrolio.

¹⁶⁵ Farley J., *The International Health Organizations and Movements, 1918-1939*, a cura di P. Weindling, Cambridge University Press, Cambridge 1955, p. 208. La campagna antimalarica nelle Filippine fu condotta nel 1924.

Tra i metodi di lotta L. W. Hackett promosse anche l'impiego della *Gambusia Affinis*, un pesciolino d'acqua dolce noto per la sua voracità di larve di anofeli.

Nei primi mesi del 1925, mentre venivano avviate le attività a Porto Torres e a Bianconovo, L.W. Hackett ricevette la definitiva approvazione e l'apprezzamento delle iniziative in corso da parte del ministro degli Interni Luigi Federzoni, che valutò positivamente la decisione assunta dall'International Health Board di aprire, in aggiunta a quelle già attive, una terza stazione antimalarica operante nell'intera provincia di Roma¹⁶⁶.

¹⁶⁶ RAC, RF, IHB, Correspondence, Project, b. 237, fasc. 3041, lettera di Hackett a Russel, 7 Aprile 1925: "In Porto Torres (...) Mosquitoes have constantly diminished from day to day and eventually reached zero at the end of March (...) In Bianconovo i twill be not at all difficult howevwer to keep the mosquitoes down with Paris green".

3.3 Inaugurazione della stazione sperimentale per la lotta antimalarica

Il governatore di Roma, Filippo Cremonesi, con la deliberazione n°2261 del 9 Aprile 1926, provvide a stipulare la convenzione con la Fondazione Rockefeller. Tale atto giunse dopo che il riconoscimento dei meriti della Fondazione in campo sanitario era avvenuto già nel Maggio del 1925 con un'altra deliberazione che aveva riconosciuto l'utilità e la necessità di una Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica nell'Agro Romano e di un ufficio centrale di studio nella capitale.

La convenzione, che era valida per un quinquennio a partire dal Febbraio dell'anno in corso e contemplava la possibilità di rinnovo, definì, in base agli accordi presi dall'Ufficio d'igiene del governatorato e dall'International Health Board, le aree di competenza della Stazione Sperimentale in cui sarebbe stato possibile eseguire interamente a sua cura e spese esperimenti pratici di profilassi antimalarica.

In virtù degli accordi con il governatorato, la Stazione Sperimentale aprì, nella primavera del 1926, due zone di esperimento di lotta antilarvale con Verde di Parigi, intorno alla Borgata di Fiumicino e nelle zone della Valchetta e Tre Fontane sulla via Ostiense¹⁶⁷.

Per la prima volta, nell'Agro Romano, la lotta contro le zanzare si svolse con nuovi metodi. Dopo il primo anno di attività Missiroli potrà scrivere:

*“Si può quindi concludere che la prevenzione della malaria costa meno della cura, e che una volta ottenuta la riduzione di questa malattia si può, con una spesa non superiore a quella attualmente impiegata per la cura, ottenere la prevenzione di questa malattia, con tutti i vantaggi economici, sanitari e sociali che vi sono inerenti.”*¹⁶⁸

¹⁶⁷ Pecori G., Escalar G., *Relazione sulla campagna antimalarica nel 1926*, Courier, Roma 1927, p.10. Sulla politica del governatorato di Roma nella lotta antimalarica vedi Carcaterra, Roma e la malaria nelle carte dell'Archivio storico capitolino, in *Medicina nei Secoli. Arte e Scienza*, X, 1998, 3, pp.557-77.

¹⁶⁸ Missiroli A., *La prevenzione della malaria nel campo pratico. Prima relazione (1925-2926)*, in *Rivista di Malariologia* V, 1928, 3, p.563.

Oltre alla lotta antivirale con il Verde di Parigi, nella campagna della Stazione Sperimentale vennero adottate anche “Four additional antimosquito measures not previously applied in Italy, or anywhere in Europe”. In particolare, nei corsi d'acqua, vennero introdotte su larga scala le gambusie; vennero costruiti nuovi canali di drenaggio; vennero mantenuti costantemente puliti quelli già esistenti; e, infine, furono monitorate le abitazioni.

Nonostante alcuni dissensi di parte accademica, l'operato della Stazione Sperimentale incontrò il consenso delle popolazioni e l'approvazione dei Prefetti¹⁶⁹, sebbene nel corso degli anni non mancarono attacchi né ad Hackett né a Missiroli, portati avanti soprattutto a livello personale attraverso memorandum e insinuazioni¹⁷⁰.

L'inaugurazione ufficiale della Stazione ebbe luogo relativamente tardi rispetto all'inizio delle sue attività, giacché avvenne il 31 Ottobre del 1927¹⁷¹; vi parteciparono il governatore di Roma (Ludovico Spada Veralli Potenziani), i rappresentanti della Rockefeller Foundation e il direttore generale della Sanità Pubblica Alessandro Messea.

In questa circostanza, Hackett ringraziò tutti coloro che avevano concorso al successo dell'operazione, esprimendo la propria gratitudine al governatore di Roma, al direttore generale della Sanità Pubblica e a tutto il personale tecnico.

Il lavoro della Stazione riscosse vivo interesse nei malariologi stranieri, molti dei quali si recarono in visita per studiare l'organizzazione delle campagne antimalariche e per osservare l'andamento degli esperimenti.

¹⁶⁹ ACS, ISS, Servizi amministrativi e del personale, b. 1, fasc. 1, nota della Direzione Generale della Sanità Pubblica al Ministero degli Esteri, 21 Aprile 1928.

¹⁷⁰ Cos' Hackett scriveva Russel il 25 Agosto 1927, lettera inserita nel suo Diary del Maggio-Novembre 1927, in Rac, RF, Projects, 751 Italy, b. 7, fasc. 80.

¹⁷¹ La Stazione Sperimentale per la lotta antimalarica inaugurata dal Governatore, in “Il Messaggero”, 1 Novembre 1927. La Stazione venne inaugurata nel corso delle celebrazioni per l'anniversario della marcia su Roma. I giornali diedero risalto all'avvenimento, tanto che sulla “Tribuna” del 2 Novembre 1927 apparve un lungo articolo con illustrazioni, dal titolo “il governatore inaugura la stazione sperimentale per la lotta antimalarica”, in cui si ripercorreva la storia dei primi due anni di attività.

La collaborazione triennale tra la Direzione generale della Sanità Pubblica e la Rockefeller Foundation aveva portato, in un limitato arco di tempo, ad un incremento esponenziale del sostegno finanziario all'Italia in campo scientifico-sanitario¹⁷².

Questa linea di tendenza rispecchiava a livello nazionale quanto accadeva nel resto d'Europa. Nel periodo fra le due Guerre Mondiali, infatti, la Rockefeller Foundation fu la principale fonte di fondi per lo sviluppo di attività connesse alla sanità pubblica e fu uno sponsor importante per fondamentali ricerche in campo biologico e medico.¹⁷³

¹⁷² ACS, ISS, Servizi amministrativi e del personale, b. 1, fasc. 1, nota della Direzione generale della Sanità Pubblica al Ministero degli Esteri, 21 Aprile 1928. L'importo erogato nel 1925 assommava a 250.000 lire, l'anno successivo era salito a 1.690.000 lire, per toccare 1.740.000 lire appunto nel 1927.

¹⁷³Lowy I., P. Zylberman, *Medicine as Social Instrument: Rockefeller Foundation, 1913-45*, in *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31C, 2000, 3, pp.. 365-79.

3.4 L'Istituto di Sanità Pubblica

Tra i molti visitatori della Stazione Sperimentale, nell'autunno del 1927 si annoverarono diversi professori di igiene, allora riuniti a Roma in occasione dell'annuale congresso della loro associazione.

L'interesse e l'apprezzamento espressi furono il frutto dell'abilità di Missiroli nel raccogliere consensi intorno alla Stazione e nel suggerire in tale consesso ciò di cui egli stesso e Hackett andavano da tempo discutendo insieme: la trasformazione dei Laboratori della Sanità Pubblica in un attivo e importante centro sanitario ed epidemiologico con funzioni di scuola per gli ufficiali sanitari in servizio.

L'idea, ancora abbozzata, di dotare di una sede idonea i Laboratori della Sanità Pubblica e di migliorare la preparazione scientifica degli ufficiali sanitari, era in perfetta sintonia con le finalità della Fondazione.

In questo caso, come di norma in Europa, la strategia della Rockefeller Foundation nel perseguire le proprie intenzioni fu più sottile di quanto non lo fosse stata altrove: nel vecchio continente l'impatto con paesi indipendenti e culturalmente ed economicamente sviluppati impose, ovviamente, metodi differenti.

Si tentò di promuovere traguardi educativi e organizzativi con interventi in campo sanitario, e oltre al miglioramento delle condizioni sanitarie generali, una delle mete era quella di proporre migliori politiche della salute, utilizzando i paesi europei come luoghi di sperimentazione per idee che potevano poi essere trasferite negli Stati Uniti.

In Europa, durante gli anni Venti, con il contributo determinante della Rockefeller Foundation, vennero in successione creati: l'Istituto statale di igiene in Cecoslovacchia (1921), l'Istituto nazionale di igiene di Budapest (1925), la Scuola nazionale di igiene di Varsavia (1926) e la Scuola di sanità pubblica di Zagabria (1927).

Tali istituti di igiene, sorti nell'Europa centrale e orientale, furono quindi l'espressione dei programmi di sanità pubblica avviati dalla Fondazione Rockefeller in quelle aree, a favore dell'educazione sanitaria e dell'addestramento professionale degli amministratori sanitari, dei medici e degli scienziati in accordo con i valori liberali.

A partire dalla fine degli anni Venti, tuttavia, l'atteggiamento della Rockefeller Foundation iniziò a cambiare: l'impegno nella sanità, come strumento di intervento sociale, che fino ad allora aveva costituito il cuore del progetto della Fondazione, sembrò non aver riscosso il successo sperato, soprattutto in rapporto agli oneri finanziari sopportati.

L'azione della Rockefeller Foundation fu quindi sempre più rivolta a sostenere, negli anni successivi, la ricerca scientifica, nella accresciuta consapevolezza che questa avrebbe consentito, nel lungo periodo, un ritorno maggiore in termini di miglioramento delle condizioni di vita e di salute.

Dopo quattro anni di cooperazione con il governo Italiano, l'Istituto di Sanità Pubblica, per la realizzazione del quale le trattative presero un concreto avvio nel 1928, fu l'ultima delle grandi opere finanziate dalla Fondazione Rockefeller.

Alla metà degli anni Venti, tuttavia, l'impegno economico della Fondazione in Italia risultava ancora vistosamente inferiore rispetto a quello profuso altrove, e ciò lasciava presupporre spazi di azione e di intervento anche consistenti; fu proprio per questo che il governo autorizzò Messea ad avviare le trattative dirette con la Fondazione, al fine di sollecitare finanziamenti per la sanità pubblica, prospettando quale possibile progetto la realizzazione di un istituto centrale di igiene.

Tale proposta si basava sulla constatazione dell'inadeguatezza dei laboratori della Direzione generale della Sanità Pubblica a svolgere ricerche nel settore igienico sanitario, L'istituto, posto sempre alle dipendenze del Ministero dell'Interno, avrebbe avuto fra i suoi scopi:

- a. l'indagine scientifica in tutti i campi inerenti alla biologia, alla patologia ed all'igiene;
- b. finalità didattica per preparare le maestranze dell'Igiene pubblica delle quali si sentiva assoluta necessità;
- c. attrazione dei giovani medici, naturalisti, veterinari e chimici nell'orbita degli studi della biologia, della patologia e dell'igiene.

Già i primi colloqui informali lasciarono presupporre che il progetto potesse essere realizzato con il concorso determinate della Fondazione, anche perché i suoi

rappresentati si dichiararono propensi a finanziare il viaggio di una commissione italiana che si recasse in visita presso analoghi istituti esteri, per trarne lementi utili all'elaborazione di un progetto circostanziato.

Il 9 Giugno 1928 Missiroli comunicò a Messea che l'ufficio parigino della Rockefeller Foundation aveva ricevuto dalla sede di New York un cablogramma contenente il seguente messaggio: "Si accetta invitare commissione italiana e trattative per istituto sanità".¹⁷⁴

Il 4 Agosto Hackett prese formalmente atto del desiderio del governo italiano di creare un Istituto di Sanità Pubblica e dichiarava ufficialmente che la Rockefeller Foundation, come manifestazione della sua volontà di collaborazione alla realizzazione del progetto, era disponibile a provvedere alle spese per il soggiorno della commissione di studio¹⁷⁵.

La commissione nominata dal governo italiano con l'incarico di visitare in autunno i migliori istituti di igiene americani, risultò formata da Pietro Canalis, membro del Consiglio superiore di sanità e direttore dell'Istituto di Igiene della Regia Università di Genova; da Alberto Missiroli; dall'ingegner Gregorio Birelli, capo dell'Ufficio tecnico della Direzione generale della Sanità Pubblica e da Gino Vivaldi, assistente nel Laboratorio batteriologico della Sanità.¹⁷⁶

Nell'autunno del 1928 la commissione partì per gli Stati Uniti, consapevole delle aspettative della comunità scientifica e di alcune tra le principali istituzioni operanti nel settore sanitario. Pochi giorni prima della partenza, infatti, nel congresso annuale dell'Associazione italiana fascista per l'igiene¹⁷⁷, era stata approvata all'unanimità una mozione che caldeggiava vivamente la creazione di un istituto centrale di sanità, che potesse assicurare non solo il progresso della ricerca in campo sanitario, ma anche solide basi teoriche e pratiche all'intero corpo degli ufficiali sanitari e ai direttori dei laboratori provinciali, clinici e ospedalieri.¹⁷⁸

¹⁷⁴ Ivi lettera Missiroli a Messea, 9 Giugno 1928.

¹⁷⁵ Ivi, lettera di Hackett a Bianchi, 4 Agosto 1928.

¹⁷⁶ ACS, ISS, Servizi amministrativi e del personale, b. 1, fasc. 1, sfac. 1, lettera di Messea a Strode, 23 Agosto 1928.

¹⁷⁷ Fiume, 14-20 Settembre 1928.

¹⁷⁸ Ivi, b. 1, fasc. 4, Italy-Institute of Hygiene-Approval of Proposal, 7 Aprile 1930.

Anche il Consiglio superiore di sanità (organo centrale tecnico-consultivo del Ministero dell'Interno, composto in larga maggioranza da professori universitari di igiene¹⁷⁹) aveva espresso i suoi voti in tal senso in occasione della consueta presentazione, da parte del direttore generale della Sanità Pubblica, della relazione annuale sulla situazione sanitaria del paese.

Giunta il 12 Ottobre negli Stati Uniti, la commissione vi si intrattenne per più di un mese. Si trattò di un'occasione unica per studiare e verificare sul campo l'efficacia dei più moderni metodi preventivi in sanità pubblica e mettere così a confronto le reciproche esperienze.

L'impatto con gli Stati Uniti fu estremamente positivo e suscitò grande impressione in tutti i componenti della commissione tanto che nella primavera del 1929, venne nominata una seconda commissione con il compito di visitare analoghi istituti già funzionanti in Europa.

Di questa commissione, presieduta ancora una volta da Pietro Canalis, fecero parte Alberto Missiroli, Eusebio Vacino, ingegnere dell'ufficio tecnico della Sanità Pubblica, Gino Vivaldi, assistente del Laboratorio di micrografia e batteriologia del Ministero dell'Interno, e Fulvio Pulcher, aiuto presso il Regio Istituto di Igiene dell'Università di Genova.¹⁸⁰

L'itinerario suggerito da Hackett prevedeva sopralluoghi negli Istituti di Berlino, Copenhagen, Amburgo, Varsavia, Vienna, Budapest, Zagabria e Trieste. Anche il viaggio europeo fu piuttosto impegnativo, durando circa un mese.¹⁸¹

La richiesta formale di finanziamento da parte del governo italiano, venne avanzata ad Hackett il 23 Dicembre 1929, non appena l'Ufficio tecnico della Direzione generale della Sanità Pubblica riuscì a completare il progetto, redatto tenendo conto

¹⁷⁹ C.A. Ragazzi, *Organizzazione sanitaria in Italia*, Sormani, Milano 1934, pp. 121-124. Il Consiglio superiore di sanità poteva proporre i provvedimenti ritenuti necessari, inchieste e ricerche ai fini della sanità pubblica e stabiliva anche l'elenco delle lavorazioni insalubri.

¹⁸⁰ Ivi, decreto del ministro dell'Interno, 17 Maggio 1929.

¹⁸¹ Ivi, appunto dal titolo *Suggested Itinerary for the Italian Commission*, s.d. Il viaggio dovette essere posposto, a causa delle proibitive condizioni atmosferiche e dell'epidemia influenzale, dagli inizi di Marzo a quelli di Aprile, vedi lettera di Strodea Russel, 4 Marzo 1929, in *Rac, RF, Projects, 751 Italy*, b. 7, fasc.86.

sia delle esigenze dei diversi settori della sanità pubblica sia degli elementi raccolti dalle “commissioni viaggianti”.

I due compiti principali dell'istituto sarebbero stati lo svolgimento di tutte le analisi e le ricerche igieniche inerenti alla sanità pubblica e la preparazione teorico-pratica di personale specializzato.

L'area individuata per la costruzione era particolarmente atta ad ospitare l'edificio, data la vicinanza con gli istituti ospedalieri del Policlinico e l'ampiezza degli spazi liberi vicini, che ne avrebbero reso agevole l'ampliamento qualora si fossero rilevati nuovi bisogni; non ultimo dei vantaggi era la proprietà dell'area, circa 18.000 metri quadri per un valore di 5 milioni e mezzo di lire, detenuta dallo Stato.¹⁸²

Nel Maggio 1930, Hackett inviò da Algeri (dove si trovava per partecipare ai lavori del secondo congresso internazionale sulla Malaria) una lettera di comunicazione ufficiale nella quale scriveva:

“Ho il pregio di comunicare all'E.V. che ho ricevuto una lettera dal Dottor F. Russel della Rockefeller Foundation informazioni precisi circa il voto con cui viene approvata l'assegnazione di una somma non eccedente lire 12.500.000 per la costruzione di un Istituto di Igiene e sanità pubblica a Roma, e di altra somma non eccedente dollari 100.000 per l'arredamento. La Rockefeller Foundation mi informa ancora che è pronta ad anticipare da ora, di volta in volta, le somme che la E.V. riterrà necessarie per il rapido proseguimento dei lavori.”¹⁸³

Il primo provvedimento preso dal governo italiano all'indomani dell'approvazione del progetto fu la nomina della Commissione per la costruzione e l'arredamento dell'Istituto di Sanità Pubblica; questa venne istituita il 7 Giugno del 1930 chiamandone a far parte Bruno Forniaciari, prefetto e direttore generale della Sanità Pubblica, in veste di presidente; Gaetano Basile, ispettore generale medico capo, con l'incarico di vicepresidente; Dante De Blasi, direttore dell'Istituto di Igiene della Regia Università di Napoli e accademico d'Italia; Pietro Canalis, direttore

¹⁸² RAC, RF, Projects, 751 Italy, b. 1, fasc. 5, lettera di Arpinati a Hackett, 23 Dicembre 1929.

¹⁸³ Ivi, lettera di Hackett al Direttore generale della Sanità Pubblica, 30 Maggio 1930.

dell'Istituto di Igiene della Regia Università di Genova; Vittorio Ascoli, direttore della Scuola superiore di malariologia; Paolo Salatino, ispettore superiore del Genio civile e direttore dei servizi tecnici del governatorato di Roma; Ugo Bordoni, professore stabile di Fisica tecnica della Regia Scuola di ingegneria di Roma e membro del Consiglio superiore di sanità; Gaetano Cancelliere, viceprefetto e capo dell'ufficio Affari generali della Direzione generale della Sanità Pubblica. A svolgere il compito di segretari furono chiamati Giovanni Pontiglione, consigliere del Ministero dell'Interno, e Castore Giulian, ragioniere capo della stessa amministrazione.

I poteri conferiti alla Commissione furono piuttosto ampi e i suoi compiti assai impegnativi: essa doveva disporre l'elaborazione del progetto esecutivo, deliberarne l'approvazione e curarne l'esecuzione, in modo tale che i lavori fossero svolti con accuratezza e celerità.

La Commissione doveva altresì provvedere all'approvazione dei preventivi di spesa per le forniture relative all'arredamento dell'istituto. Ogni decisione doveva essere presa a maggioranza e resa esecutiva previo visto del ministro dell'Interno; il presidente aveva il compito di far attuare le deliberazioni.

Le somme che la Fondazione Rockefeller avrebbe via via reso disponibili dovevano essere depositate in un conto corrente fruttifero presso la sede di Roma della Banca d'Italia, intestato all'Istituto di Sanità Pubblica e gestito dal direttore generale della Sanità. La Commissione era tenuta a rispondere del proprio operato al Ministero dell'Interno presentando una relazione semestrale sull'utilizzo dei fondi e, a conclusione dei lavori, un rendiconto completo sulla gestione.¹⁸⁴

Dopo non poche difficoltà, l'Istituto venne inaugurato il 21 Aprile del 1934 da Mussolini, accompagnato dal sottosegretario di Stato per l'Interno Buffarini Guidi, dall'ambasciatore degli Stati Uniti Breckenridge Long, dal rappresentante della Fondazione Rockefeller Lewis W. Hackett, dai componenti della Commissione e da altra autorità. Prima di lasciare l'Istituto, Mussolini esprese il suo compiacimento

¹⁸⁴ Ivi, decreto di istituzione della commissione, a firma di Arpinati, 7 Giugno 1930.

per la concezione e l'attuazione dell'opera sia sotto il profilo tecnico-sanitario sia architettonico.¹⁸⁵

Pochi giorni dopo, il 24 Aprile, il direttore generale della Sanità Basile illustrò alla comunità scientifico-sanitaria l'Istituto, l'edificio e i suoi compiti, che erano stati definiti nel regio decreto legge 11 Gennaio 1934, n.27, in base al quale l'Istituto doveva comprendere i seguenti reparti e servizi:

- a. laboratorio di micrografia e batteriologia applicate all'igiene e e alla sanità pubblica; controllo dei sieri, vaccini e di prodotti affini;
- b. laboratorio di chimica applicata all'igiene e alla sanità pubblica; controllo della salubrità delle sostanze alimentari;
- c. laboratorio di indagini fisiche e applicate all'igiene e alla sanità pubblica; ufficio del radio; sezione di metodologia sanitaria;
- d. laboratorio per le indagini circa la diffusione e la profilassi della malaria;
- e. laboratorio di ricerche biologiche nei riguardi dell'igiene e della sanità pubblica, per quanto riflette l'impiego dei prodotti opoterapici, vitamine, ecc.;
- f. ingegneria sanitaria per la vigilanza sull'igiene del suolo e dell'abitato;
- g. indagini ed accertamenti sull'epidemiologia delle malattie presenti nelle diverse zone di Italia, sulle loro conseguenze nell'incremento demografico della popolazione e sui provvedimenti preventivi da adottare.¹⁸⁶

Il nuovo Istituto di Sanità Pubblica non assorbì, come era stato ipotizzato agli inizi delle trattative, la Scuola superiore di malariologia, mentre i Laboratori della sanità passarono dalla sede di Piazza Vittorio al nuovo edificio tra la fine dell'anno e l'inizio del 1935.¹⁸⁷

¹⁸⁵ ACS, Presidenza del Consiglio dei Ministri 1934-1936, fasc. 5.1.1607, Ministero dell'Interno. Direzione generale della Sanità Pubblica, Istituto di Sanità Pubblica, cit., p.19.

¹⁸⁶ ACS, Presidenza del Consiglio dei Ministri 1934-1936, fasc. 5.1.1607, Ministero dell'Interno. Direzione generale della Sanità Pubblica, Istituto di Sanità Pubblica, cit., p.p. 8-9.

¹⁸⁷ G. Penso. L'Istituto Superiore di Sanità dalle sue origini ad oggi, Tipografia Regionale, Roma 1946, p.55.

L'Istituto di Sanità Pubblica, dotato anche di una biblioteca e di un museo, e preposto alla tutela sanitaria della popolazione, fu inquadrato dal Ministero dell'Interno come "centro d'indagini e di accertamenti" della Direzione generale della Sanità Pubblica.

A reggere l'Istituto venne designato il direttore stesso della Sanità Pubblica, e per mitigarne il potere preponderante fu posta al suo fianco una Commissione consultiva, di cui facevano parte i responsabili dei vari reparti dell'Istituto e due membri designati dal Consiglio superiore di sanità.

Il presidente del Consiglio superiore di sanità stesso era a capo della Commissione, che non solo assisteva il direttore generale nella formazione dei programmi dei corsi di insegnamento e di aggiornamento, ma svolgeva funzioni di consulenza sulle questioni relative al funzionamento tecnico e scientifico dell'Istituto presentate dal ministro dell'Interno.

Il personale dei laboratori veniva assorbito nel nuovo Istituto, cui veniva data facoltà di assumere, se necessario, altri dipendenti e di condurre, previa autorizzazione del Ministero dell'Interno, ricerche e studi per altre branche dell'amministrazione statale.

Le disposizioni previste dal regio decreto legge n.27 furono poi integrate con lievi modifiche del Testo Unico delle leggi sanitarie approvato nel Luglio del 1934; nel 1935, invece, venne creato il posto di "direttore dell'Istituto", scindendo gli incarichi prima unificati e ammettendo l'eventualità di un affidamento della direzione ad un professore universitario.

La Stazione sperimentale, la cui attività era proseguita alacremente durante tutto il periodo delle trattative e della fondazione dell'Istituto di Sanità Pubblica, venne assorbita nella nuova struttura e tutte le sue dotazioni andarono a costituire il nucleo del Laboratorio di malariologia, di cui Alberto Missiroli divenne direttore.

Al termine di un decennio di proficua collaborazione nella lotta alla malaria tra la Fondazione Rockefeller e l'Italia, meritano di essere ricordate le espressioni di sincero compiacimento per il nuovo Istituto e per le prospettive della sanità pubblica

nel nostro paese che Hackett pronunciò alla vigilia della cessazione delle attività della Stazione sperimentale per la lotta antimalarica:

*The Rockefeller Foundation looks with admiration on the results of the wise planning and skilfully executed designs of those who have brought into being the new Institute of Public Health. We expect to see in the not distant future a stream of young hygienists pouring into Italy from abroad drawn by the prestige of a great School just as from the earliest beginnings of human culture, Italy has always attracted the intelligent and the studious*¹⁸⁸.

Ma egli aggiunse anche un monito ancor oggi valido per ogni battaglia contro le malattie che gli scienziati debbono portare avanti, e lo fece ricordando ciò che aveva detto a Missiroli dieci anni prima, all'inizio della loro collaborazione: *“When malariologists fight each other, it is always malaria that wins the battle”*.¹⁸⁹

¹⁸⁸ RAC, Lewis W, Hackett Papers, Speeches, Manuscripts and Reprints, b.14, fasc. 1, discorso pronunciato il 20 Novembre 1934.

¹⁸⁹ RAC, Lewis W, Hackett Papers, Speeches, Manuscripts and Reprints, b.14, fasc. 1, discorso pronunciato il 20 Novembre 1934.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Elisabetta Marfoli,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 11/04/2014.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

TERZA PARTE

La progettazione di interventi di educazione alla salute: processi, metodi e stili della formazione

Capitolo 1.

Strategie di successo nell'organizzazione delle Campagne Educative in Sanità Pubblica della Rockefeller Foundation

1.1 L'educazione alla salute secondo la Rockefeller Foundation

In questa terza parte analizzerò come e perché i programmi di educazione alla salute della Rockefeller Foundation ebbero tanto successo in tutto il mondo, quali elementi resero possibile un'affermazione senza precedenti e soprattutto mi soffermerò sulla ricerca di un'integrazione tra l'esperienza della Rockefeller Foundation e la moderna metodologia della programmazione sanitaria.

Tutte le riflessioni e le esperienze fin qui riportate relative all'operato della Rockefeller Foundation in ambito sanitario ci fanno pensare a come la cultura di medicina preventiva e di sanità pubblica degli ultimi anni si sia strutturata proprio a partire da questa esperienza importantissima le cui fondamenta si ritrovano proprio nel vissuto esperienziale e nell'operato internazionale della Fondazione, la più importante al mondo la cui efficacia e i cui risultati echeggiano ancora nel nome di John D. Rockefeller Senior.

Nonostante la difficoltà e l'imponente sforzo per costruire la conoscenza necessaria, per stimare, quantificare e qualificare i rischi determinati dall'esposizione a malattie di risonanza mondiale, oltre all'evidente efficacia delle soluzioni che progressivamente venivano individuate nelle politiche educative condotte dalla Rockefeller Foundation, si ottenne un successo in risposta alle azioni dei suoi protagonisti legato all'evidenza scientifica e ai valori filantropici alla base della Fondazione.

La chiave del successo di tutti i programmi educativi stava nella capacità di sviluppare la progettazione degli interventi percorrendo ordinatamente tutte le fasi previste dalla logica dell'analisi del problema, e rispettando rigorosamente le regole che ne caratterizzavano ogni passaggio.

Dagli iniziali finanziamenti *per progetti*, soprattutto volte alle più famose Università, Istituti di Ricerca o altri Centri qualificati, le attività della Rockefeller Foundation si concentrarono, come fin qui raccontato, con il tempo, su sette aree specifiche delle quali cinque di natura mondiale: la lotta contro la fame, il controllo della popolazione, il miglioramento della sanità, la promozione delle risoluzioni dei conflitti grazie alle relazioni internazionali, il miglioramento del livello d'istruzione nelle nazioni in via di sviluppo. Le altre due aree di attività della Rockefeller Foundation riguardarono nello specifico gli Stati Uniti: sviluppo della qualità ambientale e sviluppo culturale (soprattutto delle arti drammatiche, della letteratura e della musica).

Non vennero mai concessi finanziamenti ai singoli individui o per l'attivazione di istituzioni locali. Una sola eccezione fu fatta quando la famiglia Rockefeller si prese cura, attraverso il *Rockefeller Fund Brothers*¹⁹⁰ istituito nel 1940 dai cinque figli maschi di John D. Rockefeller Jr, dell'attivazione di un'istituzione locale nella città di New York dove si mirò al rafforzamento e all'espansione di organizzazioni locali.

Complessivamente modesto nei primi anni di vita, il *Rockefeller Fund Brothers* crebbe a partire dal 1951 grazie a una donazione di John D. Rockefeller Jr ingrandendosi ulteriormente alla sua morte nel 1960, con il lascito di metà del suo patrimonio personale. Ben presto il *Rockefeller Fund Brothers* prese in considerazione i problemi nazionali e internazionali in base anche alla attenta valutazione della sempre maggiore interdipendenza tra la città ed il Paese e tra quest'ultimo e le altre Nazioni (beneficiari dal *Rockefeller Fund Brothers* furono per esempio il Museum of Modern Art, il Community Blood Center, il Negro Movement, e la Croce Rossa).

A livello mondiale la Rockefeller Foundation incoraggiò lo sviluppo di tecniche agricole, finanziò programmi e istituzioni nei Paesi in via di sviluppo, si preoccupò di legare i capitali, i talenti umani ed i valori culturali agli sforzi per l'auto mantenimento, nel rispetto dell'equilibrio tra popolazione e produzione da un lato e risorse naturali dall'altro.

¹⁹⁰ La *Rockefeller Fund Brothers* fu fondata nel 1940 concentrandosi principalmente sulla città di New York, Cina e Balcani occidentali. Nel loro programma di azione mirarono a rafforzare la vitalità della democrazia negli Stati Uniti, promossero il concetto di Pace con un approccio innovativo e collaborativo con politiche di prevenzione dei conflitti, oltre che un programma sullo sviluppo sostenibile.

La Rockefeller Foundation sostenne inoltre la ricerca di mezzi per facilitare il commercio e il credito internazionale, lo studio di metodi di produzione di energia più flessibili, diversificati, meno inquinanti e meno depauperanti le risorse disponibili.

Il programma della Fondazione in fondo, s'interessò da sempre di promuovere il benessere dell'umanità sulla moderna constatazione dell'esistenza di un unico mondo in cui il benessere di una nazione non può prescindere da quello di tutte le altre.

Un chiaro interesse da parte della Rockefeller Foundation riguardò l'innovazione tecnologica che inevitabilmente accelerò il cambiamento in tutti i Paesi del Mondo modificandone il modo di vivere, ma anche i problemi a lungo confinati quali per esempio il cambiamento climatico e l'urbanizzazione.

Uno dei principali obiettivi che mosse però da sempre l'operato della Rockefeller Foundation fu quello di diffondere nel mondo lo sviluppo della moderna medicina; un esempio si ebbe in Cina, dove nel 1909 J.D. Rockefeller finanziò studi che portarono alla realizzazione di associazioni quali *China Medical Bourne* o *Peking Union Medical College*, ancora oggi simboli dell'alta qualità dell'educazione professionale medica cinese.

Abraham Flexner (1866-1959), con suo fratello Simon Flexner (1863-1946), collaborarono con J.D. Rockefeller al *Rockefeller Institute* realizzando studi di ricerca sulla qualità delle scuole di medicina negli Stati Uniti e poi in Canada dove si evidenziò chiaramente il livello basso di formazione nell'ambito dell'educazione medica: non c'era personale docente formato o laboratori didattici qualificati ed attrezzati, né strutture cliniche adeguate.

Abraham Flexner scriveva:

“It was a school in which the lecture was everything. Within the brief of four winter the whole medical lore was unfolded in discourses following one another in bewildering sequence through a succession of long days; and lest the wisdom imparted should exceed the student's power of

retention, the lectures were repeated precisely during a second year, at the end of which graduation with the degree of Doctor of Medicine was all but automatic¹⁹¹”.

Lo studio effettuato da A. Flexner produsse un'immediata e profonda sensazione di cambiamento; cresceva la necessità di avere laboratori più adeguati e all'avanguardia nelle povere scuole americane. Si sentì il bisogno di creare vere e proprie Facoltà di Medicina integrate alle Università esistenti.

La nuova concezione delle Facoltà di Medicina cominciò a diffondersi in quelle poche istituzioni come la *Johns Hopkins* o *Harvard*, dotate di un corso di studi di quattro anni, dove i primi due erano impiegati nello studio di materie quali l'anatomia, la fisiologia e la patologia; e gli ultimi due a studi clinici come medicina, chirurgia e ostetricia. Per svolgere al meglio i primi due anni era necessario avere dei professori completamente disponibili a svolgere il loro lavoro, e un corpo studentesco già in possesso di conoscenze sulla biologia, la fisica e la chimica. Per gli anni di clinica era necessario avere delle adeguate attrezzature ospedaliere: questo presupponeva che l'ospedale fosse vicino alla Facoltà, e che fosse organizzato in modo tale da offrire la possibilità di insegnare, tutto controllato e con attiva partecipazione delle Università.

¹⁹¹ “Era una scuola dove la lettura era il fulcro di tutto. Con il rapido passare di 4 mesi invernali l'intera tradizione medica era dispiegata in discorsi che si susseguivano uno dopo l'altro in una sconcertante sequenza, attraverso una successione di lunghi giorni; e nel caso la saggezza impartita avesse potuto superare le capacità mnemoniche degli studenti, le letture venivano ripetute precisamente durante il secondo anno, alla fine del quale la laurea in Dottore di Medicina era pressoché automatica.” Si consulti Fosdick, Raymond B., *The Story of the Rockefeller Foundation*, New York: Transaction Publishers, Reprint, 1989, capitolo VIII pag. 93-103.

1.2 La linea educativa e promotiva sanitaria della Rockefeller Foundation e la realizzazione dei programmi di sanità pubblica nell'era moderna

Sin dai primi anni Venti, negli Stati Uniti e successivamente in Europa, gli interventi di promozione della salute furono pensati e costruiti per produrre dei cambiamenti nella popolazione, nell'ambiente fisico e sociale, nelle attitudini e nei comportamenti. Questi ultimi, quando definiti rischiosi per la salute, potevano essere ricondotti a una rete di fattori in grado di interagire con le variabili situazionali relative alla popolazione in oggetto, alla cultura, ai bisogni emergenti, alla situazione sociale e così via.

Gli interventi per modificare comportamenti umani, venivano pensati dalla Fondazione dopo un'attenta analisi della situazione in cui si intendeva agire, decifrando esattamente il punto di marcata debolezza in cui iniziava ad innescarsi il meccanismo sbagliato o, al contrario, i punti di forza grazie ai quali si potevano ricercare le vie di fuga e le residue attività di attacco. Il comportamento umano veniva compreso, nelle sue linee generali di sviluppo, nell'interazione tra fattori biologici e psicosociali, anche se la puntuale spiegazione degli elementi casuali poteva non aumentare di conseguenza le probabilità di successo degli interventi programmati.

Nella progettazione di interventi in grado di produrre un cambiamento sociale, emergeva l'idea che in ambiente incerto la gestione dei processi di cambiamento poteva assolutamente richiedere la capacità di condurre i veri protagonisti del cambiamento, singoli soggetti adulti o intere comunità e popolazioni, verso quella che essi stessi potevano individuare come la propria direzione.

Quello presentato fin qui è un percorso che si è occupato di analizzare la storia di personaggi importanti che agli inizi del '900, con l'istituzione della loro Fondazione, diedero al mondo la possibilità di un miglioramento della qualità di vita di intere popolazioni, agendo sull'assetto politico, economico, sociale e sanitario di molti Paesi. Un'analisi storica che evidenzia il successo del loro operato dalla scelta del finanziamento da erogare, alla modalità di presentazione ed attuazione di campagne educative con opportune strategie di intervento studiate in base alle necessità e ai bisogni di intere popolazioni in difficoltà.

La filosofia della filantropia d'impresa fu la chiave di svolta che mosse le azioni: dalla scelta dei giusti protagonisti alla guida della Rockefeller Foundation, alla capacità d'interazione tra diversi Paesi, rendendo accessibile il miglioramento di espressioni grazie all'accrescimento della formazione e della ricerca, non tralasciando l'analisi, sempre a priori, ed il vero significato, in quel determinato tempo e per quella determinata popolazione, di "bisogno".

Quello della Rockefeller Foundation fu un percorso che si occupò di promozione della salute grazie alla ricerca di elementi e di relazioni significative che permisero ai professionisti che operavano al suo interno, di delineare i modelli a cui far riferimento, più o meno consapevolmente, nei momenti di esplorazione della realtà cercando di modificarla.

Si esaminò criticamente il ruolo svolto dalla medicina nell'incremento dei livelli di salute, anche in ragione di quello che fu rappresentato come il principale problema dei Paesi in via di sviluppo: la persistenza e l'ampliamento delle differenze nella distribuzione delle patologie all'interno delle classi sociali.

In un secolo come il XX, in cui si ebbero cambiamenti rapidi e profondi che investirono diversi ambiti di riflessione e applicazione del pensiero umano, le discipline che si occupavano di malattia e di salute non poterono non rendersi protagoniste di un vortice di discussioni riferire al miglioramento del livello di salute.

Tutti i finanziamenti stanziati dalla Rockefeller Foundation per la ricerca biomedica, nacquero dall'esigenza di ricercare un nuovo equilibrio tra bene comune e libertà individuale tra le diverse concezioni possibili del senso di responsabilità.

L'obiettivo del programma di educazione sanitaria era quello di raggiungere il più alto stato di promozione della salute al fine di modificare i comportamenti umani scorretti, esplorando le teorie che guidavano azioni e segnalando la crescente opinione secondo cui i comportamenti a rischio non potevano essere la conseguenza dell'ignorare il corretto agire e neanche la negativa influenza del contesto umano e sociale, ma semplicemente il frutto di un processo culturale prodotto con la partecipazione di tutti i soggetti che inconsapevolmente collaboravano alla formazione di una concezione collettiva di ciò che poteva essere rischioso.

Il ruolo che lo sviluppo del pensiero moderno può aver avuto sull'evoluzione stessa del concetto di promozione della salute, come sull'emergere di alcune criticità che a volte contrastarono il buon esito dei programmi educativi, nel corso degli anni venne segnato dall'esperienza e dalle numerose strategie educative portate avanti dalla Rockefeller Foundation¹⁹².

I ritmi dell'innovazione tecnologica, e le pregiudiziali preferenze per un predominio di tecnologie diagnostiche e terapeutiche sofisticate, crearono una medicina che, inoltre, si rappresentò progressivamente come una forza economica anche grazie all'immagine di una ricerca che progredisce incessantemente e con successo.

Le politiche educative della Rockefeller Foundation condussero a risultati trionfali sul controllo delle malattie infettive e, ancor prima della scoperta di terapie specifiche che portarono a considerevoli riduzioni dei livelli di mortalità nel corso del secolo, a notevoli cambiamenti delle condizioni igieniche, nell'alimentazione e nell'assetto urbanistico.

La diminuzione della mortalità e il conseguente aumento dell'aspettativa di vita, il miglioramento dello stato nutrizionale della popolazione e il progresso nelle condizioni igienico-sanitarie osservate durante il XX secolo, evidenziarono le grandi possibilità di miglioramento dei livelli di salute delle popolazioni. Tutto ciò spianò la strada a cambiamenti e movimenti culturali che dichiararono la necessità di promuovere la salute delle comunità; nuove riflessioni si svilupparono riguardo al tema salute e al nuovo paradigma di riferimento: quello socio-ecologico¹⁹³.

A tal proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel riferirsi al vecchio modello di Sanità Pubblica, poneva sotto accusa il complesso delle risposte di tipo preventivo e clinico, tutto centrato sulla cultura medica e sulla malattia, che fino ad allora avevano caratterizzato il sistema dei servizi che si occupavano di salute; nel parlare, però, dell'esigenza di una nuova Sanità Pubblica si voleva spostare l'attenzione sulla necessità

¹⁹² Si consulti: Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, 1998, Franco Angeli, Milano.

Seedhouse D., *Health Promotion. Philosophy, Prejudice and Practice*, 1997, John Wiley & Sons, Chichester.

¹⁹³ Si consulti: Lemma P., *Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per antiche professioni*, 2005, Unicopli.

di nuove politiche per promuovere la salute che aprissero lo spazio della riflessione e dell'azione a tutte le culture che si occupavano di salute.

La consapevolezza che il raggiungimento dei migliori livelli di salute dovesse, nel mondo occidentale, passare attraverso l'acquisizione di stili di vita favorevoli alla salute stessa, era stata raggiunta all'interno della cultura medica di quegli anni. Si comprese come la modifica dei comportamenti a rischio fosse diventato il principale obiettivo della medicina preventiva e come l'educazione sanitaria fosse stata invece individuata come lo strumento adeguato al suo raggiungimento.

Le conseguenze del successo dell'approccio preventivo ai comportamenti a rischio, saranno ben noti, dopo gli anni Quaranta, anche alla stessa Rockefeller Foundation, con gli ulteriori incrementi delle già evidenti differenze di mortalità per classe sociale.

Capitolo 2.

L'educazione alla salute come progettazione del cambiamento

2.1 Le Fasi di Programmazione di un Intervento di Educazione alla Salute

Dall'analisi degli interventi di progettazione educativa in ambito sanitario della Rockefeller Foundation, si è osservato come le azioni utili alla promozione della salute potevano essere prevalentemente centrate sui cambiamenti individuali, sulle modifiche ambientali e organizzative, o anche sulle relazioni favorevoli alla crescita delle potenzialità personali e collettive.

Tali mutamenti potevano essere perseguiti perché la condizione di partenza si era considerata rischiosa per la salute o perché si ritenevano utili per incrementare e migliorare i livelli di benessere.

La progettazione del cambiamento, che poteva nascere anche come fenomeno spontaneo, quando si perseguiva richiedeva sempre interventi che interferivano con lo stato della popolazione. Necessariamente si rispondeva a scelte e decisioni che spesso potevano definire alcune priorità su altre, supportate anche da un'idea di ordine sociale più o meno vissuta in sintonia con quella della comunità nella quale si interveniva. In tal modo l'ampia partecipazione alle scelte diveniva l'elemento necessario per la riduzione del rischio d'interferenza tra i valori veicolati con gli interventi e la cultura del corpo sociale, oltre che la capacità di adattamento all'idea della progettazione come un'azione non sempre pianificabile in modo puntuale ma quasi sempre in modo strategico¹⁹⁴.

La prefigurazione di una *situazione desiderabile* come un risultato da realizzare innescava il *processo di progettazione*: inseguendo l'idea si individuavano le azioni che avrebbero condotto all'esito voluto.

Perseguire quindi il cambiamento di un'intera popolazione, dei livelli di salute come delle condizioni ambientali in cui vive, era un'impresa che richiedeva necessariamente

¹⁹⁴ Buchanan D.R., *An Ethic for Health Promotion*, 2000, Oxford University Press, New York.

la messa in opera di programmi, spesso particolarmente impegnativi, attuati dopo un'attenta analisi.

Dall'analisi della letteratura che nelle diverse aree culturali si occupò di progettazione di interventi per la promozione della salute, si ricavano una serie di descrizioni che si concretizzarono negli anni in una sequenza logica di fasi che ne caratterizzarono un percorso razionale¹⁹⁵.

L'elemento caratterizzante il processo di programmazione fu la *progettualità*, che sottintendeva la capacità di un'applicazione rigorosa di una metodologia come garanzia dell'efficacia di un intervento.

Di seguito verranno descritte le singole fasi del *processo della metodologia dell'educazione alla salute* con lo scopo di riflettere e paragonarle alle modalità di progettazione degli interventi educativi della Rockefeller Foundation nei primi anni del '900. Il successo delle loro politiche educative era conseguito anche grazie alla stessa modalità di azione dei programmi educativi recenti, senza però quella pianificazione logistica che oggi viene decifrata come organizzazione del processo educativo.

La prima fase di progettazione del programma di educazione alla salute è quella dell'*Analisi e Definizione dei Bisogni*.

Questa fase trova diverse definizioni: ricognizione sociale, valutazione o stima dei bisogni, diagnosi sociale ed epidemiologica¹⁹⁶.

In tale fase sono individuati i problemi di salute e di qualità della vita, i bisogni espressi o rilevati, che rappresentano le motivazioni che conducono all'elaborazione del progetto d'intervento. Si fa un'analisi dei problemi a partire dall'individuazione degli elementi di diagnosi che possono essere raccolti circa il ruolo, nel sostenere il problema che si sta analizzando, di determinanti comportamentali e ambientali, se ne discutono le possibilità di rimozione attraverso azioni efficaci¹⁹⁷.

¹⁹⁵ Il modello proposto da Gree e Kreuter del 1999, è considerato il più noto dei modelli tra quelli utilizzati in campo di progettazione degli interventi per la promozione della salute. A tal proposito si consulti: Green L.W., Kreuter M.W., *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, 1999, Mayfield Publishing Company, Mountain View.

¹⁹⁶ Sanders, 1950; Schust, 1997; Raeburn, Rootman, 1998; Green, Kreuter, 1991.

¹⁹⁷ Hawe et al., 1990; Windsor et al., 1994; Pineault, Daveluy, 1995.

L'analisi dei bisogni si configura come il momento di rilevazione delle necessità dell'utente e deve essere considerato a tutti gli effetti momento essenziale del processo educativo, propedeutico alle altre fasi. Nell'analisi del bisogno non si intendono analizzare solo le mancanze, ma anche identificare le potenzialità dell'utente, della famiglia, della comunità o della popolazione coinvolta; è importante integrare le diverse prospettive dell'utente con quelle di colui che organizza il piano di azione.

La successiva fase è quella della *Definizione degli Obiettivi*, la cui scarsa accuratezza rappresenta uno dei principali motivi della "inconsistenza" dei piani di valutazione presenti nei progetti: se non si chiarisce bene l'obiettivo sarà difficile capire se lo si è raggiunto.

La definizione degli obiettivi consiste nella formulazione degli scopi e delle finalità misurabili che offrono le basi per identificare e valutare gli interventi. È necessario, per il raggiungimento degli obiettivi, che siano sempre valutate le risorse e i vincoli. A questo punto si può definire il piano operativo, e si possono individuare le azioni che devono essere compiute per il raggiungimento degli obiettivi del progetto.

La terza fase è quella della *Scelta delle Metodologie*, avviene sulla base della domanda espressa dal "sistema utente". La scelta riguarda la formulazione di un progetto coerente con l'analisi del bisogno ma anche con la situazione organizzativa esistente, con le risorse disponibili, con la realtà politica ed economica e così via. Dalle campagne di promozione e prevenzione della salute, agli incontri informativi/educativi rivolti ai piccoli gruppi o comunità, alla realizzazione di materiali informativi cartacei o multimediali, al counseling applicato al cambiamento degli stili di vita, all'attuazione di politiche educative di risonanza mondiale.

La quarta fase è quella della *Pianificazione e Attuazione dell'Intervento Educativo*.

Definire un piano di attività, o programma, vuol dire dare indicazioni su chi farà cosa, come e quando: si definiranno i compiti e le modalità di utilizzo delle risorse.

Il progettare è un'azione di tipo razionale che prevede la definizione di obiettivi in funzione della soluzione dei problemi e lo stabilire i modi e i tempi per il loro raggiungimento. La fase della progettazione richiama la dimensione ideativa, in cui con il pensiero si esplorano i differenti scenari che si ritiene possano poi permettere il raggiungimento di ciò che ci si è proposti di raggiungere.

Le giustificazioni che conducono a intervenire, per modificare e migliorare la vita di un individuo o di un corpo sociale, non possono mai essere considerate di valore assoluto e, anche quando le ragioni appaiono evidenti, devono essere sempre riconducibili a una visione di riferimento su ciò che sia preferibile per quel soggetto o per quella comunità (considerando le soggettività e le scale di valori individuali con le specifiche priorità).

La *Valutazione* è la fase che chiude il ciclo della progettazione. Il miglioramento della sua qualità passa attraverso un aumento dell'attenzione nella definizione dei criteri, tempi e strumenti della valutazione, sin dal momento in cui si definisce il problema sul quale si è deciso di intervenire. Si può definire la valutazione come quell'attività attraverso la quale si devono ricercare i cambiamenti intervenuti nella popolazione in oggetto a una attività del processo di programmazione di interventi, alla conclusione dell'esperienza. In realtà il processo di programmazione e di progettazione di interventi di educazione alla salute presenta una dimensione valutativa in ogni sua fase, che consente di operare sempre un feedback di ritorno alla fase precedente. Non è quindi solo l'ultima fase del processo.

Le principali aree d'indagine della valutazione sono:

- le reazioni da parte dell'utente (individuo, comunità, popolazione, Paese): l'insieme dei vissuti, delle percezioni e dei giudizi suscitati nei partecipanti dall'esperienza educativa per quanto riguarda i diversi aspetti dell'esperienza stessa;
- l'apprendimento/cambiamento: l'insieme degli effetti prodotti per i singoli individui dalla partecipazione al percorso in termini di miglioramento delle loro conoscenze e capacità;

- l'applicazione nella quotidianità delle conoscenze apprese (trasferibilità):
per verificare che l'utenza metta abitualmente in pratica gli insegnamenti ricevuti;
- l'analisi della misurazione di indicatori di risultato: dati relativi ad indicatori clinici, ossia elementi strettamente connessi all'evoluzione della patologia ed alle sue manifestazioni.

2.2 L'educazione alla salute in una prospettiva di formazione

Dal 1900 a oggi, l'educazione alla salute può trovare notevole risalto o, al contrario, scomparire confusa tra messaggi non controllati e contraddittori. In questo contesto è fondamentale il ruolo del mondo sanitario per dare contenuto e visibilità ai messaggi educativi. L'educazione alla salute abbraccia tutti i tipi di prevenzione: sicuramente la primaria, ma anche la secondaria, fino alle prestazioni terapeutiche e riabilitative; a tal proposito la *Fondazione Rockefeller* monitorò i sistemi di comunicazione per rafforzare la risposta e la prevenzione.

Rifacendoci alla Carta di Ottawa¹⁹⁸, la quale invita l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre organizzazioni internazionali a sostenere la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate e a supportare i diversi Paesi nel mettere a punto strategie e programmi di promozione della salute, il concetto stesso di salute viene visto, nella realtà moderna, come la capacità di vivere nel proprio ambiente, costruendo il proprio progetto di vita e potenziando il "sé" individuale; quell'*empowerment* che permette all'individuo di costruire molteplici possibilità di scelta entro cui attingere per affrontare determinate situazioni e strutturare la propria storia.

¹⁹⁸ La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta la *Carta di Ottawa* per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata, al documento dell'O.M.S. sugli obiettivi della Salute per Tutti e al dibattito sull'azione intersettoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

La Conferenza è fermamente convinta che la Salute per Tutti entro l'anno 2000 e oltre comincerà a diventare una realtà se le persone di ogni ceto sociale, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e tutti gli altri organismi coinvolti uniranno le loro forze per introdurre strategie che promuovono la salute in linea con i valori morali e sociali che stanno alla base di questa Carta.

Se più volte si è voluto sottolineare il carattere, da un lato, profondamente personale e al contempo ecologico (cioè contestuale e relazionale) della salute, in cui le esperienze di vita e di benessere si potevano continuamente intrecciare con il vissuto e l'elaborazione di esse che l'individuo poteva porre in atto, dall'altro si sottolineò il carattere costitutivamente progettuale e quindi educativo della salute.

È importante, dunque, capire cosa possa significare educare alla salute, cioè pensare e costruire un percorso educativo che comporti dei cambiamenti significativi per la salute delle persone coinvolte.

Per rispondere si deve innanzitutto richiamare un'importante distinzione tra *educazione alla salute* ed *educazione sanitaria*.

Questa distinzione chiama nuovamente in causa il concetto di prevenzione con i diversi livelli di prevenzione, così come sono definiti in ambito sanitario¹⁹⁹, nonché il concetto di promozione della salute.

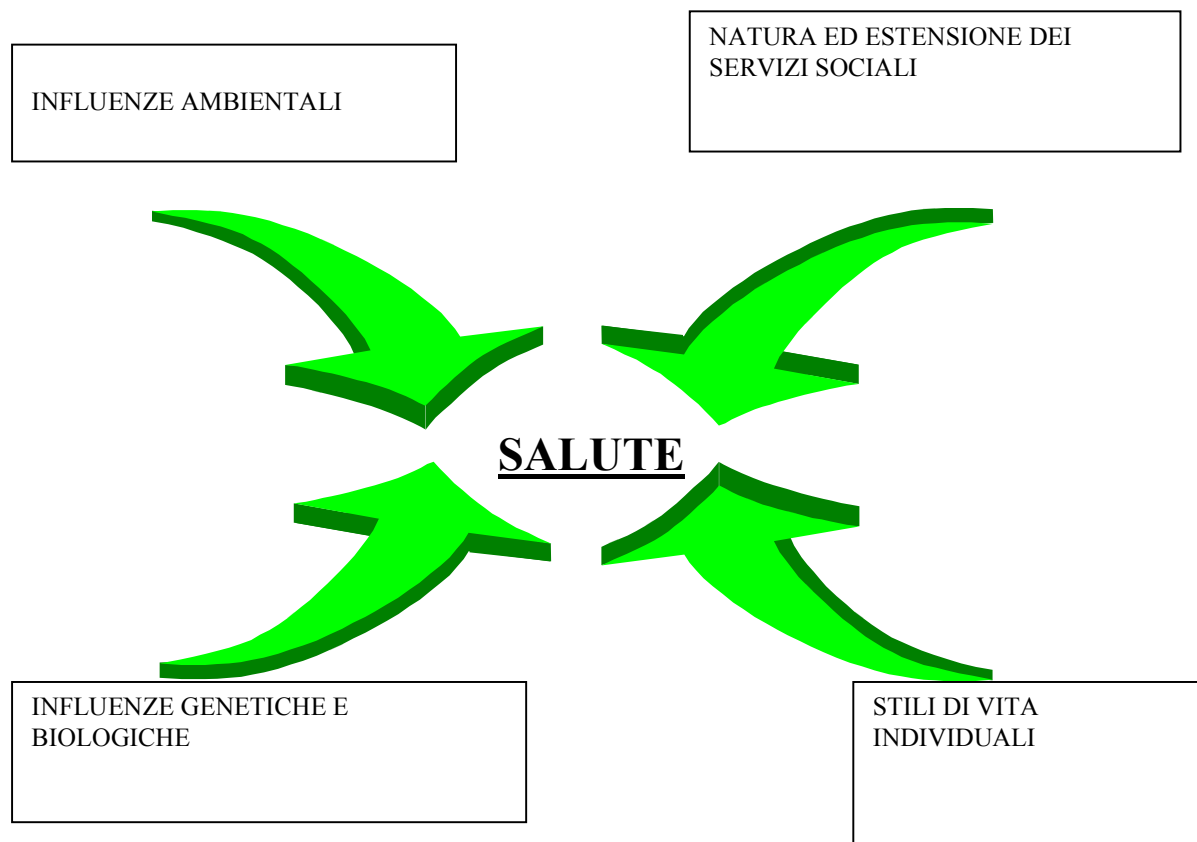
L'espressione *Promozione della Salute* venne ufficialmente coniata nel 1974 nel citato *Rapporto Lalonde*²⁰⁰. Venne introdotto il concetto di *campi della salute*, graficamente rappresentato in quello che per molti anni verrà chiamata la *Margherita di Lalonde*²⁰¹, come rappresentata nella figura n.1.

¹⁹⁹ Per una trattazione più approfondita del concetto di prevenzione e dei diversi livelli di prevenzione rimandiamo alla vasta letteratura afferente alla disciplina di "Igiene e Sanità Pubblica" in ambito sanitario (ad esempio Pellai, 1997). Catalano, 1979; Noack, 1987

²⁰⁰ Marc Lalonde, ministro della Salute e dell'Assistenza del governo canadese, in apertura di questo famoso documento sottolineava come, a fronte di un cospicuo incremento dei fondi forniti ai servizi sanitari e rivolti alla cura delle malattie, non si fossero rilevati nel Paese sostanziali incrementi nei livelli di salute della popolazione. Proponeva quindi di aprire nuove prospettive nell'impegno di fondi pubblici che da quel momento avrebbero dovuto sostenere maggiormente quegli interventi, definiti appunto di "promozione della salute", in grado di sostenere il loro raggio d'azione al complesso dei fattori che influenzano la malattia.

²⁰¹ Il centro della margherita dunque indica il concetto di salute e i suoi petali rappresentano appunto i quattro campi dalla cui reciproca influenza dipendono il persistere della salute o l'insorgere della malattia: i fattori biologici, le influenze ambientali, gli stili di vita individuali e la presenza, e capacità di risposta, dei servizi sanitari.

Figura 1. La margherita di Lalonde



La necessità è di creare possibilità di cambiamento verso un discorso sempre più attento e rivolto alla promozione della salute per il singolo individuo e per tutta la comunità, e non più la sola cura di malattie.

Nuovamente si riflette sul tema salute partendo dal paradigma di riferimento, quello socio-ecologico, intorno al quale aggregare le professionalità diverse. Questo nuovo modo di concepire il concetto di salute venne anche sintetizzato nell'art.1 dello Statuto dell'OMS come segue: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o infermità.”*

Il concetto di salute si è costantemente modificato nel tempo, fino ad assumere oggi un'accezione molto più ampia che associa strettamente una condizione di assenza di patologie a uno stato di ben-essere globale della persona.

Il primo ambizioso impegno a porre in essere una strategia globale della salute per tutti, assunto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, risale al 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata in cui la salute viene riconosciuta come *“diritto umano fondamentale”* e al tempo stesso come un *“risultato la cui realizzazione richiede il contributo di molti settori in aggiunta a quello sanitario”*.

La salute viene qui interpretata come qualcosa di strettamente connesso con i fattori sociali, politici ed economici di un Paese, in quanto si inizia a percepire che per implementare la salute non basta incidere sugli individui, ma bisogna lavorare anche sulle variabili di contesto.

L'elemento cruciale per attivare questa “responsabilità pubblica” è dato dall'istituzione e dal potenziamento della *primary health care*, ossia l'assistenza di primo livello.²⁰²

Da Alma Ata in poi si comincia così a focalizzare la responsabilità pubblica nel prevenire i rischi nei confronti dell'inquinamento, degli ambienti di lavoro e di abitazione.

Per comprendere come sia nato e si sia sviluppato il concetto di promozione della salute occorre rifarsi alla “Carta di Ottawa”, risultato della prima Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute che, nel 1986, progettò azioni finalizzate a tale obiettivo a livello mondiale.

²⁰²Lemma P, *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*. Edizioni Unicopli. Milano, 2001.

In questo documento la promozione della salute, percepita come risorsa della vita quotidiana che mira al benessere, viene definita come “*misura delle capacità dell'individuo o di un gruppo di realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e di adattarsi all'ambiente*”; un processo, quindi, che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul proprio livello di salute e per migliorarlo, e che pone in evidenza non solo gli aspetti individuali, ma anche quelli collettivi e politici che ne condizionano le caratteristiche e i mutamenti.

La promozione della salute deve portare a condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti, alla protezione degli ambienti naturali e artificiali, alla conservazione delle risorse naturali, deve consentire una valutazione sistematica degli effetti dell'ambiente sul benessere delle persone e garantire strategie e azioni mirate ad indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività.

La promozione della salute passa quindi necessariamente attraverso l'adozione di politiche pubbliche coordinate e tese a favorire e sviluppare beni e servizi più sani, ambienti igienici e non pericolosi, cambiamenti legislativi coerenti, mutamenti nell'organizzazione sociale e ambientale.

“Lavorare per la salute di un individuo o di un gruppo vuole dire solo in parte operare, magari con forti competenze tecnico-sanitarie, per arginare malattia e disabilità; soprattutto vuol dire potenziare relazioni e situazioni che permettono ai soggetti di sviluppare emozioni positive, pur nei limiti dati dalle situazioni magari molto invalidanti, migliorare la qualità del rapporto con se stessi, implementare o creare relazioni positive con gli altri, la capacità di far fronte alle situazioni (coping) e un senso di appartenenza, anche nei frangenti più difficili dell'esistenza, come ad esempio nella malattia”²⁰³ .²⁰⁴

La Carta di Ottawa, che si conclude con un appello rivolto all'OMS e agli altri organismi internazionali affinché sostengano la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate, rappresenta idealmente il punto di partenza di tutti i progetti e le iniziative che successivamente sono state poste in essere a livello internazionale per la salvaguardia della salute.

²⁰³ Zannini L, *Medical humanities e medicina narrativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.

²⁰⁴ Zannini L, *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Per la prima volta sono presi in considerazione i condizionamenti ambientali che interferiscono sulla facoltà decisionale dell'individuo e che rendono difficile la messa in pratica di un percorso consapevolmente scelto per la salvaguardia della salute.

A partire da questa osservazione di fondo, la strategia globale rimarca la pressante necessità di un'azione coordinata da parte dei governi, tesa a monitorare regolarmente il contesto ambientale e a intervenire là dove si frappongano ostacoli, indipendenti dalla volontà dell'individuo, all'adozione di corretti stili di vita; vanno cioè create condizioni favorevoli sia perché ciascuno faccia proprio il bisogno di orientare la sua volontà verso scelte salutari, sia perché non intervengano a deviare le buone intenzioni fattori esterni, non controllabili o non sempre facilmente percepibili a livello individuale.

In quest'ottica appare chiaro come occorra in primo luogo formare la volontà del singolo per determinare in ciascuno una propensione interiorizzata e stabilizzata ad operare scelte consapevolmente indirizzate al proprio benessere; diventa quindi necessario predisporre un percorso educativo che attraverso la conoscenza induca comportamenti coerenti con un modello di vita improntato al benessere globale della persona.

La visione del mondo, le modalità di approccio alla soluzione dei problemi, gli stili di vita che l'uomo adotta nella maturità trovano la loro matrice nella varietà delle esperienze vissute in età evolutiva, negli atteggiamenti e comportamenti che in quella fase di rapida crescita più stabilmente si strutturano nella sua personalità.

Un intervento precoce, a partire già dai primi anni di vita, rappresenta, pertanto, lo strumento più idoneo a sviluppare nelle nuove generazioni l'attenzione verso i fattori dai quali dipendono il benessere individuale e della collettività.

La famiglia in prima istanza e la scuola secondariamente, ma solo da un punto di vista temporale, non possono trascurare tra i loro compiti educativi questo ambito della formazione dei giovani: non è dato "saper essere" se la dimensione psichica non si integra con la fisicità, se al benessere della mente e dello spirito non si accompagna costantemente anche quello del corpo. Nella conferenza della Rete Europea delle scuole che promuovono la salute (Health Promoting School - HPS), tenutasi a Salonicco nel maggio del 1997, viene sottolineato il ruolo fondamentale della scuola nell'attivazione di

processi atti a realizzare la salute delle giovani generazioni: *“tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l'opportunità di essere educati in una scuola che promuove la salute²⁰⁵”*.

Viene ribadito il concetto che educazione e salute costituiscono un binomio inscindibile e che, come dimostrato dall'esperienza della scuola della Rete, *“il successo nella realizzazione di politiche, principi, metodi per la promozione della salute nelle scuole può contribuire in modo significativo all'esperienza educativa da parte di tutti i giovani che in queste scuole vivono e apprendono”*.

La IV conferenza internazionale sulla promozione della salute, svoltasi a Jakarta nel 1997, offre l'occasione per riflettere su quanto, negli anni intercorsi dalla conferenza di Alma Ata, è emerso circa l'efficacia della promozione della salute, per analizzare i fattori che incidono su di essa e identificare le strategie che si rendono necessarie per fornire linee di indirizzo utili all'elaborazione di programmi di promozione della stessa nel 21° secolo.

Nel Maggio del 1998 l'OMS adotta la “Dichiarazione Mondiale della Salute”, con la quale gli Stati membri s'impegnano a realizzare un vasto programma per l'attuazione di una strategia della “Salute per tutti per il 21° secolo”.

²⁰⁵ <http://www.pubblica.istruzione.it/index.shtml>

CONCLUSIONI

La Rockefeller Foundation all'inizio del suo operato basò la sua esperienza sull'ascolto dei bisogni fondamentali della popolazione con l'obiettivo di risponderne nel miglior modo possibile riuscendoci con gran successo nel corso della storia.

Grazie ad un'analisi attenta della letteratura storica e di quella più moderna è stato possibile ricercare un'integrazione tra l'esperienza della Rockefeller Foundation e la moderna metodologia della programmazione sanitaria.

Lo scopo principale della Rockefeller Foundation è stato sempre quello di garantire e mantenere il buon stato di salute degli individui e delle popolazioni di tutto il mondo intendendo il *benessere*, la *salute*, dentro e ben oltre la prospettiva dell'assenza di malattia, come possibilità per l'individuo di trovare un equilibrio, di stare bene con sé e con gli altri, di vivere una progettualità nel mondo.

Questa dimensione della progettualità e di desiderio verso una promozione attenta dello stato di salute è risultata, grazie alle numerose esperienze mondiali di educazione e di prevenzione della salute portate avanti dalla Rockefeller Foundation, uno dei modi possibili di intendere la cura della malattia, ma ancor prima la prevenzione di tali manifestazioni.

L'attività di cura, intesa non solo come attività del guarire, del sanare una malattia, o ancora di pre-venire la sua insorgenza, venne interpretata dalla Fondazione filantropica come prendersi cura dell'altro, del suo benessere, e cioè della sua progettualità, del suo più profondo poter essere, nella malattia o nei frangenti più difficili dell'esistenza umana, possedendo in sé una ineludibile componente educativa.

Il *curare*, nel senso di *preoccuparsi di*, e quindi di *prendersi cura della salute*, può significare svolgere anche un'attività educativa lavorando sul massimo sviluppo possibile della progettualità nelle condizioni date. Questo si è verificato primariamente

parlando di promozione della salute e di prevenzione, due attività che si ritengono oggi sostanzialmente educative.

È il fine dell'educazione ed il senso dell'educare ad indicare l'uguaglianza, la giustizia, la dignità, la cittadinanza come finalità di tutti e di ciascuno e l'intenzione di promuoverle, chiarendone la natura e le ragioni attraverso l'esercizio della responsabilità educativa.

Gli uomini del nostro tempo si trovano a gestire povertà vecchie e povertà nuove in una cultura che manifesta ogni giorno la necessità di progettare la cura ed il servizio alle persone senza togliere differenze e diversità tra gli uomini.

Il successo della Rockefeller Foundation probabilmente fu reso proprio dalla consapevolezza che la questione del senso in educazione non può prescindere da un richiamo forte alle dimensioni valoriali e alle testimonianze di chi intende costruire un mondo migliore facendo leva sull'educazione.

L'altro elemento, che dall'analisi della storia, rese l'affermazione della Fondazione, fu sicuramente l'aver interpretato l'educazione come un *Processo in Situazione*, correlato cioè, alla crescita culturale e civile di una comunità.

Ciò spiegherebbe come il concetto di educazione permanente e sviluppo comunitario siano termini tendenti ad identificarsi nella valorizzazione del territorio quale centro gravitazionale del discorso educativo e dell'indagine sociale, culturale e politica.

La Rockefeller Foundation comprese la comunità sociale, le sue aspettative, i bisogni e le esigenze delle popolazioni, le risorse reali e potenziali, le istituzioni, delineando di ognuna i possibili itinerari di potenziamento sociale o individuale ed investendo con i giusti finanziamenti.

Con l'attento studio di tale processo e con l'analisi del successo delle strategie educative sanitarie della Fondazione si può rivedere la moderna metodologia di programmazione di interventi alla salute contribuendo al miglioramento della dimensione personale di identità oltre che quella comunitaria e sociale di appartenenza.

I provvedimenti nazionali più moderni videro la necessità di soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa caratterizzata da nuove modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria basate sull'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali e sulla

continuità delle cure per periodi di lunga durata, esaltando al tempo stesso il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

Si attivarono differenti interventi per rispondere a una domanda di assistenza nuova caratterizzata da continuità delle cure per lunghi periodi e dalla necessità di migliorare la qualità della vita del cittadino, con l'obiettivo generale di migliorare la tutela delle persone a rischio di patologie e di favorire percorsi che garantivano uniformità di risposte e continuità assistenziale.

La proposta del Piano Sanitario Nazionale, tenendo conto sia delle indicazioni tecnico-scientifiche sia assistenziali attuali, individuò soluzioni migliorative nel rispetto delle diverse modalità organizzative regionali, prevedendo la definizione di obiettivi ampi, di linee strategiche per specifici interventi e di modelli di miglioramento della efficacia dell'assistenza, prendendo in considerazione diversi aspetti.

Le evidenze epidemiologiche dimostrarono come l'adozione di uno stile di vita più sano e dell'esercizio fisico siano importanti nel prevenire la malattia o ritardare il sorgere delle complicanze, consentendo al Servizio Sanitario Nazionale vantaggi da un punto di vista economico, e alla persona a rischio di patologie di usufruire di un trattamento con scarsi o assenti effetti collaterali, ma rilevante rispetto alla promozione della salute e del benessere in generale.

E' così che l'educazione dell'utente costituisce oggi, l'anello centrale della catena che, dalla ricerca scientifica e dalle conseguenti linee-guida mediche, conduce ai necessari cambiamenti di comportamento delle persone coinvolte.

Tale stile educativo ha in certo senso un carattere rivoluzionario in quanto basa la sua metodologia sulla concezione di un modello relazionale del tutto innovativo rispetto a quello tradizionale: la persona, infatti, non è più colui che accetta passivamente una serie di prescrizioni ma è elemento attivo e centrale di ogni tipo di intervento, che da esso trae origine e ad esso è finalizzato.

Nella complessità del *prendersi cura* è importante che nessuno si senta espropriato dei propri vissuti e che, al contrario, maturi proprio attraverso di essi, la *saggezza esperienziale*, frutto della conoscenza e della consapevolezza emotiva.

Questa combinazione, a mio avviso, rende oggi il successo di una strategia che ha antiche origini con la Rockefeller Foundation, ma chiare e moderne risoluzioni per il benessere di tutta la popolazione.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Elisabetta Marfoli,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 11/04/2014.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Elisabetta Marfoli,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 11/04/2014.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

BIBLIOGRAFIA

- Binetti P., (2004), *L'educazione terapeutica: nuove strategie didattiche e nuove dinamiche comunicative*, Clinica terapeutica, vol. 155, no9.
- Birmingham S. (1971), *The Grandees: America's Sephardic Elite*, Harper & Row, New York.
- Bloom B.S (1983), *Tassonomia degli obiettivi educativi*, Giunti e Lisciani, Teramo.
- Borghi L. (2012), *Umori. Il fattore umano nella storia delle discipline biomediche*, Società Editrice Universo, Roma.
- Borkin J. (1978), *The Crime and Punishment of I.G.Farben*, Free Press, New York.
- Bostridge M. (2009), *Florence Nightingale*, Penguin, Londra.
- Bozzoli S. (1988), *Sulla pelle dei popoli. Viaggio nel labirinto del potere mondialista*, da *L'Uomo Libero*, Milano.
- Brewster L. (2005), *The implications of nurse prescribing in stoma care*, Nurs Times, N.Y.
- Briziarelli L. (1992), *Ambiente, cultura, salute, in Educazione sanitaria e promozione della salute*, n. 2 vol. 15.
- Brunner Suddarth (2001), *Nursing Medico-Chirurgico*, Casa Editrice Ambrosiana.
- Bryce J. (1888), *The American Commonwealth*, Macmillan and Company, Vol. III, London.
- Bynum W. F., Hardy A., Jacyna S., Lawrence C., Tansey E. M. (2006), *The Western Medical Tradition: 1800 to 2000*, Cambridge University Press, USA.
- Bynum W.F. and Bynum H. (2007), *Dictionary of Medical Biography*, Greenwood, Westport, Connecticut – London vol.2.

- Bynum W.F. Fantini B. (1993), *Malaria and ecosystems: Historical Aspects, Proceedings of a Conference held at the Rockefeller Conference Centre*, Parassitologia, Lombardo Editore, Italy.
- Cagli V. (2004), *Malattie come racconti*, Armando Editore, Italia.
- Caillé A. (1998), *Il terzo paradigma. Antropologia filosofica del dono*. Bollati e Boringhieri, Torino.
- Calamandrei C. (1993), *L'assistenza infermieristica. Storia, teoria, metodi*. Editore Carocci.
- Calamari E. (1995), *I ricordi personali*, Edizioni ETS, Firenze.
- Carnegie A. (2007), *Il Vangelo della Ricchezza*, Garzanti, Milano.
- Carnegie A., (1998), *The Gospel of Wealth*, Applewood Books Bedford, Massachusetts.
- Cavicchi I. (1999), *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*, Ed. Riuniti, Roma.
- Chambers T. (2001), *The fiction of Bioethics a Précis*, The American Journal of Bioethics, 1: 40.
- Chernow R. (2004), *Titan: The life of John D. Rockefeller, Sr.*, Random House, New York.
- Clinton B. (2007), *Giving: How Each of Us Can Change the World*, Random House Large Print Publishing, New York.
- Corner G.W. (1964), *A History of the Rockefeller Institute 1901-1953. Origins and Growth*, The Rockefeller Institute Press, New York City.
- Cosmacini G., Rugarli C. (2004), *Introduzione alla Medicina*, Laterza, Italia.
- D' Ivernois J. F. (2004), Gagnayre R., *Educare il paziente*, Mc Graw-Hill, Maloine -Paris.
- D'innocenzo M., (2005) *Nuovi modelli organizzativi per l'Assistenza Infermieristica*, Centro scientifico Editore.
- De Natale M.L. (2007), *I Significati dell'Educare. Quaderni del Creada*, Ed. Insieme, Milano.

- Delfino V. (2001), *La comunicazione paziente infermiere*, Editore Centro Scientifico, Roma.
- Donelli G. Serinaldi E., (2003), *Dalla lotta alla malaria alla nascita dell'Istituto di Sanità Pubblica. Il ruolo della Rockefeller Foundation in Italia: 1922-1934*, Laterza, Bologna.
- Durana I. (1981), *Procedé d'enseignement des soins de santé primaire. Programme d'études*, La Fondation Rockefeller, New York.
- Fantini B. (1994), *La scoperta dei meccanismi di trasmissione e la lotta contro la malaria in Italia*, "Medicina nei secoli", 6: 181-212.
- Farley J. (2003), *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford University Press.
- Farley J. (2004), *International Health History To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. JAMA, The Journal of the American Medical Association, June 2, 2004, Vol 291, No. 21. - <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198819>
- Ferraresi A., Gaiani R, Manfredini M. (2004), *Educazione terapeutica*, Carocci Faber.
- Ferri G. (2010), *Manuale di Diritto Commerciale*, UTET Giuridica, Torino.
- Flexner A. (1910), *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Carnegie Foundation, New York.
- Flores G. (2004), *Doctors in the movies Arch. Dis. Child.* Dec.;89;1084-1088.
- Fosdick R.B. (1952), *The story of the Rockefeller Foundation*, Harper & Brothers Publishers, New York.
- Fosdick R.B. (1957), *La Fundación Rockefeller*. Versión Espanola de Julio Luelmo, Ediciones Grijalbo, Mèxico, D.F.
- Franza A., Mottana P. (1997), *Dissolvenze. Le immagini della formazione*, Clueb, Bologna.
- Franza A., *Retorica e Metaforica in Pedagogia*, Ed. Unicopli Bologna, 1993.

- Freud S. (1976), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in Opere, Torino, Boringhieri, vol.VIII.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Galimberti U. (1991), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Gargano A., Garrino L., Lombardo S. (2002), *Le Immagini della Formazione: Narrazioni sull'Apprendimento*, Tu-tor, Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica, 3:124.
- Gates F. (1955), *The Memoirs of Frederck T. Gates*, American Heritage 6.
- Gates, F.T. Morison R.S. (1977), *Chapters in my life*, Free Press, New York.
- Gaver A., Borkan JM., Weingarten M.A. (2005), *Illness in context and families as teachers: a year-long project for medical students Academic Medicine*, 80:448-451.
- Gazzoni F. (2007), *Manuale di Diritto Privato*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Geenalgh T., Hurwitz B. (1998), *Narrative Base medicine*, BMJ Books, London.
- Gemelli G. (2004), *Filantropi di Ventura. Rischio, responsabilità, riflessività nell'agire filantropico*, Baskerville UNIPress, Bologna.
- Gemelli G. Picard J.F. Schneider W.H. (1999), *Managing medical research in Europe. The role of the Rockefeller Foundation (1920s-1950s)*, Clueb, Bologna.
- General Education Board (1902-1914) (1915), *The General Education Board: An Account of its Activities*.
- Goudbout J.T. (1993), *Lo spirito del dono*, Bollati e Boringhieri, Torino.
- Ingrosso M. (1992), *L'educazione alla salute: prevenzione o promozione?* (1° parte), in Prospettive sociali e sanitarie, n. 3.
- Lowy I. Zylberman P. (2000), *Medicine as Social Instrument: Rockefeller Foundation, 1913-45*, in "Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences", 31C, 3, pp.365-380, in particolare p.367.
- Magris F. (2007), *La Filantropia, arte a doppio taglio*, Garzanti, Milano.
- Marino F., Moroni A. (1998), *Il ruolo dell' educazione terapeutica nel piano sanitario nazionale 1998-2000*, in L'arco di Giano, n.18, 12.

- Marriner A. (1989), *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- Mauss M. (1991), *Saggio sul dono*, tratto da *Teoria generale della magia*, Einaudi, Torino.
- McGehee Harvey A. et al. (1989), *A model of Its King*, The Johns Hopkins University Press, vol.1- vol. 2, Baltimora.
- Mead P.A. (1995), *The Rockefeller Foundation: operations and research in the control and eradication of malaria*. Rockefeller Foundation, New York.
- Miller F.P. Vandome A.F. McBrewster J. (2010) *Charles Pratt and Company: Charles Pratt, Henry H. Rogers, John D. Rockefeller, Standard Oil, Oil industry, Kerosene*, Alphascript Publishing, Florida.
- Montague G.H. (2003), *The rise and progress of the Standard Oil Company*, Kitchener-Ontario: Batoche Books.
- Morison S.E. and Commager H.S. (1950), *The Growth of the American Republic*, Oxford University Press, 4th ed., Vol. II, New York.
- Nevins A. (1940), *John D. Rockefeller: The Heroic Age of American Enterprise*, Charles Scribner's Sons, 2 vols, New York.
- Nevins A. (1953), *Study In Power: John D. Rockefeller, Industrialist and Philanthropist*, Charles Scribner's Sons, 2 vols, New York.
- Nevins A. (1975), *The Rockefeller Syndrome*, Lyle Stuart, New York.
- Nightingale F. (2005), *Lettere alle infermiere*, CNAI, Roma.
- Osler W. (1892), *The Principles and Practice of Medicine*, D. Appleton and Company, New York.
- Osler W. (1901), *The Natural Method of Teaching the Subject of Medicine*, JAMA 36, citato in McGehee Harvey 1989, vol. 2.
- Osler W. (1906), *Aequanimitas. With other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*, 2° ed., Lewis, London.
- Osler W. (2010), *L'evoluzione della medicina Moderna*. Prefazione di Luca Borghi, EDIScienze, Florida.

- Ostrower F. (1997), *Why the Wealthy Give: The Culture of Elite Philanthropy*, Princeton University Press, Bologna.
- Penfield W. (1967), *The difficult Art of Giving: The Epic of Alan Gregg*, Little Brown, Boston.
- Piccialuti M.(a cura di) (2003), *Fonti per la Storia della Malaria in Italia*, Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Direzione Generale per gli Archivi, Roma, 2 Vol.
- Polanyi K. (1980), *Sulla trattazione comparata delle istituzioni economiche dell'antichità, con esempi tratti da Atene, Micene e Alalakh*, in “Economie primitive, arcaiche e moderne”, Einaudi, Torino.
- Porter R. (2008), *The Cambridge History of Medicine*, Cambridge University Press.
- Ranci C. (2006), *Il Volontariato*, Il Mulino, Bologna.
- Richter A. (2009/2010), *Venture Philanthropy*, Die Elite der Stiftungsexperten im deutschsprachigen Raum.
- Rockefeller J.D. (1924), *The personal relation in industry*, Boni and Liveright, New York.
- Rockefeller J.D. (1937), *Random Reminiscences of Men and Events*, Doubleday and Company, Garden City.
- Rockefeller J.D., Ernst J. W. (1994), *“Dear Father”/“Dear Son”:* *Correspondence of John D. Rockefeller and John D. Rockefeller, Jr*, Fordham University Press, New York.
- Ruggiero M.A. (2003), *Investire sull'intelligenza del territorio per l'attuazione del diritto allo sviluppo. Sistema integrato e progettazione complessa per la riforma del welfare: la L.Q. 328/00*, Edizioni Seam, Roma.
- Ruggiero M.A., Mazzatosta T.M. (2000), *Responsabilità e abuso pedagogico- Pedagogia delle regole e interpretazione continua delle norme educative*, Edizioni Seam, Roma.
- Sacco P.L. Zamagni S. (1994), *Un approccio dinamico evolutivo all'altruismo*, Rivista Internazionale di Scienze Sociali, n°2.

- Sen A. (1988), *Etica ed Economia*, Laterza, Bari.
- Sironi C. (1991), *Storia dell'Assistenza Infermieristica*. Editore Carocci, Italia.
- Smillie W.G. (1955), *Public Health, Its Promise for the Future*, The Macmillan Company, New York.
- Smith A. (1995), *Teoria dei sentimenti morali*, a cura di Lecaldano E., BUR, Milano.
- Smith, A. (1991), *Teoria dei Sentimenti Morali*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana.
- Spinanti S. (2001), *L'educazione Terapeutica*, Esse Editrice.
- Stapleton D.H. (2000), *Internationalism and nationalism: the Rockefeller Foundation, public health, and malaria in Italy, 1923-1951*. *Parassitologia* 42 (1-2):127-34, New York.
- Tarbell I.M. (1905), *John D. Rockefeller A Character Study*, McClure's Magazine, New York.
- Tarbell I.M. (1966), *The History of the Standard Oil Company*, Briefer Version, Edited by David M. Chalmers, New York.
- Taylor P. (2004), *How increased nurse prescribing can improve stoma care practice*. *Nurs Times*.
- The Rockefeller Foundation (1928), *Methodos and problems of medical education*, The Rockefeller Foundation, New York.
- The Rockefeller Foundation (1968), *President's review & annual report: 1967*, The Rockefeller Foundation, New York.
- The Rockefeller Foundation (1970), *President's review & annual report: 1970*, The Rockefeller Foundation, New York.
- Vineis P., Dirindin N. (2004), *In Buona Salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi.
- Zannini L. (2008), *Medical Humanities e Medicina Narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.