

# IL VILLAGGIO MORELLI

IDENTITÀ PAESAGGISTICA E PATRIMONIO MONUMENTALE

A cura di Luisa Bonesio e Davide Del Curto



DIABASIS



TERRA E MARE

Collana di Geofilosofia diretta da Luisa Bonesio e Caterina Resta

· 05 ·

Dopo la fine dell'ordine cosmico su cui si reggevano le civiltà antiche, dopo il tramonto della Cristianità medievale e il naufragio del delirio prometeico della Modernità, il globo sul quale ormai sappiamo d'avere un destino comune attende con urgenza un nuovo *Nomos*. Diviene dunque ineludibile, di fronte alla crisi che pervade ogni aspetto della vita sul nostro pianeta, tornare a pensare il *sensu* e le *possibili forme* del nostro *abitare* sulla Terra. Ciò può avvenire soltanto a partire da un radicale ripensamento del Luogo, in quanto spazio non meramente astratto e geometrico, ma concreto lembo di terra, ogni volta *singolare*, qualificato dall'incontro tra natura e cultura e dalle loro stratificazioni storiche, nel convincimento che l'odierno galoppante processo di delocalizzazione non produce unicamente spaesamento, ma impedisce anche ogni possibilità di futuro soggiorno, senza del quale l'umanità è certamente destinata alla sparizione.

Il volume è realizzato con il contributo di



*Progetto grafico*  
BosioAssociati, Savigliano (CN)

*In copertina*  
Villaggio Sanatoriale di Sondalo (Sondrio), Padiglione Servizi, angolo ovest  
Foto Luisa Bonesio © 2010

ISBN 978-88-8103-767-4

© 2011 Edizioni Diabasis  
via Emilia S. Stefano 54 I-42121 Reggio Emilia Italia  
telefono 0039.0522.432727 fax 0039.0522.434047  
[www.diabasis.it](http://www.diabasis.it)

# Il Villaggio Morelli

## Identità paesaggistica e patrimonio monumentale

A cura di Luisa Bonesio e Davide Del Curto



DIABASIS



# Il Villaggio Morelli

## Identità paesaggistica e patrimonio monumentale

A cura di Luisa Bonesio e Davide Del Curto

- 7     Introduzione
- IL VILLAGGIO SANATORIALE DI SONDALO:  
ARCHITETTURA, URBANISTICA, PAESAGGIO
- 15    Il Villaggio Sanatoriale di Sondalo come invenzione  
di un paesaggio culturale, *Luisa Bonesio*
- 39    La qualità del progetto costruisce risorse  
per il territorio, *Enrico Moratti, Stefano Boninsegna,  
Luca Gadola, Pietro Maspes*
- 55    La grammatica dell'osservare. Tipo architettonico  
e atto insediativo nel Villaggio Morelli di Sondalo  
*Annalisa Trentin*
- 73    Spunti per una lettura del Villaggio  
come un paesaggio di architetture, *Graziano Tognini*
- 95    Architettura e politica: il caso del Villaggio  
Sanatoriale come luogo di controversie, *John Sandell*
- 117   Il Parco dell'Ospedale Morelli di Sondalo  
*Francesco Cossi*
- IL "VILLAGGIO" E IL CONTESTO ITALIANO  
ED EUROPEO
- 149   Respirare l'aria pura delle Alpi. Dalla Svizzera all'Italia:  
lo sviluppo delle stazioni di cura montane, *Daniela Vaj*
- 171   Città sanatoriali delle Alpi francesi: inventario  
e patrimonializzazione, *Philippe Grandvoinet*

- 189 La costruzione della rete sanatoriale italiana  
*Davide Del Curto*
- 225 La bellezza inconsapevole. Il Villaggio Morelli  
di Sondalo e la costruzione del territorio valtellinese  
*Giacomo Menini*
- 245 Il tempo non esiste. L'architettura dei sanatori:  
un passato tra malattia e cura, *Luciano Bolzoni*
- 261 Un enigma nel paesaggio alpino: quando il paesaggio  
ci interroga, *Darko Pandakovic*
- 277 *Tra monti*

## *La costruzione della rete sanatoriale italiana*

Davide Del Curto\*

### *1. La lotta alla tubercolosi nell'Italia fascista. La bonifica del popolo*

La lotta statale alla tbc è stata intrapresa in Italia dopo la promulgazione del D.L. n. 2055, 27 ottobre 1927, che istituiva l'assicurazione antitubercolare obbligatoria per i lavoratori dipendenti, avviava l'opera dispensariale e la costruzione della rete sanatoriale italiana. La lotta alla tubercolosi costituì una delle azioni della politica sociale dal governo fascista ed è stata definita la prima e più importante tra tutte le bonifiche, la bonifica del popolo, in quel coacervo di retorica, populismo e impegno sociale che ha caratterizzato la propaganda di regime e i suoi strumenti<sup>1</sup>.

Nessuna nazione europea investì politicamente nell'edilizia pubblica e nell'architettura come l'Italia fascista. Il marchio del regime venne impresso dentro e fuori la Capitale, con la costruzione di centinaia di case del fascio, case dell'Opera Nazionale Balilla, torri littorie, palazzi del governo, scuole colonie, palazzi di giustizia, uffici postali, piscine in tutto il territorio nazionale come testimoniato dalla spasmodica agenda di inaugurazioni che impegnano il vertice del regime in quegli anni. Il vasto quadro proposto da Paolo Nicoloso sul rapporto tra fascismo e architettura riporta in apertura l'espressione usata da Marcello Piacentini nel 1941, secondo il quale in Italia si è costruito «tanto quanto nessun altro popolo nello stesso periodo ha neanche lontanamente pensato di fare». Nelle parole dello stesso Piacentini ricorrerà l'immagine sinistramente efficace e più volte ripresa in seguito della nazione trasformata in un «immenso cantiere fumante». L'attenzione spasmodica del regime, del suo vertice in modo particolare, si concentrò tanto sul fatto edilizio come importante fattore economico anticongiunturale, quanto sul

\* Dottore di ricerca in Architettura, DIAP, Politecnico di Milano.



fatto architettonico, quale strumento per il governo dell'immagine e la formazione della nazione fascista. In una Italia ancora fortemente agricola e poco urbanizzata, eppur desiderosa di modernità e di città, il fascismo rivelò grande attenzione e capacità di impiegare l'architettura come fatto estetico, in grado di scolpire nel marmo e nei duraturi materiali edili l'immagine collettiva e nazionale, un'architettura insieme modernissima, romana e classica, un'azione edilizia insieme socialista e assolutista<sup>2</sup>.

Roma fu naturalmente il palcoscenico principale per la duplice azione di rinnovamento del tessuto urbano: da un lato il "piccone riformatore" con le opere di "risanamento" del centro storico, la liberazione dei monumenti, la demolizione del ghetto, la costruzione degli argini del Tevere, la demolizione del Borgo di Spina, l'apertura di via dei Fori Imperiali ecc.<sup>3</sup>; dall'altro la costruzione dei nuovi poli architettonici: i palazzi pubblici, il Foro Italico, la collina ospedaliera di Monte Verde, la Città Universitaria e, soprattutto, il quartiere sperimentale per l'esposizione universale del 1942<sup>4</sup>, lungo la via del Mare.

Un concerto di iniziative che impegnò e promosse tutta una generazione di architetti che non conoscerà eguali e che fu in buona parte orchestrata dal "sommo architetto" Marcello Piacentini, vicinissimo al vertice e onnipresente nei principali progetti nella Capitale e nelle altre città: a Milano, per esempio, si ricordi il contributo per il Palazzo di Giustizia, la sistemazione di Piazza Duomo, i rapporti con il razionalismo lombardo. Piacentini fu "architetto di Stato" e solo tardivamente dissidente, ottenne presto la stima personale di Mussolini che ne apprezzava la capacità figurativa e compositiva, in linea con le indicazioni di italianità, classicità e modernità, abilmente bilanciate ai rispettivi propositi e, soprattutto, le straordinarie doti organizzative che gli permisero di sovrintendere con successo a una quantità strabiliante di incarichi, anche grazie ai due efficienti studi di Roma e Milano. La storiografia del dopoguerra ha già minutamente tratteggiato la complessa figura di Piacentini, anche nei rapporti di compromissione e nella progressiva divergenza dal regime e dallo stesso Mussolini il quale, proverbialmente diffidente, lasciava fare, sorvegliando le mosse del ricco e potente architetto per mano della polizia segreta che ne controllava il telefono, istruendo una modernissima attività di "dossieraggio"<sup>5</sup>.

La costellazione di iniziative edilizie intrapresa fuori dalla capitale offre l'immagine di una azione programmaticamente capillare e di un controllo delle procedure finalizzato a veicolare la costruzione del consenso per un governo attivo e onnipresente. La grande opera delle bonifiche agrarie non è forse la più rilevante per impiego di risorse e ricaduta di effetti, ma è sicuramente l'episodio di maggior valore simbolico. Essa rappresenta la prima opera di colonizzazione intrapresa in Patria con il suolo strappato alla palude e alla malaria, la migrazione di intere popolazione di coloni<sup>6</sup> e, soprattutto, la fondazione delle nuove città fasciste<sup>7</sup>. La bonifica Pontina è l'opera più riuscita, compiuta e pubblicizzata. La costruzione di Sabaudia e soprattutto del capoluogo Littoria offrono grandi occasioni di esercizio per moderne ed esemplari architetture come il palazzo delle Poste di Mazzoni, alle cui finestre il progettista aveva fatto applicare reti zanzariere antimalariche di forma semicilindrica che secondo Tommaso Marinetti contribuivano a conferire un tono futurista all'edificio, ma che vennero rapidamente rimosse, non per ragioni estetiche, ma perché parevano contraddire l'effettiva riuscita dell'opera di bonifica<sup>8</sup>.

In questo fervore di opere edilizie e opere sociali, la bonifica più importante, la madre di tutte le bonifiche è, negli echi della propaganda di regime, la "bonifica del popolo", l'estirpazione delle malattie endemiche responsabili di fiaccare la nazione fascista proprio nella carne: la malaria, per il tramite delle bonifiche agrarie, e la tubercolosi, con l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria e la costruzione della rete sanatoriale nazionale<sup>9</sup>.

## *2. Origini e sviluppo della terapia sanatoriale.*

### *Il sanatorio come strumento di cura*

Occorre ricordare come, ancora all'inizio degli anni Venti e fino a tutto il secondo dopoguerra, il ricovero sanatoriale sia rimasto l'unico rimedio per la cura della tubercolosi polmonare, essendone già nota la causa biologica, il bacillo individuato da Koch nel 1882, ma ancora inefficace il rimedio antibiotico in grado di contrastare la malattia debellando l'agente patogeno, la cui definizione, con il nome di streptomina, maturerà solo nei primi anni Cinquanta.

La terapia sanatoriale era una cura palliativa per il controllo dei sintomi e lo stimolo delle difese immunitarie, mediante la triade “aria – riposo – alimentazione”. Il certificato di dimissione riportava, ancora fino a tutti gli anni Trenta, la dicitura “guarigione apparente”, non essendo provato l’effetto della terapia sulla causa patologica. Il ricovero era tuttavia soprattutto una forma di isolamento dei malati dal resto della comunità, per prevenire il rischio di contagio.

Il metodo si diffuse e affinò nell’Europa continentale durante la seconda metà del XIX secolo, quando numerosi istituti sorsero attorno all’arco alpino per la cura della malattia che in questo periodo presentava una delle più significative riaccensioni<sup>10</sup>, in seguito allo sviluppo industriale e al formarsi delle grandi concentrazioni urbane<sup>11</sup>.

La storia dell’architettura si è solo recentemente interessata a questo tema, sia in Italia<sup>12</sup> che nelle altre nazioni europee<sup>13</sup>. Gli elementi per tracciare un quadro dell’architettura sanatoriale vanno infatti ricercati più nella storia delle medicina che nella storia dell’architettura. Gli studi hanno notato in particolare come la progettazione degli edifici sanatoriali sia stata sovente il frutto della stretta collaborazione di competenze tecniche e competenze mediche, tanto che al disegno del sanatorio lavoravano a quattro mani il medico e l’architetto.

La terapia sanatoriale si modificò e precisò dopo la metà dell’Ottocento, essendo inizialmente basata sull’isolamento dei pazienti, sul controllo del rischio di contagio e sull’applicazione di precetti igienici fondamentali, alimentazione controllata, pulizia, riposo, luce, aria, così da preservare il corpo dagli ambienti malsani che avevano propiziato lo sviluppo della malattia, applicati per la prima volta nella clinica del dr. Hermann Brehmer nella Slesia, a Goebersdorf, l’attuale Sokolowsko.

Il sanatorio di Goebersdorf fu costruito in forme neogotiche a più riprese dal 1859 e aveva nell’isolamento rispetto alla città e nella presenza di fitti boschi resinosi i soli strumenti di cura. Non manifestava le particolari soluzioni tipologiche e costruttive che sarebbero state progressivamente sviluppate negli istituti costruiti in seguito e si presentava sostanzialmente nelle forme di un grande albergo, disegnato soprattutto con una certa attenzione alle forme, all’arredo e al comfort del soggiorno.

Il sanatorio di Falkenstein, costruito pochi anni più tardi per

iniziativa di Peter Dettweiler, che di Brehemer era stato assistente, era ancora molto simile a un grande e confortevole hotel ma presentava già, in embrione, molte delle soluzioni tipologiche e costruttive che saranno in seguito perfezionate: ortogonalmente a un corpo centrale destinato ad accogliere i servizi comuni, un unico edificio per gli ambienti di degenza si disponeva verso il sole secondo uno schema a “C”, pensato per proteggere il fronte dai venti nocivi. Al piede dell’edificio era una lunga veranda destinata alla cura della sedia a sdraio, cui i pazienti erano chiamati a sottoporsi per lunghe ore durante la giornata. La terapia basata sull’isolamento e la cura d’aria si perfezionò con il ricovero in alta quota, per sfruttare i benefici effetti dell’aria di montagna nel trattamento delle patologie polmonari. Alexandre Spengler fu il primo a costruire un sanatorio per tubercolosi nella conca di Davos che, in pochi anni, divenne la principale stazione climatica europea specializzata nella cura delle tbc polmonare.

Il dr. Karl Turban formalizzò<sup>14</sup> proprio a Davos, all’inizio del Novecento, i precetti della cura in quota che, accanto all’isolamento e al controllo delle condizioni igieniche, prevedeva la prolungata esposizione ai benefici effetti del clima e dell’aria montana, secondo una rigida disciplina di ricovero basata sulle interminabili ore di cura e silenzioso riposo sulla sedia sdraio, scandite solo dai cinque abbondantissimi pasti consumati negli ambienti di soggiorno:

entrarono nella sala luminosa, dalla volta piatta, dove si udiva un incrociarsi di voci, un acciottolio di stoviglie e le cameriere accorrevano con bricchi fumanti. [...] si sedette e avvertì con piacere che la prima colazione era considerata un pasto serio. [...] La sala era costruita in quello stile moderno che alla più pratica semplicità sa conferire un certa nota fantastica<sup>15</sup>.

L’istituzione di sanatori in Italia si deve alle diverse iniziative di un gruppo di giovani tisiologi che, nei primissimi anni del XX secolo, a margine del I congresso italiano di tisiologia e del relativo concorso nazionale di architettura, per il progetto di un sanatorio<sup>16</sup> (1900), si adoperano per l’impianto delle cliniche per la cura della tbc polmonare sull’esempio dei colleghi europei con i quali è docu-



Fig. 1. Sanatorio di Brehmer a Goebersdorf, vista della *Neue Kurbaus* (da A. Knopfs, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire*, tesi di laurea in Medicina, presentata e discussa il 20 giugno 1895 presso la Facoltà di Medicina di Parigi, p. 85).

mentata una precoce corrispondenza, a testimoniare una modernissima e consolidata circolazione di informazioni e idee<sup>17</sup>. L'avvio di un sanatorio rappresentava, in questa fase, soprattutto una vera e propria iniziativa imprenditoriale, basata sulla costituzione di società di capitale per la costruzione e la gestione dei sanatori, e finalizzata allo sfruttamento dell'“industria del tubercoloso”, che nelle speranze dei promotori era destinata a essere “redditizia e permanente” perché, diversamente da quella turistica del sano, *non conosce fermi stagionali*<sup>18</sup>.

La Valtellina può vantare il primato italiano in materia sanatoria-  
le grazie alla costruzione, a Sondalo nel 1903, del “Primo sanatorio italiano Pineta di Sortenna”, su progetto di Achille Manfredini e per iniziativa di Ausonio Zubiani, il quale, completati gli studi a Pavia e tornato nella natia Sondalo, rinuncia alla dura carriera di medico condotto per tentare l'impresa del sanatorio in quel misto di socialismo filantropico e spirito imprenditoriale caratteristico degli ambienti progressisti dell'epoca anche nella provincia valtellinese<sup>19</sup>. Sulle pendici del monte di Sortenna furono costruiti altri due importanti sanatori di

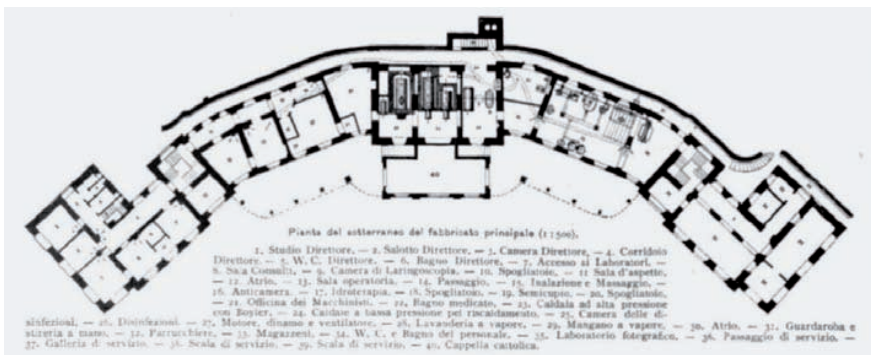
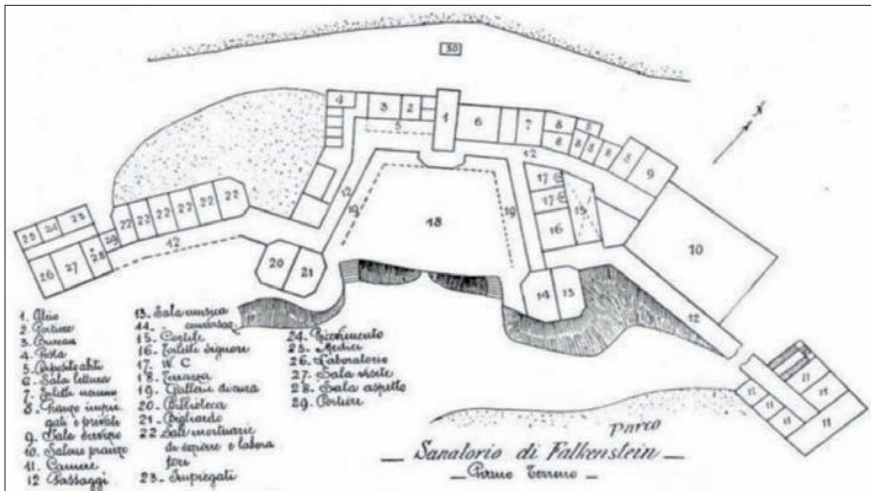


Fig. 2. Planimetria del sanatorio Dettweiler a Falkenstein (da F. Donati, *Sanatori esteri ed istituzioni dei sanatori in Italia*, stampa a cura dell'autore presso la Tipografia Operaia, Milano 1900, p. 5).

Fig. 3. Il Progetto per il sanatorio di Sortenna (da A. Manfredini, *Il primo sanatorio italiano per ammalati di petto in Sondalo-Alta Valtellina*, «L'edilizia moderna», anno XIII, 10, ottobre 1904, p. 52).

iniziativa privata, l'Abetina (1927) e Vallesana (1929), a costituire un vero polo sanatoriale nazionale che preparava il terreno perché la località fosse individuata per la costruzione del Villaggio Morelli.

Pochi anni dopo la costruzione del sanatorio nella Pineta di Sortenna, destinato ad accogliere malati agiati, cioè paganti, l'iniziativa del tisiologo milanese Francesco Gatti, portò alla costruzione del sanatorio popolare "Umberto I" della città di Milano, nella pineta di Prasomaso, presso Tresivio, in media Valtellina. Questo istituto, completato nel 1927 con un secondo padiglione "Gatti Rogorini" riservato ai fanciulli, rappresenta una netta evoluzione in senso sociale nell'applicazione della terapia sanatoriale perché costruito e gestito dall'Opera Pia Sanatori Popolari Milanesi, società privata a scopo benefico finalizzata a estendere i buoni effetti del ricovero in sanatorio anche alle classi meno abbienti, le quali, non potendo sostenere il costo della diaria, erano di fatto escluse dall'unico ancorché palliativo, rimedio<sup>20</sup>.

### 3. *Da mal sottile a peste bianca. La questione tubercolare dopo la Grande Guerra e l'assicurazione antitubercolare obbligatoria*

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi fu istituita con il R.D.L. 27 ottobre 1927, n. 2055, convertito nella legge 20 maggio 1928, n. 1132, ed entrò in vigore il 1° luglio 1928. Le prestazioni ebbero inizio col 1° gennaio 1929.

Le origini di questa organizzazione risalgono a molti anni prima e la messa a fuoco del carattere sociale del problema tubercolare coincide con l'aumento della mortalità per tbc durante e dopo la Grande Guerra. Il "mal sottile" acuiva la propria connotazione di malattia sociale attorno al quale fiorirono iniziative di contrasto su vasta scala con opere a metà strada tra iniziativa sociale, filantropia e impresa economica. Accanto all'esperienza di Fabrizio Maffi e del sanatorio del Gottardo<sup>21</sup>, la Lombardia diede un contributo determinante con l'opera dispensariale e soprattutto con l'Opera Pia Sanatori Popolari, che proseguiva la tradizione tutta lombarda e soprattutto meneghina dell'impresa sociale e assistenziale, le cui radici caratterizzano ancora nettamente il modello sanitario regionale.

Già il D.L.L. del 26 luglio 1917 – convertito in legge nel 1919 – autorizzava la Cassa Depositi e Prestiti a concedere a Comuni, Province ed Enti benefici mutui fino a 45 milioni di lire con l'inte-





*Fig. 4.* Cartolina pubblicitaria con tutti i sanatori di Sondalo (anni Cinquanta).

*Fig. 5.* Il complesso sanatoriale di Prasomaso in una cartolina del 1941.

resse a carico dello Stato «per provvedere alle opere relative alla costruzione e all’adattamento di speciali luoghi di cura di tipo sanatoriale od ospedaliero – sanatoriale per gli ammalati di tubercolosi»<sup>22</sup>. Da questo momento la lotta contro la tubercolosi in Italia cessò di essere una questione di beneficenza privata e si fondò su provvedimenti dello Stato<sup>23</sup>. L’intervento pubblico prevedeva un disegno articolato in cui dispensari urbani e rurali per “tubercolizzati”, sanatori di montagna per “tubercolotici”, sanatori di pianura per “tisi- ci”, sanatori popolari secondo il “metodo tedesco” e “dispensari profilattici” secondo il “metodo francese” si allineavano in un sorta di via italiana della lotta antitubercolare.

Ma a questo avvio dell’azione di Stato mancava ancora l’assicurazione obbligatoria contro la malattia estesa a tutti i lavoratori, il cui disegno di legge era già stato approvato dalla Camera<sup>24</sup>.

Il fenomeno tubercolare, dopo le punte toccate durante la Guerra, stagnava nella situazione che fu definita di «tragica immobilità», perché, se dall’inizio del secolo la morbilità generale aveva segnato un miglioramento del 24%, quella tubercolare non era diminuita che del 14%. Considerato che il numero dei morti per tubercolosi ogni anno era prossimo a 60.000, il bilancio degli enti pubblici preposti all’assistenza non era in grado di sostenere l’onere di una assistenza sanatoriale estesa a tutte le categorie e la soluzione non poteva trovarsi che in un nuovo strumento previdenziale.

Nacque così la legge sull’assicurazione contro la tubercolosi pro-



spettata insieme a quella per le malattie professionali come avviamento all'assicurazione contro tutte le malattie. Si tratta di un provvedimento a sé stante fra tutte le leggi assicurative perché rappresentava una linea di congiunzione tra assicurazione e assistenza, sia pur limitatamente al settore tubercolare. La sua funzione di integrazione ha trovato la logica applicazione nel coordinamento dell'azione assicurativa con l'attività degli altri enti assistenziali ed essenzialmente dei Consorzi Provinciali Antitubercolari.

Il decreto legge 27 ottobre 1927, n. 2055, riservò ai C.P.A. la preminente attività profilattica, sollevandoli dall'onere dell'assistenza curativa della popolazione assicurata (ora 23 milioni circa) affidato alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. La CNAS fu istituita nel 1919 per l'assicurazione obbligatoria per l'invalidità e vecchiaia, la gestione dell'assistenza e della cura del malato e dei suoi familiari. Vennero assicurati tutti i lavoratori subordinati di ambo i sessi tra i 15 e i 65 anni e gli impiegati con stipendio inferiore alle 800 lire; beneficeranno della CNAS (che diventerà INFPS dal 1933) in tutto 18 milioni di cittadini.

Occorre inoltre sottolineare come le prestazioni dell'assicurazione per la tbc non fossero limitate nel tempo – come normalmente per le assicurazioni di malattia – ma duravano finché permanevano le condizioni che avevano motivato la concessione, cioè fin quando sussisteva la necessità del ricovero «secondo la comune tecnica clinica». Inoltre, l'assicurato che avesse usufruito una prima volta delle prestazioni antitubercolari, conservava il diritto, limitato alle sole cure mediche, in caso di ricaduta. Queste caratteristiche sono peculiari dell'assicurazione antitubercolare e stabilivano per questa malattia un trattamento a sé stante in confronto alle altre, in considerazione del suo carattere di pericolosità sociale e nel proposito di conseguire, con il trattamento dei singoli malati, la difesa profilattica della collettività.

L'assistenza antitubercolare in regime assicurativo conobbe il progressivo e rapido superamento della carenza di posti-letto del primo dopoguerra e il progressivo aumento del ricorso alle cure sostitutive del ricovero (particolarmente le cure domiciliari, cessate nel 1937). Il legislatore estese progressivamente l'obbligo della iscrizione a categorie professionali e sociali inizialmente escluse ma ugualmente a rischio come i coloni e i mezzadri e, successivamente, i maestri e i

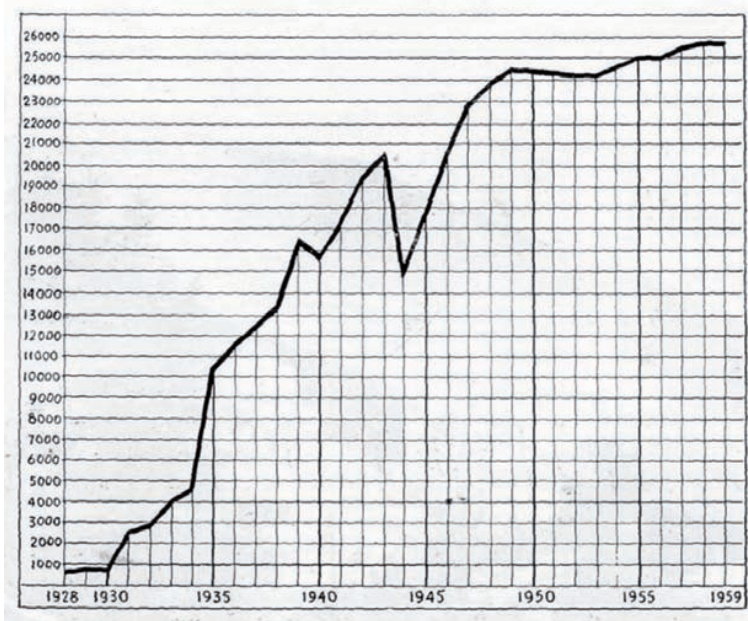


Fig. 6. Incremento dei posti letto nelle case di cura a gestione diretta I.N.P.S. (da *Origini e sviluppi dell'assicurazione contro la tubercolosi*, in *L'Istituto Nazionale Previdenza Sociale nella lotta contro la tubercolosi*, Roma 1947).

direttori didattici. La legge 28 luglio 1950, n. 633, decretò l'abolizione del limite mensile di retribuzione per l'obbligo assicurativo, estendendone l'applicazione alla categoria impiegatizia<sup>25</sup>.

#### 4. La costruzione della rete sanatoriale italiana

La lotta antitubercolare in regime assicurativo può essere definita mediante tre aggettivi: statale, agita cioè dallo Stato e non da soggetti, benemeriti, filantropici o privati comunque intesi; sociale, cioè di tutti e per tutti, perché la differenza di classe sottesa alla diffusione della malattia richiedeva una sorta di "patto sociale" e l'istituzione di uno strumento finanziario, la legge antitubercolare obbli-

gatoria per alimentare speranze di effettivo e diffuso successo; sanatoriale, perché la tubercolosi si curava solo con la terapia sanatoriale e per il tramite del sanatorio, inteso sia come compendio di regole igieniche, consulto medico e disciplinata condotta di degenza sia come struttura architettonica, conformata e progressivamente affinata per essere un vero e proprio strumento di cura.

Eugenio Morelli (Teglio, 1881 – Roma, 1960) fu nominato “alto consulente medico” della CNAS<sup>26</sup> quando era da pochi mesi direttore della Clinica della tubercolosi e delle malattie respiratorie di Roma, con l’incarico di sovrintendere all’applicazione della legge sull’assicurazione antitubercolare obbligatoria e di impiegarne le risorse per costituire una rete di istituti di cura sull’intero territorio nazionale. La figura di Morelli, clinico fisiologo, poi segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei medici, è caratterizzata da studi fisiologici e ricerche clinico-sperimentali. Il perfezionamento del pneumotorace con l’“apparecchio di Morelli”, le proposte in campo di chirurgia toracoplastica ne facevano il maestro di seconda generazione di una disciplina specialistica che cresceva a dimensione “sociale” tanto quanto era cresciuta la malattia.

Il primo compito fu quello di formare i medici specializzati. Nella Clinica romana, il sanatorio Ramazzini presso Porta Furba, nasceva così la prima scuola di fisiologia italiana. Molti erano i medici che per propensione, vocazione o per opportunità di carriera, erano impegnati nella nuova organizzazione e Morelli ne riassumeva il carattere e le aspirazioni:

Primo compito [...] era quello di creare i medici che potessero coadiuvare. Come non è concepibile vincere una battaglia senza ufficiali, così non sarebbe concepibile tentare la battaglia igienica senza medici specializzati. I nostri quadri sono formati dalla grande falange dei medici, ovunque distribuiti; lo stato maggiore è fatto dagli specialisti. Se tutta questa coorte non si collegasse intimamente, sarebbe vana speranza la vittoria. Ove la cura fosse deficiente, vuoti sarebbero gli edifici<sup>27</sup>.

Secondo, costruire sanatori: «La legge dell’assicurazione obbligatoria è ormai un fatto compiuto [...] Alla Cassa Nazionale è stata imposta la costruzione di ben ventimila posti letto». Creare i medici qualificati e costruire gli edifici per formare la rete sanatoriale in

regime assicurativo. Per Morelli «l'economia nazionale richiede una visione integrale ospedaliera» e, operando «la ricognizione diretta, l'accertamento personale e insistito del terreno a nord, a sud, nelle isole, nelle montagne della Valtellina», egli fece dell'Italia un «grande cantiere sanatoriale», riprendendo ancora una volta l'immagine già usata da Piacentini.

L'endemica carenza di posti letto per il ricovero dei tubercolotici indusse la CNAS ad adottare anche temporanee misure parallele per la cura ambulatoriale e domiciliare. Alla fine del 1929, l'assistenza verso gli assicurati (e familiari a carico) affetti da tubercolosi si era effettuata secondo le seguenti forme:

ricoveri in istituto di cura	n. 9.348
cura a domicilio	n. 4.222
cura ambulatoriale	n. 4.851

La relazione ministeriale per la conversione in legge del R.D. 27 ottobre 1927, n. 2055, indicava l'obbligo di istituire 20.000 posti letto entro 10 anni. La CNAS impostò così un programma di costruzioni con precedenza verso l'immediato bisogno di ospedali-sanatoriali di pianura, destinati a raccogliere la maggior parte dei malati e in ogni caso i malati più gravi, provvedendo poi a un disegno di più ampia prospettiva, che prevedeva la costruzione di istituti per il trattamento delle diverse tipologie della malattia e dei diversi stadi del decorso. L'azione combinata dell'Istituto centrale e dei Consorzi Provinciali determinò un'azione, occorre dirlo, repentina: dalle 43 unità presenti del 1923, con 8.000 posti letto, si balzò a 425 istituti di cura nel 1939, con 40.000 posti letto, pari a un letto ogni 1.000 abitanti, di cui la metà in strutture costruite e allestite direttamente dalla CNAS.

Conformemente alle istruzioni ministeriali, tali istituti erano distinti nelle seguenti categorie:

- 1) Sanatori propriamente detti o sanatori climatici;
- 2) Ospedali sanatoriali;
- 3) Reparti ospedalieri per tubercolotici;
- 4) Infermerie per tubercolotici;
- 5) Colonie post-sanatoriali: a) lavorative; b) per migliorati stabili.

Il tema degli ospedali sanatoriali venne affrontato individuando un tipo architettonico moderno, efficace, economico e facilmente riproducibile, controllando i costi; un tipo di edificio che raccogliesse e precisasse le soluzioni tipologiche e costruttive maturate nel corso delle esperienze italiane ed europee nei precedenti settanta anni, superando caratteristiche e scelte ormai obsolete rispetto all'evoluzione della tecnica ospedaliera e spesso inadatte al conclamato e urgente proposito di estendere i benefici della terapia sanatoriale a grandi masse di malati. I nuovi edifici antitubercolari avrebbero dovuto superare l'immagine nefasta, ormai consolidata del tubercolosario come luogo di sofferenza, contagio e morte, contro cui spesso non valevano le forme di persuasione e propaganda<sup>28</sup>.

Saranno costruiti ospedali sanatoriali, non tubercolosari: di questi si deve dimenticare persino la parola. I tubercolosari erano depositi di gente votata alla morte; erano ricetto di angosciati senza più speranza di guarire [...] all'ospedale sanatoriale debbono trovare ricetto non solo i malati gravi ma anche i lievi, non solo i morituri ma anche i guaribili<sup>28</sup>.

##### *5. L'Ufficio Costruzione Sanatoriali e il progetto del sanatorio-tipo*

Alla CNAS spettò dunque il compito di progettare le strutture per la cura della tubercolosi. Morelli, affiancato dall'allora direttore sanitario della Cassa, Giannini, dispose l'organizzazione di un vero e proprio ufficio tecnico centrale destinato a elaborare le tipologie architettoniche fondamentali per la costruzione degli ospedali sanatoriali, gli istituti di città che, sulla base di questi prototipi, sarebbero poi stati costruiti, dal Nord al Sud della Penisola.

L'Ufficio Costruzioni Sanatoriali aveva a capo l'ingegner M. Gobbi Belcredi ed era coordinato dall'ingegner Guidi (cui subentrò poi l'ingegner Giocoli) e contava sull'architetto ingegnere Ugo Giovannozzi, responsabile per la parte artistica, e sull'ingegner Marcovigi per la parte tecnica. Morelli sovrintendeva alla parte funzionale e clinica così che questo team di tecnici e medici ripeteva su vasta scala, e dopo più di mezzo secolo, l'intuizione dei pionieri del sanatorio europeo (si ricordino Hermann Brehmer e Edwin Oppler per il sanatorio di

Goebersdorf) curando la definizione di un tipo architettonico destinato a essere essenzialmente uno strumento terapeutico<sup>29</sup>. I progetti elaborati consistettero nella definizione minuziosa delle tipologie architettoniche per il sanatorio e per gli edifici secondari, nella descrizione dettagliata della camera, della veranda e del tipo di serramento, nelle relazioni di capitolato speciale con le specifiche per la costruzione e l'arredamento, nelle relazione di computo metrico e nella dettagliata stima dei costi, e anche nello «stile architettonico di facciata. Tutto deve essere funzionale ma allo stesso tempo deve concorrere a creare quell'atmosfera familiare e rasserenante che tanta importanza ha nella cura sanatoriale della tubercolosi»<sup>30</sup>.

I risultati furono pubblicati da Morelli nei primi quattro numeri di «Lotta contro la tubercolosi», il bollettino del centro Forlanini, inaugurato nel 1931 per raccogliere articoli e contributi scientifici sui progressi della ricerca antitubercolare in Italia e all'estero. Appare del tutto significativo e chiarificatore del senso di questa grande operazione nel quadro dell'azione sociale ed edilizia del Ventesimo, che il primo numero della più importante rivista clinica tubercolare, organo scientifico del primo centro di ricerca del Paese, destinata a pubblicare contributi specialistici sullo sviluppo dello pneumotorace o sulla chirurgia polmonare, si aprisse con la relazione del suo direttore, a illustrare i dettagli architettonici e i benefici terapeutici di una grande operazione di edilizia sanitaria pubblica su scala nazionale<sup>31</sup>.

La costruzione della rete di edifici si doveva basare su un'unica tipologia consistente in un edificio a monoblocco a due o tre piani fuori terra, schema planimetrico a "T" con due bracci, corrispondenti ai reparti di degenza maschile e femminile, simmetrici rispetto a una spina centrale di servizi comuni. Le camere erano comprese tra il corridoio di servizio a nord e un'unica veranda continua sul lato sud; le testate erano leggermente aggettanti in modo da proteggere il fronte dal vento. L'edificio presentava andamento rettilineo, rinunciando ai modelli curvi impiegati alla fine dell'Ottocento. Una scelta dettata forse dal desiderio di favorire il ricambio d'aria sulle verande o, più probabilmente, dall'esigenza di favorire la disciplina durante le lunghe ore della cura a sdraio, quando i pazienti avrebbero potuto comunicare più facilmente essendo i reparti maschile e femminile

comunicanti visivamente, ovvero dai propositi di contenimento della spesa, minore per una costruzione rettilinea, rispetto a una curva.

La camera tipo a 4 o 6 letti prevedeva un sistema di collegamento flessibile con la veranda di cura, con un sofisticato sistema di serramenti in ferro e legno, in grado di disporre la chiusura vetrata a filo della facciata principale, ovvero a filo della balaustra del balcone, configurando una porta di veranda vetrata da usare nel corso della stagione fredda, ovvero ortogonalmente alla facciata, suddividendo la balconata unica in logge corrispondenti alle camere retrostanti e contribuendo al mantenimento della privacy e della disciplina durante le sedute della cura sulla sdraio<sup>32</sup>. La struttura del sanatorio tipo era pensata e messa a punto per essere replicata su tutto il territorio nazionale: in Sicilia, dove vennero realizzati i primi due prototipi, il tipo NORD a Caltanissetta, il tipo SUD a Siracusa), al Nord, con la costruzione del sanatorio di Gorizia, in pianura, a Forlì e persino sulle Alpi, a Trento. Il tipo fondamentale era sostanzialmente unico, corrispondente al già descritto tipo NORD. Il tipo SUD ne rappresentava un adattamento, da impiegarsi nei casi in cui la conformazione e l'accesso al sito prescelto costringessero a disporre l'ingresso all'edificio sullo stesso lato delle verande, cioè sul fronte, anziché sul lato opposto, cioè sul retro.

Per questi progetti vennero messi a disposizione 500 milioni di lire con una media di costo di lire 25.000 per letto, cifra non troppo alta, ma che «non andava superata». Il computo metrico e la stima dei costi fissavano limiti precisi per ogni dettaglio, costruzioni, finiture, arredamento e consentivano un unico distinguo (“con” e “senza” fondazioni), dando conto, appunto, dell'unica differenza di costo ammessa tra un edificio e l'altro, quella legata alle particolarità del sito. Il resto dell'edificio doveva essere ovunque il medesimo e i costi ovunque controllati<sup>33</sup>. La definizione degli aspetti costruttivi e delle finiture era minuziosa ed estesa alla parte economica perché, nella retorica “armata” delle parole di Morelli, la guerra alla malattia si sarebbe dovuta compiere razionalizzando le risorse e senza nulla concedere al lusso e all'architettura, intesi qui quasi come sinonimi:

Nessuna o ben poca differenza esiste nell'architettura dei singoli edifici per i villaggi sanatoriali, e per i sanatori di pianura. La differenza po-

trà consistere essenzialmente nella disposizione dei fabbricati [...].  
Asserisco innanzitutto, come verità per me assoluta e inderogabile, che  
“I preventivi debbono corrispondere ai consuntivi; il lusso non deve  
esistere; l’abilità tecnica deve sostituirsi ai fronzoli estetici. I prezzi deb-  
bono essere studiati e ridotti al massimo”.

Vedremo nel seguito come questi precetti abbiano sovente subi-  
to diversa sorte. È invece interessante notare come questo impianto  
rappresentasse una sorta di perfezionamento e razionalizzazione  
della tipologia già nota e sviluppata in Europa nel secondo Otto-  
cento e già conosciuta in Valtellina con gli edifici di Sondalo e Pra-  
somaso. Questo progressivo affinamento, messa a punto e standar-  
dizzazione tipologica, presero avvio dai primi grandi edifici con  
schema a “grand hotel”, con le camere al piano e la veranda di cura  
al piede dell’edificio (vedi Goebersdorf, Schatzalp), evolvendosi  
verso uno schema con reparti di degenza separati per sesso e setto-  
re comune di servizi e soggiorno. Si sperimentò poi l’impiego di  
verande di cura ai piani, in apposite strutture annesse al corpo prin-  
cipale (Umberto I di Prasomaso) o, talvolta, separate dal corpo prin-  
cipale (come nel Sanatorio di Legnano), infine definitivamente  
addossate sul fronte dell’edificio principale e collegate direttamen-  
te alle camere. Nella sua configurazione definitiva, il Sanatorio di  
Sortenna testimonia questa evoluzione tipologica, registrandone i  
passaggi intermedi negli ampliamenti del primo nucleo<sup>34</sup>.

Dal punto di vista prettamente stilistico, possiamo riconoscere  
una evoluzione del linguaggio architettonico, dai motivi eclettici e  
fondamentalmente regionalisti ancora presenti nelle costruzioni  
degli anni Venti, verso un razionalismo sempre più marcato e non  
privo di episodi raffinati<sup>35</sup>. Il sanatorio tedesco di Davos, costruito  
nel 1898 e integralmente trasformato nel 1928 su progetto di Rudolf  
Gaberel, consente di misurare efficacemente la consistenza e il  
carattere di questa mutazione del linguaggio che, in questa trasfor-  
mazione, registra pienamente gli evoluti precetti di igiene, luce e  
aerazione. Pur mantenendo sostanzialmente inalterata la consisten-  
za dei volumi e lo schema distributivo, Gaberel riformò completa-  
mente il linguaggio della struttura depurandola di tutti gli elementi  
*fin de siècle* e sovrapponendo alle facciate esistenti un diaframma di

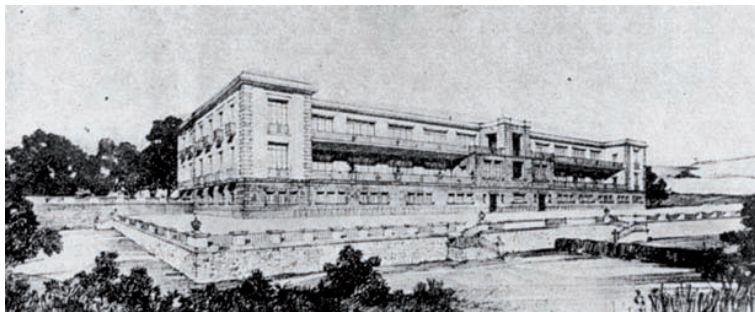


terrazze continue; le coperture furono spianate, gli elementi della decorazione rimossi. L'intervento venne esteso anche ai fabbricati annessi che subirono la medesima cura "modernizzante": i ballatoi in legno vennero sostituiti da spaziose e meglio riparate verande in cemento armato mentre le coperture a falde furono sostituite da moderni tetti piani.

Il linguaggio proposto dal Gaberel in questa trasformazione fu precisato quattro anni dopo nel progetto per la clinica Clavadel sempre a Davos, che riprendeva la tradizionale pianta simmetrica a "T" del sanatorio ideale di Turban (1900). Questa era qui declinata per mezzo di materiali e strumenti moderni che introducevano novità tipologiche sostanziali, come il tetto piano e praticabile, sorta di secondo soggiorno estivo, e permettevano di adempiere più compiutamente ai precetti del tradizionale binomio terapia-architettura: la facciata meridionale era dotata di lunghe e continue terrazze protette dalle testate aggettanti con leggeri volumi vetriati.

Non sfugge la vicinanza tipologica e stilistica con il disegno del sanatorio-tipo elaborato dall'Ufficio Costruzioni Sanatoriali attorno al 1930 e che possiamo attribuire alla mano di Gobbi Belcredi e Ugo Giovannozzi.

Sulla base di questo prototipo, circa 60 ospedali-sanatori furono costruiti in meno di dieci anni su tutto il territorio nazionale. Il medesimo schema compositivo venne impiegato anche come matrice per la progettazione dei complessi più articolati e ambiziosi come il Centro Forlanini di Roma, approntato nel 1934 e nel quale verrà trasferita la clinica fisiologica di Morelli. Il centro arrivò a poter accogliere oltre 2500 malati, le sezioni di maternità, pediatria, otorinolaringoiatria, odontoiatria, dermatologia e oftalmologia; vantava completi laboratori per indagini cliniche, servizi radiologici, musei e tutto il necessario per una grande clinica specializzata per la formazione del personale sanitario specializzato<sup>36</sup>. A questa grande realizzazione<sup>37</sup> seguirono l'ospedale sanitoriale "Principe di Piemonte" di Napoli, l'ospedale sanitoriale di Garbagnate Milanese e il Villaggio Sanitoriale di Sondalo, in Valtellina (iniziato nel 1932 e terminato dopo la guerra).



*Fig. 7.* Ospedale sanatoriale tipo NORD, prospetto sud (in E. Morelli, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, «Lotta contro la tubercolosi», a. I, n. 1, 1931). 2, 1931).

*Fig. 8.* Dépliant del sanatorio negli anni Cinquanta. Sulla destra dell'edificio originale, già sopralzato, si nota l'ampliamento del 1939, la nuova ala dotata di camere con bagno e veranda privata.

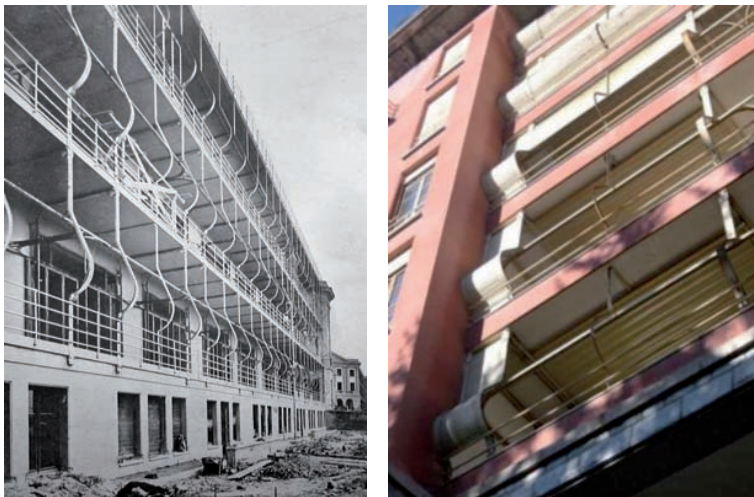
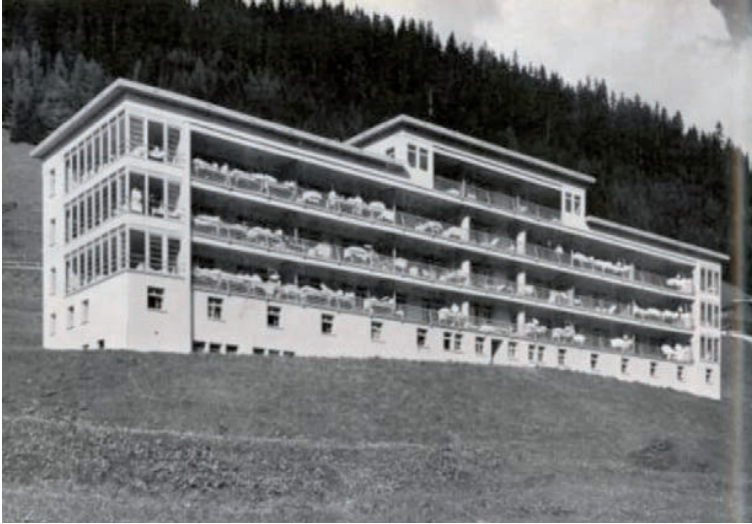


Fig. 9. “Tipo di persiana” per i padiglioni del centro Forlanini a Roma (da «Opere Pubbliche, Edilizia – idraulica – strade – ferrovie – porti – archeologia, Rassegna mensile illustrata», anno V, n. 10-12, ottobre-dicembre 1935) e persiane del VI padiglione del Villaggio Morelli di Sondalo (Foto DDC).

Questa imponente rete sanatoriale ospiterà complessivamente 18.000 posti letto. «Ma la costruzione di sanatori» – dirà Morelli nel 1931 in una relazione sui dispensari al IV congresso nazionale di tisiologia di Bologna – «non è sufficiente: essi rappresentano soltanto la parte curativa che sarebbe vana se non fosse coadiuvata da quella preventiva. Solo l’unione della profilassi con la cura potrà dare i massimi vantaggi».

#### *6. La progettazione e la costruzione del Villaggio Sanatoriale di Sondalo: una ricerca in corso*

Gli aspetti estetici e paesaggistici del Villaggio Morelli di Sondalo sono già stati esaurientemente trattati ed è stato evidenziato, in particolare, il repertorio di riferimenti compositivi che ha sicuramente influenzato la progettazione dei singoli edifici, le strettissime analogie tra le forme del padiglione chirurgico e il padiglione infantile



*Fig. 10. Sanatorio Clavadel (arch. Rudolf Gaberel) a Davos, 1932 (da M. Cereghini, *Costruire in montagna: architettura e storia*, Edizioni del Milione, Milano 1956 (2<sup>a</sup> edizione), pp. 530-531.*



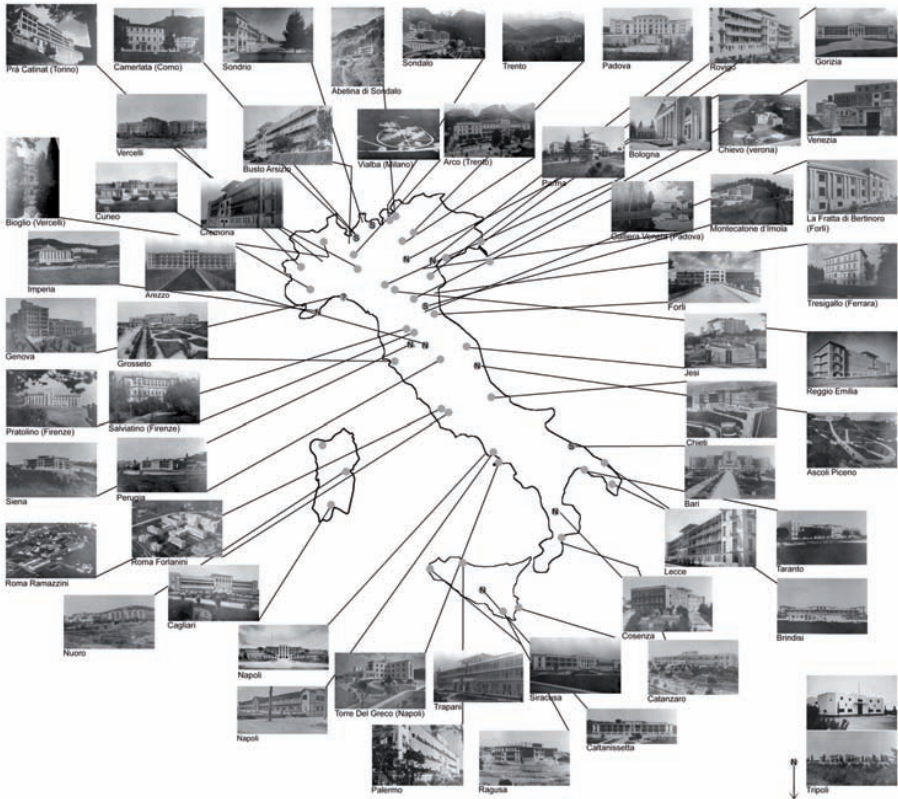


Fig. 11. Sviluppo della rete sanitoriale dell'INPS (Elaborazione dell'autore sulla base dei dati e delle immagini riportati in *L'Istituto Nazionale Previdenza Sociale nella lotta contro la tubercolosi*, Roma 1947).

dell'Ospedale sanitoriale di Forlì, gli echi del Novocomum di Terragni, soprattutto nello studio della soluzione d'angolo, nelle forme del padiglione dei servizi, i numerosi riferimenti al vocabolario novecentista negli edifici che formano la parte sommitale del complesso. Non sembra invece ancora completamente chiaro quale possa essere stato il ruolo delle figure tecniche coinvolte nei diversi momenti della progettazione e della costruzione. Il nome di Mario Loretì è recentemente ricorso intorno alla progettazione del Vil-

laggio. L'attribuzione si deve alla scheda bibliografica dell'architetto in appendice a *Cities of childhood*<sup>38</sup> e gli studi seguenti paiono aver ripreso questa indicazione<sup>39</sup>.

Mario Loreti (Roma, 1898-1968) aveva cominciato la carriera nello studio dell'architetto Aschieri, dove si era occupato soprattutto di interni e arredi, con la sistemazione della pasticceria Venchi a Roma. Il padre Ferdinando era stato tra i fornitori ufficiali degli arredi della Casa Reale. Loreti ereditò l'impresa paterna e avviò un nuovo stabilimento nel 1925, dove, dal 1952, iniziò a produrre una linea di mobili su proprio disegno. La produzione architettonica si orientò verso la progettazione di alberghi nella capitale: i due hotel alla fine di via Cavour, l'Atlantico (1934) e il Mediterraneo (1938-39, poi ampliato nel 1967), il Milano e il Vittoria, l'Hassler Villa Medici (1940). Alla nuova sede romana della compagnia Singer in corso Umberto (1932) seguì un progetto per la Casa del Fascio di Varese (1935), probabilmente legato alla sistemazione della Piazza Montegrappa (1935), costruita tra il 1934 e il 1940 dall'Impresa Daniele Castiglioni di Milano. In questo contesto maturò l'incarico per il progetto della colonia marina di Cervia (1936-39). La collaborazione con la Castiglioni proseguì con la pianificazione del Piazzale Roma a Chianciano Terme, fino alla realizzazione dello stesso Palazzo in via Senato a Milano dove l'impresa aveva sede. Su questa base è possibile pensare a un coinvolgimento di Loreti nel progetto del Villaggio di Sondalo per il tramite dell'impresa, anche a costruzione in corso.

Occorre tuttavia ricordare come la bibliografia del dopoguerra non abbia mai accostato il nome di Loreti al Villaggio di Sondalo: non le riviste tecniche che hanno recensito il complesso in fase di costruzione<sup>40</sup>, non il principale riferimento per l'edilizia ospedaliera del dopoguerra, l'imponente antologia curata in più edizioni successive da Bruno e Franco Moretti, che attribuisce la progettazione all'ufficio tecnico della CNAS<sup>41</sup>. Se allo stato della presente ricerca, nessuna evidenza documentaria di un coinvolgimento di Loreti nel progetto di Sondalo è stata ancora riscontrata, l'ipotesi di una elaborazione progettuale maturata all'interno dell'ufficio tecnico della Cassa trova una prima conferma nel fatto che moltissimi degli elaborati tecnici conservati presso l'archivio tecnico del Villaggio Morelli – in attesa di un paziente quanto indispensabile riordino e

catalogazione – recano, accanto alla firma di Tullio Petech, responsabile dei lavori per conto della Castiglioni, la sigla di Raffaello Mattiangeli, ingegnere capo dell'ufficio tecnico della CNAS dalla prima metà degli anni Trenta. Inoltre, una coppia di acquarelli, raffiguranti una panoramica del villaggio e la villetta del direttore, potrebbe ulteriormente avvalorare l'ipotesi che Mattiangeli abbia avuto un ruolo centrale nel sovrintendere alla progettazione del complesso e forse anche nella definizione architettonica di alcuni edifici. La sigla Rm/35, in calce alla tavola con la villetta del direttore, potrebbe rappresentare le sue iniziali e la data è compatibile con quella di costruzione degli edifici<sup>42</sup>.

L'archivio storico centrale dell'INPS<sup>43</sup> e l'archivio morto della sede regionale di Milano<sup>44</sup> conservano molta documentazione relativa ai servizi e al patrimonio edilizio sanatoriale in capo all'istituto fino al 1971. Questi dati consentono di documentare minuziosamente la manutenzione del Villaggio dopo il 1947, ma le vicende relative alla progettazione e alla costruzione risultano scarsamente attestate, nonostante l'importanza e l'impegno dell'opera. Resta, ad esempio, in buona misura da chiarire il ruolo dell'impresa Daniele Castiglioni di Milano, assegnataria dei lavori con contratto sottoscritto il 27 aprile 1932, e i suoi rapporti con la CNAS<sup>45</sup>. La Castiglioni era una delle maggiori imprese di costruzioni generali dell'epoca e poteva vantare un vasto curriculum di realizzazioni pubbliche, costruzioni civili, opere in ferro e calcestruzzo, come testimoniato dal rapporto del Comitato di Liberazione Nazionale insediatosi presso gli uffici di via Senato a Milano, dopo l'8 settembre: la nuova tribuna per l'autodromo di Monza (1940), le Autorimesse ATM di viale Molise (1939) e via Custodi, il Palazzo INA tra Piazza Diaz e via Cappellari (1938), gli uffici Montecatini di via Moscovia, l'officina riparazioni ATM di via Teodosio, i palazzi di via Bianca di Savoia 7, Corso Vercelli 9, Corso Roma 132<sup>46</sup>. A Roma la Castiglioni era impegnata nella costruzione del Palazzo delle Civiltà italiana all'EUR<sup>47</sup>.

L'incarico per il Villaggio fu affidato «per un importo presunto contrattuale di L. 19.605.000 al netto del ribasso d'asta, cifra puramente indicativa calcolata sulla base di un progetto di larga massima»<sup>48</sup>. Il 15 luglio 1938 il Comitato Esecutivo dell'INFPS venne chiamato a rifinanziare la costruzione del Villaggio, aumentando la



Fig. 12. Coppia di acquarelli raffiguranti una panoramica del Villaggio e la palazzina del direttore. Il secondo reca la sigla Rm/35 (collezione privata, foto DDC).

previsione di spesa da 19.605.000 a 88.000.000 di lire, esclusi gli infissi e gli arredamenti, conteggiando i quali il presidente riteneva «che non verranno superati i 140/150 milioni»<sup>49</sup>, con una spesa pari a 40/42.000 lire per ciascuno dei 3.000 posti letto previsti, cifra evidentemente ottimistica e ben superiore al costo limite di 25.000 lire, indicato pochi anni prima dallo stesso Morelli per gli ospedali sanatoriali di città.

I lavori di costruzione del Villaggio sanatoriale ebbero inizio al principio dell'anno 1932. In un primo momento si pensò di costruire non più di 5 padiglioni; attualmente ne sono in costruzione 9; la spesa presumibile si aggirava allora sui 30-35 milioni, per quanto, proprio come prima base, si fosse fissato il preventivo in 19 milioni. Tutto ciò, tuttavia, fu fatto approssimativamente, senza un progetto definitivo e completo, tanto che nuovi progetti e nuove modificazioni si susseguirono e si attuarono a mano a mano che il lavoro procedeva, così che, a un dato momento, si dovette constatare come le previsioni iniziali fossero del tutto inadeguate alle nuove esigenze<sup>50</sup>.

La vicenda del cantiere proseguì, mercé la forzata pausa bellica, per ben 15 anni, inducendo a ritenere che la costruzione abbia subito più di una sosta, sia per questioni operative e amministrative che per ripensamenti di progetto e cambiamenti, anche sostanziali, delle soluzioni costruttive.



In corso di lavoro, si è ravvisata l'opportunità di effettuare varie opere di carattere edile non previste nel Capitolato di appalto; ad esempio, la facciata in intonaco terranova per tutti i padiglioni, le pavimentazioni delle terrazze in asfalto, le pavimentazioni stradali in porfido, le opere in rame per le grondaie delle verande, le opere in pietra artificiale e naturale per la esecuzione dei progetti delle strade<sup>51</sup>.

Un simile iter non può che aver richiesto la generosa elaborazione progettuale definitiva ed esecutiva a livello locale, come confermato dal gran numero e dal livello di dettaglio degli elaborati conservati presso l'archivio dell'ufficio tecnico del Villaggio e correttamente attribuibili, quando non siglati, al locale staff tecnico dell'IN(F)PS. Parzialmente diverso potrebbe essere il discorso relativo alla scala urbanistica del progetto, l'"atto insediativo"<sup>52</sup>, il disegno d'insieme, l'indicazione di giacitura dei fabbricati rispetto all'asse eliotermico e rispetto alle labili matrici proposte dall'abitato di Sondalo, la disposizione dei volumi sulle pendici della montagna, il raccordo delle parti mediante il sistema viario, il parco e gli impianti tecnici. Per la gestione di queste fondamentali fasi della progettazione, come pure per la definizione della scala architettonica, è possibile pensare che l'Istituto abbia fatto ricorso, anche in momenti diverse della costruzione, a consulenti e competenze esterne, ovvero che l'impresa costruttrice, «assegnataria dei lavori sulla base di un progetto di larga massima», abbia inteso provvedere, affidando alcune fasi dell'elaborazione a un progettista di propria fiducia. In che misura e con quali effetti questo sia avvenuto è, allo stato attuale della ricerca, difficile dire.

È invece possibile, nell'ambito di una progettazione e di una costruzione così travagliata, individuare alcuni temi dominanti e solo in parte coincidenti alle fasi temporali dell'esecuzione o alla dimensione di scala:

1. La definizione dell'"atto insediativo", il disegno della planimetria generale, la scelta ed il numero dei padiglioni e la loro disposizione rispetto all'altimetria, all'abitato di Sondalo, all'asse eliotermico.

2. La definizione architettonica dei padiglioni come adattamento al sito di schemi tipologici in buona parte ricorrenti: la declinazione del padiglione INFPS tipo Nord al terreno in pendenza e alla

coatta necessità di moltiplicare i livelli<sup>53</sup>; l'adattamento al sito del tipo "navale" per il IV padiglione chirurgico.

3. Lo studio architettonico degli edifici minori, la portineria, la villetta del direttore; la composizione formale, cromatica e volumetrica degli edifici non deputati alla degenza che formano la piazza sommitale del complesso, attestandosi attorno al grande volume giallo e vetrato del padiglione dei servizi comuni.

4. La messa a punto del sistema stradale, il disegno del parco, la progettazione e la costruzione degli impianti tecnici e dei servizi comuni, degli elementi, cioè, che maggiormente denotano il carattere programmaticamente unitario del complesso, pensato come insediamento urbano, appunto un Villaggio, e non un gruppo, altrimenti seriale, di padiglioni.

5. La definizione della scala architettonica, le soluzioni per l'adattamento dei grandi edifici alla pendenza del terreno, lo studio esecutivo di tutti gli aspetti costruttivi.

Se oggi è quasi commovente percorrere le centinaia di fogli lucidi inchiostriati e constatare come una così impegnativa realizzazione sia stata sviluppata con un grado elevatissimo di controllo tecnico (e con un ricorso sistematico al disegno esecutivo esteso dalla scala architettonica ai particolari costruttivi degli edifici, fondazione, facciate, coperture, ai più minuti dettagli della viabilità, del verde e dell'arredamento) occorre al contempo notare come, per questa via, siano stati spesso risolti aspetti determinanti per il carattere e la riuscita finale del complesso, in quel confine labile, qui come altrove, tra progettazione ed esecuzione, disegno e materia, composizione e costruzione. In questo senso, il sistematico esame della documentazione conservata in originale al Villaggio e la sua catalogazione conservativa potranno fornire più di una risposta.

### *7. Il destino degli ex-sanatori: approccio patrimoniale, tutela e riuso*

La mortalità per tubercolosi polmonare diminuì sensibilmente nel secondo dopoguerra grazie al sostanziale perfezionamento della terapia farmacologica, per opera di Waksman, che nel 1952 fu insi-



*Fig. 13.* Vista dall'alto del V e del VI padiglione, con la soluzione del chiosco circolare all'interno del tornante (Foto DDC): definizione costruttiva di tipologie importate alle particolarità del sito o messa a punto di soluzioni su misura in un disegno complessivo in evoluzione?

gnito del premio Nobel per la Medicina «per la scoperta della streptomina, il primo antibiotico attivo contro la tubercolosi». L'applicazione dei nuovi rimedi determinò l'irreversibile accorciamento delle degenze sanatoriali e l'intero patrimonio di edifici costruiti per garantire ricoveri prolungati a grandi masse di malati divenne progressivamente obsoleto e sottoutilizzato. All'inizio degli anni Settanta il patrimonio sanatoriale dell'INPS fu ceduto al Servizio Sanitario Nazionale e i sanatori vennero destinati, nella maggior parte dei casi, ad accogliere enti ospedalieri autonomi. Da quel momento, i singoli edifici hanno subito sorti diverse, avendo nella maggior parte dei casi conservato la destinazione sanitaria ovvero avendola mutata, dopo essere stati ceduti ad altri comparti pubblici o a soggetti privati.

L'approccio patrimoniale a questi edifici è complicato per le caratteristiche tipologiche che ne rendono spesso difficile il cambio di destinazione d'uso. La stessa destinazione ospedaliera non è sempre facilmente praticabile perché, nonostante la robustezza delle strut-

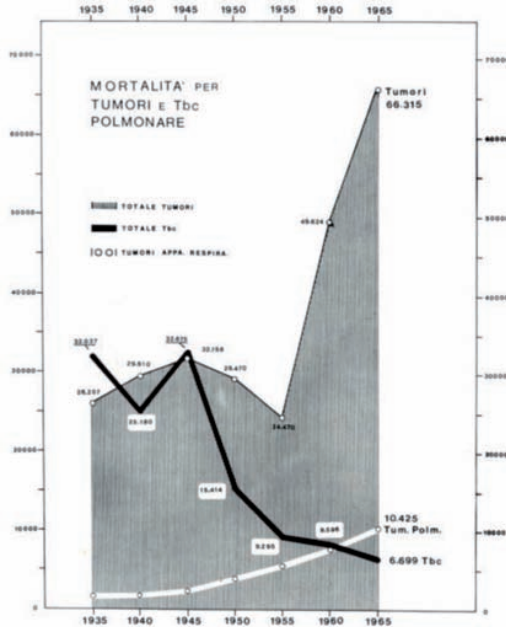


Fig. 14. Mortalità per tubercolosi polmonare in Italia, in raffronto con quella per tumore polmonare e per tumori in generale (da S. Rossattini, *Un villaggio straordinario*, Lito-stampa Istituto Grafico, Bergamo 2002, p. 139).

ture, l'inadeguatezza delle finiture ai mutati standard igienico-sanitari ha spesso determinato sostanziali problemi di riutilizzo, in rapporto costi-benefici con la realizzazione di nuove strutture. Una sommaria ricognizione web sugli ex-sanatori nella consistenza censita dall'INPS nel 1947<sup>54</sup>, in grado di fornire alcuni spunti di riflessione sul tema del riuso delle strutture e sulle possibili strategie di tutela.

Alcuni ex sanatori sono stati occupati da reparti ospedalieri a basso tasso di dotazioni tecnologiche, come la Psichiatria o la Medicina generale. Spesso i sanatori, originariamente costruiti isolati al limite della città, sono stati successivamente affiancati da un nuovo e più moderno immobile a destinazione ospedaliera, con il quale si trovano a essere ora in comunicazione diretta, o a ospitarne uno o più reparti. È il caso, fra gli altri, del sanatorio di Sondrio che, costruito sulla

strada per Bormio, appena fuori dal centro abitato, è ormai urbanizzato e facente parte del polo ospedaliero costruito successivamente, e dei sanatori di Como, Busto Arsizio, Reggio Emilia, Ragusa e Taranto.

La destinazione sanitaria ha, in alcuni casi, trovato modo di evolversi, come nel sanatorio di Montecatone d'Imola, divenuto, dal 2001, sede del *Montecatone Rehabilitation Institute spa*, polo riabilitativo gestito da una società di capitale misto pubblico-privato<sup>55</sup>. Il sanatorio "P. Grocco" di Perugia è stato ceduto al Comune e fatto oggetto di concessione gratuita alla locale ASL, che ne ha recentemente gestito il recupero e la parziale destinazione a RSA<sup>56</sup>. Molti edifici hanno mutato destinazione d'uso e sono stati ceduti ad altri comparti pubblici. È il caso del sanatorio di Arezzo, già sede del Palazzo di Giustizia e recentemente ampliato con un nuovo padiglione su progetto dello studio Nicoletti<sup>57</sup>. Presso gli ex sanatori si sono talvolta insediati centri di ricerca o poli universitari come nell'ex-sanatorio INPS di Trento, oggi sede della Facoltà di Ingegneria<sup>58</sup> o l'ex sanatorio Aselli di Cremona, che accoglie il Centro Ricerche Biotecnologiche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Il sanatorio veneziano sull'isola di Sacca Sessola è di proprietà comunale e affidato, dal 1992, all'Associazione *Venice International Center for Marine Sciences of Technologies* che svolge ricerche nel campo della scienza e tecnologia marina<sup>59</sup>.

Percorrendo le città italiane con un navigatore satellitare web, la prossimità dei sanatori al cuore dei centri urbani appare evidente. Infatti, questi edifici, originariamente costruiti sul limitare delle città, a una distanza che offriva adeguata protezione dal rischio di contagio senza complicare i collegamenti, sono nel tempo stati inglobati dall'espansione urbana e occupano oggi posizioni spesso interessanti anche in termini di rendita. Non mancano, in questo senso, esempi in cui, previo il cambio di destinazione d'uso, il sanatorio sia stato ceduto a soggetti privati che lo hanno trasformato in edificio residenziale, sfruttandone la posizione panoramica e la ricca dotazione di verde pertinenziale, come nel caso del sanatorio di Siena, la cui ristrutturazione ad alloggi è attualmente in corso. Molti sono naturalmente gli edifici in stato di sostanziale abbandono, come l'ex-sanatorio di Gorizia e quello di Vercelli, entrambi di proprietà delle rispettive aziende sanitarie locali. L'esempio più emblematico è, in questo senso, rappresentato

dal centro Forlanini di Roma, oggi in stato di grande decadenza e ridotto a grande volume vuoto sulle pendici di Monteverde, a pochi passi dall'Ospedale San Camillo e dal centro della città.

La mappatura satellitare di questi luoghi induce a una seconda importante considerazione, relativa alla generosa dotazione di verde che si è conservata attorno agli ex sanatori e che risulta ben visibile, all'osservazione zenitale, nel tessuto densamente costruito delle città. All'atto della costruzione, infatti, il proposito dell'isolamento veniva perseguito non soltanto mediante la collocazione periferica, ma anche garantendo all'istituto una rilevante dotazione di parco, che doveva avere la triplice funzione di mantenere i malati a distanza, anche visiva, dai sani, garantendo la più elementare forma di controllo del contagio, offrire loro itinerari di passeggio e purificare l'aria attorno al sanatorio. Questi spazi parchi, che nelle foto d'epoca si intuiscono appena nel disegno delle aiuole e negli esili alberelli appena impiantati, hanno oggi la consistenza di veri e propri parchi urbani che spiccano nella visione aerea satellitare come veri e propri polmoni verdi in posizione ormai semicentrale nel tessuto urbano delle accresciute città e pongono, accanto al tema della tutela degli immobili, un secondo e fondamentale tema di riuso e tutela delle aree verdi, lasciando intuire la possibilità di un approccio integrato a scala urbana.

### Note

1. *Tutela sanitaria e sociale del lavoro e della razza*, Quaderno di propaganda di «Difesa Sociale», n. 4, Organo dell'Istituto Fascista della Previdenza Sociale, INFPS, Roma 1937.

2. P. Nicoloso, *Mussolini architetto. Propaganda e paesaggio urbano nell'Italia fascista*, Einaudi, Torino 2008.

3. Per un quadro sulla Roma pre-fascista si rimanda, ovviamente, alle sintesi di Paolo Portoghesi, *Roma: un'altra città*, Edizioni del Tritone, Roma 1968.

4. M. Casciato, S. Poretti (a cura di), *Il Palazzo della Civiltà Italiana. Architettura e costruzione del Colosseo Quadrato*, Federico Motta Editore, Milano 2002.

5. P. Nicoloso, *Mussolini architetto*, cit., p. 192.

6. Sugli aspetti sociali e le migrazioni interne connesse all'opera di bonifica si veda il recente affresco di A. Pennacchi, *Canale Mussolini*, Mondadori, Milano 2010.

7. G. Pellegrini, *Città di fondazione italiane 1928-1942*, Ed. Novecento, Latina 2006.

8. AA.VV., *Angiolo Mazzoni (1894-1979). Architetto nell'Italia fra le due guerre*, Grafis Edizioni, Bologna 1984, p. 148.

9. *Tutela sanitaria e sociale del lavoro e della razza*, cit.

10. La storia della medicina occidentale ci ricorda come in epoca moderna ogni secolo sia stato caratterizzato da una diversa malattia endemica. La sifilide nel Cinquecento, la peste nel Seicento, il vaiolo nel Settecento, la tubercolosi nell'Ottocento, il cancro nel Novecento (cfr. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari 1987).

11. F. Engels, *La situazione della classe operaia in Inghilterra, in base a osservazioni dirette e fonti autentiche*, tr. it. di R. Panieri, Editori Riuniti, Roma 1973, pp. 188-189. Si veda anche la sintesi sulla Parigi ottocentesca curata da François Loyer, *Paris, XIX siècle, l'immeuble et la rue*, Hazan, Parigi 1987, p. 68: «Ben prima della definizione di *ilots insalubres* in funzione del tasso di mortalità per tubercolosi, il rapporto tra densità e salubrità era stato messo in evidenza dai medici igienisti che sottolineavano come su un quinto del territorio urbano (nella Cité e intorno all'Hotel de Ville) si concentrasse la metà della popolazione cittadina e che la mortalità raggiungeva i livelli più alti con punte superiori al 20%».

12. In particolare P. Patriarca, *La valle incantata. Storia della tubercolosi e della lotta antitubercolare in Valtellina*, L'officina del Libro, Sondrio 2001 e S. Rossattini, *Un villaggio straordinario*, Litostampa Istituto Grafico, Bergamo 2002. Nel panorama nazionale si contano alcune manifestazioni di interesse attorno al recupero di singoli edifici sanatoriali, ma manca uno studio sistematico.

13. A. Tobé (a cura di), *Les Quinze Glorieuseus de l'architecture sanatoriale*, Centre de Recherche et d'Etudes sur l'Histoire d'Assy (C.R.E.H.A.), Atti del convegno internazionale di studi, Passy – Le Plateau d'Assy, 22-25 giugno 2006.

14. K. Turban, *Tubercolose*, Arbeiten.

15. T. Mann, *Der Zauberberg*, Fischer Verlag, Berlin 1924, tr. it. di E. Pocar, *La montagna incantata*, Corbaccio, Milano 1992.

16. P. Cozzolino, *Di un sanatorio per tubercolotici poveri in Italia: relazione illustrativa del concorso di 2. istanza indetto dal Ministero dell'Interno*, Stab. tip. Pierro e Veraldi, Napoli 1901.

17. F. Donati, *Sanatori esteri ed istituzioni dei sanatori in Italia*, Stampa a cura dell'autore presso la Tipografia Operaia (Società Cooperativa) di via Principe Umberto 10, Milano 1900.

18. A. Zubiani, *La cura razionale dei tisici ed i sanatorii*, Hoepli, Milano 1898.

19. La vicenda del Sanatorio di Sortenna è raccontata da Pierluigi Patriarca, *op. cit.*

20. F. Gatti, *I sanatori popolari milanesi nel primo venticinquennio, 1910-1925*, Tipografia Mevio Washington, Sondrio 1935. Sugli aspetti operativi legati alla costituzione dell'Opera Pia si vedano anche, sempre di Francesco Gatti, le due memorie *La questione finanziaria in rispetto alla costruzione ed all'esercizio dei sanatori popolari per tubercolosi*, Lettura fatta alla R. Società Italiana d'Igiene il 19 gennaio 1902, Tip. L.F. Cogliati Editore, Milano 1902 e *Società per la istituzione di sanatori popolari per tubercolosi della città e provincia di Milano*, Relazione del Consiglio d'Amministrazione sull'attività svolta nell'anno 1902. Sulle questioni relative alla costruzione degli edifici si veda anche Id., *Il costo di esercizio di un sanatorio in montagna*, Stucchi e Ceretti, Milano 1915.

21. A. Manfredini, *Il nuovo sanatorio del Gottardo*, «Il monitore tecnico», anno XII, n. 19, 10 luglio 1906.



22. Art. 1 della Legge n. 1382 del 24 luglio 1919, «Gazzetta Ufficiale», 18 agosto 1919. Cfr. *Origini e sviluppi dell'assicurazione contro la tubercolosi*, in *L'Istituto Nazionale Previdenza Sociale nella lotta contro la tubercolosi*, Roma 1960.

23. Al varo di questo determinante provvedimento aveva contribuito soprattutto la spinta emotiva delle nuove associazioni dei reduci malati di tubercolosi (Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra e Associazione Nazionale tubercolosi di Guerra) e l'intenso lavoro preparatorio del gruppo parlamentare socialista presieduto da Fabrizio Maffi (Cfr. T. Detti, *Fabrizio Maffi: vita di un medico socialista*, Franco Angeli, Milano 1987).

24. D. Ottolenghi, *La tubercolosi nei suoi rapporti sociali e professionali*, in *Trattato della tubercolosi*, Milano 1931.

25. Per le note e i riferimenti di questo paragrafo rimando alla *Relazione Quadro sull'organizzazione e sulla gestione dell'assistenza antitubercolare svolta dall'Istituto*, compilata dal Servizio Case di Cura e di Ricovero dell'INPS nel settembre 1967 e alla memoria *L'Istituto Nazionale Previdenza Sociale nella lotta contro la tubercolosi*, INPS, Roma 1947, entrambe conservate presso la biblioteca dell'Archivio Storico dell'Istituto della sede centrale di Roma.

26. Dal 1933 Morelli siederà anche nel comitato esecutivo dell'Istituto, l'organo preposto alla disamina tecnica delle questioni poi sottoposte all'approvazione del CdA. I.N.P.S. (A.S., Verbali del C.E. 11 aprile 1933, I, Comunicazioni, p. 98).

27. *Scritti di Eugenio Morelli*, Cappelli, Roma San Casciano 1964, p. 481.

28. G. L'Eltore, *La lotta antitubercolare e contro tutte le malattie sociali nel pensiero e nell'azione di Eugenio Morelli*, in «Lotta contro la tbc e malattie polmonari sociali», 51, 1981, p. 32.

29. *Scritti di Eugenio Morelli*, cit., p. 123.

30. Sulla costituzione dell'Ufficio Costruzioni Sanatoriali si vedano i verbali del Comitato esecutivo dell'INPS del 12 maggio 1933, pp. 168-170, conservati presso l'Archivio Storico dell'Istituto. Si veda anche P. Parboni, *La costruzione del sanatorio C. Forlanini in Roma*, numero speciale di «Opere Pubbliche, Edilizia – idraulica – strade – ferrovie – porti – archeologia. Rassegna mensile illustrata», anno V, n° 10-12, ottobre-dicembre 1935.

31. *Scritti vari di Eugenio Morelli, Raccolta a cura della Federazione Italiana contro la tubercolosi nel 75° compleanno del Maestro*, Società Editrice Apollon, Roma 1956, p. 120.

32. E. Morelli, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, «Lotta contro la tubercolosi», a. I, n. 1, Roma 1931.

33. E. Morelli, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Verande di cura*, «Lotta contro la tubercolosi», a. I, n. 3, 1931, p. 247.

34. INFPS, Servizio Tecnico, *Dati di costo delle costruzioni sanatoriali in corso di esecuzione e di appalto*, INPS, Biblioteca A.S., 25412.

35. E. Morelli, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in *Lotta contro la tubercolosi*, cit., p. 12.

36. Alla fondazione, nel 1903, il sanatorio contava poco più di 50 letti. Al padiglione con le camere venne aggiunto un piano nel 1911, raggiungendo una capienza di 120 malati. Nel 1939 l'edificio principale subì un secondo e decisivo ampliamento con la costruzione di una nuova ala che avrebbe aumentato la capienza di ulteriori 100 posti.



Questa nuova costruzione proseguiva l'andamento sinuoso del complesso verso ponente, ed era collegata agli edifici esistenti mediante la piccola costruzione con i servizi e la portineria. La nuova struttura aveva recepito i mutamenti tipologici in atto presso le stazioni d'Oltralpe e, pur nel tentativo di accordarsi con il vecchio sanatorio, ne differiva sostanzialmente essendo dotata di camere con bagno e veranda privati. Nel 1934, all'interno della Pineta di Sortenna, a poca distanza dal sanatorio, era già stato costruito un ulteriore padiglione di 200 letti destinato ai malati dell'INFPS (Cfr. *Il primo sanatorio italiano dott. Ausonio Zubiani*, «Le case di cura private», novembre 1953, pp. 3-4).

37. Si pensi ai sanatorio di Paimio o al sanatorio Zonnestraal oggetto delle pazienti e appassionante cure di Wessel de Jonge.

38. Cfr. P. Parboni, *La costruzione del sanatorio C. Forlanini in Roma*, cit.

39. Nel 1939 Mariano Messini scriveva, nel suo *Trattato di terapia clinica*, che l'INFPS «si impone per la mole di opere importantissime che, sotto un valido impulso, ha compiuto negli ultimi anni: sono stati costruiti moltissimi sanatori e ospedali sanatoriali, è stata predisposta la costruzione di sanatori di pianura e di collina (grandissimi o di capacità ridotta), di villaggi sanatoriali di alta montagna (con costruzioni a vari piani e impianti unici) e di colonie post-sanatoriali nelle quali il convalescente può essere sottoposto a un lavoro progressivo prima di tornare nel proprio ambiente. Un grandioso apparato di edilizia sanitaria è predisposto per fronteggiare la più importante malattia sociale della nazione».

40. Debbo queste indicazioni alla cortesia e alla disponibilità di Giorgio Frisoni e Gina Loreti. Il profilo biografico di Loreti è pubblicato in S. De Martino, A. Wall, *Cities of childhood, Italian Colonie of the 1930s*, edited by the Architectural Association, London 1988, p. 84. La ricerca riporta parte dei risultati della tesi di laurea di G. Frisoni, E. Gavazzi, M. Orsolini, M. Simini, *La ex Colonia Varesina a Cervia. Una proposta di riuso*, Tesi di laurea in Architettura, Politecnico di Milano, Facoltà di Architettura, Dipartimento di Conservazione delle Risorse Architettoniche e Ambientali, relatore prof. Alberto Grimoldi, a.a. 1984-1985.

41. A. Trentin, *Mario Loreti: i luoghi della cura tra il mare e le Alpi*, in *Architetture per le colonie di vacanza. Esperienze Europee*, Atti del convegno di studi, Cervia, Teatro Comunale, 4-6 marzo 2005, a cura di V. Balducci, Alinea, Firenze, pp. 79-82. In particolare a p. 79: «La costruzione della sede INFPS di Varese lo porta anche ad avere l'incarico per il grande progetto del Villaggio Sanitoriale di Sondalo dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale». Un più esteso profilo biografico è stato recentemente compilato nell'ambito del bel censimento sugli architetti romani curato da A. Mazza, A.P. Briganti, *Roma 1870-1970. Architetture. Biografie*, Prospettive, Roma 2010. Occorre anche ricordare A. Mazza, *Tra via romana e Modernismo: l'opera architettonica di Mario Loreti*, in *L'altra Modernità. Città e Architettura*, Atti del XXVI Congresso di Storia dell'Architettura, Roma 11-12-13 aprile 2007, a cura di S. Benedetti, Gangemi, Roma 2010 (in corso di stampa).

42. Fra le altre: «Case d'oggi», n. 4-5, 1936, pp. 53-54; «Rassegna di Architettura», n. 11, 1940, pp. 305-318; «L'Edilizia Moderna», anno 1940.

43. B. e F. Moretti, *Ospedali: ospedali generali e di specialità, cliniche, servizi, trattazioni di tecnica ospedaliera riguardanti la costruzione e l'organizzazione, illustrazione di 103 ospedali scelti fra i più moderni di tutto il mondo*, Hoepli, Milano 1951 (3° ed. completamente rifatta).

44. Debbo queste riflessioni alla cortesia di Paolo Picco e ai ragionamenti pazientemente sviluppati con Luisa Bonesio.

45. Corre l'obbligo di ringraziare soprattutto la dottoressa Uselli, responsabile della Biblioteca e dell'Archivio Storico, per la pazienza e la guida nelle esplorazioni.

46. Il ringraziamento è per l'ing. Lonardo. INPS, AS, Verbali del Comitato Esecutivo, 15 luglio 1938, n. 11) Villaggio sanitoriale di Sondalo: stanziamento di L. 88.000.000 per i lavori di costruzione, pp. 420-426.

47. Istituto nazionale per la storia del movimento di liberazione in Italia, fondo Cln della Lombardia, busta: 1, serie: 19, segnature: Cln Lombardia (Fondo Cln – Città di Milano), Cantieri edili ed edifici costruiti: 1933-1940.

48. M. Casciato, S. Poretti (a cura di), *Il Palazzo della Civiltà Italiana. Architettura e costruzione del Colosseo Quadrato*, cit., pp. 144-145.

49. INPS, AS, Verbali del Comitato Esecutivo, 15 luglio 1938, n. 11) Villaggio sanitoriale di Sondalo: stanziamento di L. 88.000.000 per i lavori di costruzione, pp. 420. La relazione del direttore generale prosegue così: «Naturalmente le nuove necessità sono state ampiamente controllate. Non soltanto è stato mandato, a eseguire le opportune verifiche, il Capo del Servizio Tecnico, non solo sono state date disposizioni affinché l'andamento dei lavori fosse sorvegliato dalla Sede Centrale, ma è stato anche inviato sul posto l'ing. De Simona, del Consiglio Superiore dei LLPP, per eventuali perizie e accertamenti. Nel frattempo sono state risolte anche due vertenze, una relativa agli scavi, per la quale si dovette pagare, come ha accennato il Direttore generale, un compenso di 10 milioni, e l'altra sanata con una transazione, mercé arbitrato, non del tutto sfavorevole all'Istituto, mediante un compenso di Lire 7.800.000».

Il discorso del presidente prosegue poi sulle "prevedibili" difficoltà per la futura gestione del Villaggio: «È bene che il comitato sappia che fino a due anni fa era prevista anche la costruzione di una chiesetta con annesso convento per i preti o frati che volessero abitarvi; mentre oggi tale progetto è stato ridotto e contenuto nei limiti molto modesti di una semplice chiesetta senza convento. Un altro problema si presenta: poiché dal paese al villaggio vi sono 3 km e ½ di strada montana, e non è certo possibile far compiere un così difficile percorso a persone che giungono malate, spesso in gravi condizioni, sarà necessario provvedere alla costruzione di una teleferica o funicolare per il trasporto dei degenti, e in via accessoria di materiale vario e dei generi alimentari. Né vuol nascondere le difficoltà di ogni genere che si presenteranno per la gestione del Villaggio: basta pensare al solo problema dell'alimentazione. Agli ammalati, oltre il resto, bisognerà dare un minimo di uno o due uova fresche al giorno. Dove trovarne, in prosimità, in quantità tale da sopperire al bisogno di 3.000 ammalati, che tanti ne potrà contenere il Villaggio?» (*ivi*, p. 424).

50. *Ivi*, pp. 420-421.

51. *Ivi*, p. 422.

52. INPS, AS, Verbale del CDA, 19 ottobre 1938, 23) Sondalo – Villaggio sanitoriale: stanziamento di L. 88.000.000 per i lavori di costruzione, p. 125.

53. Si rimanda al saggio di Annalisa Trentin, cit.

54. E. Morelli, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in «Lotta contro la tubercolosi», a. I, n. 2, 1931, p. 135.

55. In attuazione della L. 132 del 12 febbraio 1968, nei confronti delle case di cura

dell'Istituto.

56. *L'Istituto Nazionale Previdenza Sociale nella lotta contro la tubercolosi*, Roma 1947.

57. È in corso di perfezionamento il passaggio della struttura al controllo completamente pubblico, cfr. Delibera Regione Giunta regionale Emilia Romagna 283/2010.

58. Con deliberazione della giunta comunale n. 462 del 27.11.2008. Sul sanatorio di Perugia si veda lo studio di Laura Zaccardi, *L'ex Ospedale sanatoriale P. Grocco di Perugia: il problema di restauro e riuso di un nosocomio del '900*, relatore, prof. Luca Giorgi, correlatore, arch. Alessandro Bazzoffia, Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Architettura, Dipartimento di Restauro e Conservazione dei Beni Architettonici, a.a. 2004-2005.

59. [http://www.lanazione.it/arezzo/2008/02/13/64575-palazzo\\_giustizia\\_sabato\\_inaugurazione.shtml](http://www.lanazione.it/arezzo/2008/02/13/64575-palazzo_giustizia_sabato_inaugurazione.shtml).

60. <http://www.repubblica.it/speciale/2003/universita/facolta/ingegneria/>.

61. L'isola di Sacca Sessola fu realizzata artificialmente con le terre di riporto provenienti dagli approfondimenti dei canali e, dal 1892, destinata a ricovero per infettivi. Nel 1927 il Comune donava l'isola alla CNAS; nel 1936 inaugurò l'ospedale pneumologico De Giovanni, con grande parco, centrale termica, depositi, officine, dopolavoro col cinematografo e torre idrica. L'ospedale cessò l'attività nel 1979 e dal 1981 la proprietà dell'isola è tornata al Comune con il vincolo della destinazione del bene alla competente USSL (Cfr. Comune di Venezia, Archivio Fotografico delle isole lagunari, [http://194.243.104.176/website/img\\_laguna/info/info\\_isola.asp?id=26](http://194.243.104.176/website/img_laguna/info/info_isola.asp?id=26)).

62. Comune di Siena, Estratto dal verbale di deliberazioni del Consiglio Comunale del 21 dicembre 2001, n. 309.