

ture mettevano in moto un giro d'interessi non indifferente e una lotta senza risparmio di colpi. Intanto, però, la decisione era stata presa prima che venissero aperti gli istituti provinciali e prima che i pochi dei comuni e delle università fossero in grado di soddisfare tutte le richieste, per cui il prodotto era fornito a prezzo concorrenziale, spesso in quantità insufficiente alle emergenze, da laboratori privati nazionali e svizzeri. Era anche per questo che la distribuzione regionale degli interventi continuava a variare come in passato, mentre certe inerzie locali cercavano la loro giustificazione in difficoltà organizzative e finanziarie, dietro le quali si nascondevano talvolta le posizioni antivacciniste degli amministratori.

In complesso, però, l'intensa azione profilattica esercitata dai servizi sanitari pubblici ebbe successo in tutto il territorio, come è dimostrato dal numero dei morti, che si ridusse a 19 nel 1915 e a 16 nel 1916, dopo le cifre abbastanza elevate del 1911 (4828) e del 1912 (3336): la malattia poteva dirsi ormai debellata, anche se negli anni successivi un'epidemia, importata in Piemonte da prigionieri di guerra e nel Mezzogiorno dal movimento di uomini e di merci con la penisola balcanica, dilagò nelle regioni meridionali e in Sicilia, dove raggiunse una notevole intensità, mentre fu ben contenuta in quelle settentrionali e centrali. I più elevati tassi di mortalità si registrarono in Puglia, in Sicilia, in Campania, in Calabria, in Basilicata¹⁸. Era qui che le condizioni igieniche e sanitarie più precarie offrivano un terreno più favorevole e la cintura protettiva aveva le maglie più allentate.

¹⁸ G. MORTARA, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari 1925, pp. 212, 253-54, 376-78.

ANNA LUCIA FORTI MESSINA

L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera

181. *Il colera come oggetto di storia.*

Dal punto di vista di una storia della sanità in Italia, il colera è una malattia tipica del secolo scorso. Comparve la prima volta nel 1835 e ripetutamente in successive ondate fino al 1912, poi scomparve in maniera pressoché definitiva. Ma se il colera è sparito dal nostro paese, come dall'Europa tutta, la sua storia suscita ancora oggi un vivo interesse. Perché?

Per quanto è possibile giudicare allo stato attuale degli studi, il colera, sebbene micidiale in assenza di cure appropriate, non fece più vittime di molte altre malattie note da tempo, quali vaiolo, morbillo, scrofola, tubercolosi, tifo o anche malaria e pellagra. Ma colpì l'immaginazione collettiva di gran lunga più di ogni altra malattia, per la sua esotica novità, per il suo carattere subitaneo, rapido, violento, misterioso. Ondate di paura percorsero l'Europa in quegli anni: il morbo asiatico era ancora di là dai confini, che già occupava le menti e i discorsi, come un'ombra nera e minacciosa, che risuscitava l'antico terrore della peste. Inoltre, poiché il colera era sconosciuto, i medici lo affrontarono subito con appassionato interesse, che non venne meno col succedersi delle epidemie. Così, grazie ad essi, la letteratura di testimonianza o d'occasione sul colera è sterminata. Ogni medico, secondo la sua mentalità e la sua formazione, tentava, attingendo alla vasta ma ugualmente inefficace farmacopea del tempo, un suo metodo di cura. Sono centinaia quelli che tennero scrupolosamente nota delle loro osservazioni ed esperienze, e vollero riferirle, raccontando talvolta anche lo svolgersi dell'epidemia nella loro città o paese. Queste narrazioni, se coeve, si assomigliano tutte: E così pure i racconti stesi da scrittori non medici, ma attenti alle reazioni popolari e a tutto quell'insieme di provvedimenti d'iniziativa pubblica o privata, che sempre si accompagnarono al passaggio del morbo indiano. Immediate, a volte ingenua, o polemiche, quelle erano storie vissute, storie di testimoni.

Ripensata oggi, la storia del colera in Italia è invece un osservatorio particolare, che consente di cogliere l'interazione tra un fenomeno bio-

logico nelle sue dimensioni epidemiche e una serie di azioni umane individuali e sociali da esso condizionate o provocate e a lor volta capaci di incidere sulla dinamica del fenomeno. Un complesso intreccio, che dà luogo ad interrogativi non ancora chiariti. Perché le epidemie cominciano? perché cessano? Sulle spiegazioni che appaiono più ovvie, gli studiosi, medici o storici, non sono sempre d'accordo¹. Inoltre, alla successione delle ondate epidemiche si accompagnò parallelo lo sviluppo delle conoscenze mediche, e vedremo quindi il discorso medico mutare sensibilmente nel corso del secolo, come in parte mutò anche la risposta dei gruppi sociali che a quel discorso erano più attenti; non mutarono invece in modo apprezzabile le reazioni popolari. Ma è noto che la storia delle mentalità si muove su tempi più lunghi, la cui lentezza confina con l'immobilità. Invece un medico del 1884, e già uno del 1865, non erano più così disarmati come quelli di trent'anni prima. Inoltre, poiché un'epidemia di colera è il prodotto non solo di un microorganismo che assale la società dall'esterno, ma anche delle condizioni di vita abituali, questo fatto straordinario, che sconvolgeva il corso dell'esistenza collettiva, metteva a nudo tutte le insufficienze, le carenze, le miserie che moltiplicarono la gravità della strage, concentrandola in determinati strati sociali: disuguaglianza anche davanti alla morte. Il colera insomma chiamò in causa non solo i medici, ma chi aveva responsabilità ai diversi livelli intersecantisi dell'organizzazione sociale: scienza, politica, amministrazione. Quale fu la risposta sociale, è ciò che interessa nello studio del colera.

2. La malattia. Contagiosa o epidemica?

Il colera è una malattia infettiva, il cui agente patogeno, un batterio detto *vibrio cholerae* o, per il suo aspetto, *bacillo virgola*, una volta introdotto nell'intestino per via orale¹ vi si impianta e compie la sua opera di distruzione. La malattia si manifesta generalmente con dolori addominali e diarrea; ben tosto però le feci prendono l'aspetto di acqua di riso e contengono fiocchi biancastri formati da cellule dell'epitelio intestinale e da vibrioni. Le scariche ed il vomito che spesso le accompagna diven-

¹ Cfr. i diversi pareri di CH. A. ROSENBERG, *Cholera in XIX century Europe: a tool for social and economic analysis*, in «Comparative studies Society and History», tomo VIII, 4, 1966 (la scomparsa del colera dall'occidente è frutto delle conoscenze acquisite) e M. GREENWOOD, *Epidemic and crowd disease: an introduction to the history of epidemiology*, London 1935, p. 171, conclude in sostanza che «qualcosa è davvero molto cambiato... Ciò che cambia è ciò che noi non conosciamo».

¹ R. POLLITZER, *Le choléra*, Genève 1960, p. 890.

gono così frequenti che il malato si disidrata, la pelle diventa rugosa, insorgono dolorosi crampi alle estremità, ed una sete divorante; infine la temperatura si abbassa, le unghie diventano livide, le occhiaie infossate: è lo stadio dell'algidismo, che in poche ore porta al collasso e alla morte. Decorso rapido, dunque, e sintomatologia impressionante. Oggi il colera; ancora endemico in India e in altre regioni d'Asia e d'Africa, è però perfettamente curabile, se preso in tempo, e quindi raramente mortale. La terapia, che consiste essenzialmente nella sostituzione dell'imponente massa di liquido perduta, mediante l'introduzione per via endovenosa d'una soluzione salina, di dose e composizione appropriata, è stata messa a punto solo dall'inizio di questo secolo, dopo molti tentativi empirici e dopo la scoperta dell'agente eziologico², nel 1883. È bensì vero che già Pouchet a Parigi nel 1849 e Pacini a Firenze nel 1854 avevano visto il vibrione osservando al microscopio le feci dei colerosi, ma le loro premature scoperte passarono quasi inosservate e, nella gran congerie di osservazioni spesso infondate e contraddittorie, furono presto dimenticate. Invece, quando nel 1883 in Egitto Koch identificò a sua volta il vibrione, i progressi maturati nella microbiologia e nelle tecniche di cultura dei batteri gli permisero di studiarne il comportamento, con vantaggio immediato, se non della terapia, certamente della profilassi.

Ma quando il colera comparve in Europa per la prima volta i medici dovettero affrontarlo in condizioni di grande sfavore: lottavano contro un nemico ignoto, che non si sapeva come agisse, né per qual via penetrasse nell'organismo.

Si sapeva invece di dove era venuto. Endemico da tempi immemorabili nella regione fra il Gange e il Bramaputra, nel 1817, a seguito dei movimenti militari e commerciali degli inglesi, il colera si diffuse per tutta l'India e ne varcò i confini, propagandosi, lento ma inesorabile, verso l'Estremo Oriente, e verso l'Africa, l'Europa e le Americhe. Non seguiremo qui tutti i suoi percorsi, che furono quelli delle antiche vie del commercio, piste delle carovane, rotte dei velieri, ora superate assai più velocemente dalle navi a vapore, dando al germe infettivo la possibilità di sopravvivere alle lunghe distanze³. Basterà dire che il colera raggiunse la Russia nel 1829, poi Polonia, Prussia, Austria e Paesi baltici. Da Riga fu portato in Inghilterra nel 1831, nel 1832 era in Francia e nel 1835 dalla Francia meridionale passò in Italia. Il colera dunque seguiva gli uomini e le loro cose. Ma tale palpabile evidenza non bastò a convincere subito le popolazioni, i medici, i governi, che si trattasse di malattia contagiosa.

² *Ibid.*, p. 791, indica il metodo Rogers 1909 come il primo soddisfacente.

³ Cfr. A. SIEGFRIED, *Itinéraires de contagions. Epidémies et idéologies*, Paris 1960, p. 68.

E d'altra parte il concetto di contagio non coincideva esattamente con quello attuale.

Esisteva poi nel discorso medico del tempo l'opposizione *contagioso/epidemico*, ben netta nella teoria, ma ambigua e insufficiente per alcuni casi particolari ribelli alla classificazione. Uno di essi fu il colera⁴. Troviamo questa netta distinzione in Italia lungo tutto il secolo. Un medico romano nel 1837 definiva in questi termini la malattia contagiosa: «Un morbo il quale s'appicca e passa da uno in un altro individuo, da uno in un altro luogo; traversa climi e regioni differenti... senza perder mai della sua forza... non può al certo ripetersi che dall'azione di un corpo *sui generis* ingenerato, di natura specifica ed invariabile, il quale, posto a contatto dell'organismo vivente, induce sempre i medesimi identici effetti»⁵. Le malattie epidemiche, invece, per esempio le febbri intermittenti, erano quelle che si ritenevano generate da miasmi prodotti da corpi organici in putrefazione, da esalazioni delle paludi, o da immondizie in decomposizione. Scriveva un medico toscano nel 1854: «Malattie epidemiche diconsi quelle che hanno la loro causa di sviluppo nelle condizioni speciali cosmotelluriche, o igienico-alimentarie. Le contagiose invece debbono la loro origine alla presenza di un corpo che si emana direttamente dagli individui ammalati, e che introdotto nell'organismo dei sani, v'induce la stessa malattia»⁶. Ancora negli anni '80 eminenti studiosi mantenevano distinti i due concetti precisandoli, se mai, con sottile variazione di vocabolario: «Contagiosa [è] una malattia quando la causa che la produce è specifica, quando dà origine costantemente ad una malattia identica, si moltiplica grandemente e rapidamente nel corpo in cui è penetrata e dal quale facilmente per vie diverse si propaga e trasmette da un individuo all'altro». Al contrario le febbri intermittenti «diconsi generate da miasma. Ma queste non si propagano da individuo a individuo; il principio che emana dalle paludi e provoca gli stessi malori negli individui che l'assorbono, non opera che su di questi soltanto, in essi finisce e non si moltiplica nel loro corpo indefinitamente, né viene dai medesimi portato ovunque e propagato alle persone che li avvicinano»⁷.

Il colera però sembrava sottrarsi e sfuggire a queste ben definite categorie. Perciò sul morbo asiatico la controversia durò molto a lungo fra contagionisti ed anticontagionisti, designati anche come epidemisti prima e poi localisti. I due gruppi avevano in comune solo una cosa: sia gli

⁴ M. PELLING, *Cholera, Fever and English medicine. 1825-1865*, Oxford 1978, pp. 17 sgg.

⁵ I. LIUZZI, *Osservazioni sul cholera morbus indiano fatte in Roma nell'estate dell'anno 1837*, Roma 1839, p. 15.

⁶ P. BERTINI, *Il cholera è o no contagioso?*, Lucca 1854, p. 5.

⁷ C. ZUCCHI, *Il colera. Schizzo storico e profilattico*, Milano 1883, p. 17.

uni che gli altri costruivano teorie dal fondamento scientifico piuttosto incerto — i fatti ora davano ragione agli uni, ora agli altri — ed ambedue le rinforzavano ricorrendo al concetto complementare di predisposizione⁸.

La disputa può ora apparirci oziosa, ma sarebbe un'impressione sbagliata. Scegliere una o l'altra teoria implicava tutta una serie di conseguenze pratiche sul piano politico, sociale e personale. Se il colera era contagioso, era possibile e quindi doveroso tenerlo lontano evitando il contatto con paesi infetti, istituendo cioè cordoni sanitari, quarantene, lazzaretti; se poi fosse penetrato in un paese, occorreva isolare subito i primi casi. Erano le misure messe in atto, con più o meno successo, nei secoli precedenti, contro la peste: le sole misure sensate e possibili quando si combatte contro un nemico che non è possibile sconfiggere sul piano medico⁹. Da questo punto di vista il colera era tanto minaccioso quanto la peste. Ma attuarle, tali sgradite misure protettive, era facoltà dei governi, non dei singoli. Esse implicavano ordini severissimi, e poteri autoritari, se non altro perché disturbavano non solo gli interessi privati del grande commercio, ma anche i piccoli movimenti locali, l'ambulante, il contadino, ed erano perciò votate a mille trasgressioni; e ne bastava una per vanificare tutto. Ora, gli epidemisti negavano la necessità dei cordoni sanitari, attribuendone la spesso verificata inefficacia non al fatto che essi venivano violati, ma all'assurdità di voler fermare i miasmi vaganti nell'atmosfera. Nella loro posizione però c'era un'idea feconda: che si dovesse agire sull'ambiente, allontanando ogni fomite di esalazioni nocive e quindi acque stagnanti, mucchi di letame, cumuli di spazzatura e simili. Gli epidemisti insomma erano degli igienisti e, se il loro punto di partenza era discutibile, il loro approdo era, al contrario, indiscutibilmente opportuno, specie date le vaste carenze igieniche prevalenti a quel tempo. Inoltre le due teorie non rappresentavano soltanto due ipotesi scientifiche diverse, ma anche due concezioni culturali opposte: contagionismo era sinonimo di vitalismo, e vitalisti o neovitalisti erano molto spesso (non sempre) i reazionari; gli epidemisti invece erano nemici di ogni vitalismo. Certo linee rette di divisione politica tra contagionisti ed epidemisti non si possono tracciare, ma a torto o a ragione anche su scala internazionale venivano considerati contagionisti gli Stati e i paesi reazionari ed autoritari, mentre gli stati liberali erano epidemisti¹⁰. Definizioni grossolane, ma un fondamento c'era.

⁸ Che si ritrova ancora alla voce *Colera asiatico* dell'*Enciclopedia Medica Italiana*, Firenze 1951, vol. II.

⁹ Cfr. C. M. CIPOLLA, *Chi rompe i rastelli a Monte Lupo?*, Bologna 1977, p. 22.

¹⁰ M. VOVELLE, *Le choléra de 1835-37 en Italie d'après les correspondances diplomatiques fran-*

In Italia tuttavia, sebbene viva e prolungata, la discussione non si radicalizzò mai totalmente, e rari furono i casi di un contagionismo tanto esasperato da disprezzare le riforme igieniche. Raro, cioè, un discorso di questo genere: «Il cattivo vitto, il sudiciume, le cattive abitudini, varranno per fermo a disporre viepiù la fibra animale a risentire l'azione del contagio; e per ciò solo, solamente per ciò, sia lode a tutte le giunte sanitarie istituite contro la diffusione del colera; ma vivaddio senza il germe del contagio né vi fu né vi sarà unquammai colera... disordini d'ogni fatta, miseria, immondizie, abitudini malsane, fame, guerra, intemperie, paura, mutamenti cosmo-tellurici vi furono sempre e vi saranno, ma tutto ciò non valse né varrà giammai a ingenerare il colera, almeno in Europa, senza il fomite straniero d'infezione». Inutile dunque che governi, municipi e giunte sanitarie si mettessero freneticamente a ripulire le città: «Noi... osammo sempre ed ardiremo ripetere a tutti questi filantropi: *vanitas vanitatum et omnia vanitas*»¹¹. Una condanna sommaria che sembra investire non tanto il ritardo imprevedente di quelle autorità, quanto proprio il valore in sé di qualunque provvedimento igienico. In generale invece in Italia anche i contagionisti, che fra i medici erano sicuramente la maggioranza, furono fautori delle riforme igieniche, sia perché, come si è detto, tutti ammettevano l'esistenza della predisposizione, consistente in condizioni particolari sia dell'individuo che dell'ambiente, sia perché neppure al più svagato osservatore poteva sfuggire la costante relazione fra diffusione del colera e situazioni di degradazione igienica e di miseria in tutti i suoi aspetti più sordidi e più tragici. Simili posizioni furono di S. De Renzi e V. Lanza a Napoli; di Zucchi, Gianelli e Strambio a Milano; di A. Corradi e di G. Auxilia a Palermo; di Tommasini a Parma; di Namias a Venezia; per non citare che i più noti.

Del resto era vecchia tradizione in Italia che misure contagioniste (cordoni, sequestri, lazzaretti) si accompagnassero ad iniziative «epidemiche» per il risanamento dell'ambiente: era già avvenuto ai tempi della peste¹². E poi i medici sapevano che le loro armi erano spuntate e niente di efficace potevano consigliare se non le precauzioni igieniche: e tutti lo fecero largamente. Molti epidemisti, a loro volta, si ricredettero di fronte a troppi casi di contagio constatato con i loro occhi, anche se il modo di trasmissione rimaneva del tutto misterioso. Così i consigli di certi epidemisti furono i più sensati ed utili che si potessero formulare in quei

çaises, in «Rassegna storica toscana», n. 2, Firenze 1962. Cfr. J. LÉONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris 1981, p. 123.

¹¹ G. B. MARZUTTINI, *Contagio, unica verità finora utile nel cholera*, Bologna 1866, pp. 28-29.

¹² Cfr. C. M. CIPOLLA, *Public Health and the medical profession in the Renaissance*, Cambridge 1976, p. 32.

frangenti. A Venezia nel 1835 il medico provinciale dottor Vallanzasca, dopo una visita a Loreo nel Polesine, dove aveva trovato diversi casi di colera e molta paura, scriveva nel suo rapporto: «Ho creduto opportuno dovere raccomandare che le materie emesse dagli ammalati anziché gettarle nei letamai vengano tosto dalla camera dell'infermo asportate e sepolte. Che le biancherie usate dagli ammalati venghino espurgate e lavate con forte ranno; che sia osservata la massima nettezza negli abitati, che venghino aspersi i pavimenti con una soluzione di cloruro di calce per neutralizzare i perniciosi effluvi degli ammalati»¹³.

3. L'epidemia del 1835-37.

Atteso e temuto, nonostante i cordoni sanitari ordinati dal re Carlo Alberto¹, a luglio del 1835 il colera penetrò nel Regno di Sardegna dalla Francia, pare per la via di mare. Colpì per prima Nizza, poi Cuneo, Genova, Torino e diverse località dei rispettivi circondari. Da Genova in agosto passò in Toscana e toccò Livorno, Firenze, Pisa. All'inizio di settembre penetrò anche nel Veneto, portato forse a Loreo da un brigantino carico di panni usati provenienti dal Piemonte; toccò Venezia e Padova, Vicenza, Verona e poi Bergamo. Era solo l'inizio. Nel gennaio 1836 il morbo giunse a Mantova, e mentre si estendeva a tutte le altre

¹³ Archivio di Stato di Venezia, medico provinciale, b. 1, Rapporto del dottor Vallanzasca, in data 6 ottobre 1835.

¹ Fin dal 1831. Ma nell'agosto '35 furono revocati. Cfr. G. DARDANO, *Epidemie, contesto urbano e interventi di risanamento a Genova, 1830-1880*, in «Storia urbana», 1, 3, 1977, p. 37.

Tabella 1.

	1835		1836		1837		Totale		Morti su 1000 abitanti	Popolazione
	casi	morti	casi	morti	casi	morti	casi	morti		
Regno sardo	5 811	2 962	4 562	2 920	1 240	685	—	6 567	1,7	3 790 815
Lombardia	13 521	6 777	43 656	25 238	—	—	57 177	32 015	13,0	3 455 539
Veneto	10 401	5 998	32 857	17 087	468	344	43 726	23 429	11,3	2 058 936
Toscana	2 148	2 206	19	9	554	347	?	2 562	1,8	1 421 927
Ducato modenese	—	—	70	51	—	—	—	51	0,1	469 303
Ducato parmense	—	—	10 382	5 483	—	—	10 382	5 483	11,5	472 806
Stato pontificio	—	—	1 625	787	10 290	5 944	11 915	6 731	2,5	2 732 436
Regno di Napoli di cui dal Faro	—	—	?	60 700	?	29 682	?	90 382	10,0	6 082 900
Sicilia	—	—	—	—	?	69 253	?	69 253	35,3	1 960 951
Umbria	17 943		112 275		106 255		236 473		(11,0)	(21 500 000)

anche involontariamente gonfiata, registrando come colera delle semplici diarree o quello che molti autori del tempo chiamavano colera nostrano o colerina, sempre benigno: si sa infatti che il colera non trattato, come è sempre da considerarsi nell'Ottocento, dà fra 50 e 70% di esiti mortali. È doveroso tener conto che, almeno al suo primo apparire, reali difficoltà di diagnosticare il colera possano aver reso imprecisa la documentazione. Assegnerei tuttavia un minor peso relativo alle difficoltà di diagnosi, ed uno maggiore alla materiale impossibilità, che talora dovette verificarsi, di tener dietro a tutti i casi nei momenti in cui il numero degli ammalati del giorno travolgeva qualunque organizzazione².

In generale le cifre relative al numero dei morti sono ovunque le più attendibili: anche nel forte di un'epidemia, anche in una città popolosa come Napoli, i decessi venivano scrupolosamente registrati. Poteva forse sfuggire quello avvenuto in una famiglia nobile e potente, desiderosa di evitare per il congiunto la fossa comune obbligatoria in tempo di colera: sappiamo che a volte tale frode si verificò, ma sappiamo pure che un certo numero di nobili famiglie ottennero invece una deroga alle ordinanze sul seppellimento, il che esclude la necessità di ricorrere alla frode. Nel complesso le statistiche del tempo, ove esistono, sono, secondo me, sufficientemente attendibili³. È piuttosto la valutazione relativa delle perdite a suscitare problemi, per la necessità di confrontare il numero dei morti di colera, preso globalmente o variamente disaggregato, con le cifre di popolazione vivente, cioè con dati non sempre disponibili e che, comunque, la demografia storica spesso ha giudicato insoddisfacenti per vari motivi, ma che in questa sede converrà accettare come valori indicativi.

5. L'epidemia del 1849.

La seconda ondata epidemica del secolo iniziò a Venezia, importata dalle truppe austriache che assediavano la città, e che in seguito propagarono il colera ad altre località del Veneto, a Trieste, all'Istria; anche alcune località dell'Emilia e del Piemonte furono poi infettate. La tabella 3 indica il quadro dall'inizio di luglio alla fine di novembre, mentre la tabella 4 indica le situazioni più significative del 1849.

Già i medici di quei tempi notarono che nel '49 l'epidemia non si era

² Così a Napoli nel 1837 (secondo S. De Renzi, in «Filiatre sebezio», xiv, 79, luglio 1837, pp. 65 e 80, agosto 1837, p. 74).

³ Così concludeva anche F. MARCOLINI, *Intorno al colera cianico di Venezia, nel 1835*, Milano 1836, pp. 16-17.

estesa come la prima volta mentre invece la letalità era salita. Corradi vedeva così verificata la «legge che la mortalità [letalità] rispetto a' morbi epidemici, sia in ragione inversa della quantità de' colpiti»¹. Egli poi attribuì alla «minor disposizione che in que' tempi aveva a propagarsi» il fatto che il colera si fosse diffuso tanto meno di 13 anni prima; e a limitarlo non erano certo state le barriere dei provvedimenti sanitari, che nessun governo aveva potuto prendere o mantenere data la situazione politica del momento.

Dire che il morbo non ebbe in se stesso le forze è un concetto vago ed impreciso ma, tra storia e scienza, una spiegazione più soddisfacente non sembra disponibile. Certo i soldati austriaci portarono involontaria-

¹ CORRADI, *Annali cit.*, p. 773.

Tabella 3.

Fonte: tutte le cifre provengono da CORRADI, *Annali cit.*, vol. III, pp. 767-72, meno quelle di Trieste, prese da A. GUASTALLA, *Osservazioni medico-pratiche sul cholera asiatico fatte a Trieste l'anno 1849*, Trieste 1849.

	Colpiti	Morti	Letalità (%)
Veneto	15 368	9 374	61,0
Istria ^a	5 000	3 640	72,0
Lombardia	6 139	3 671	59,8 ^b
Piemonte	52	35	67,3
Emilia	753	482	64,0
Elba	13	9	69,0
Totale	27 325	17 211	63,0

^a Si tratta solo di Trieste, in realtà.

^b Nelle città di Milano, Brescia, Bergamo fu 71%, nella provincia 58,6%.

Tabella 4.

	Casi	Morti	Morti su 1000 abitanti	Letalità (%)
Treviso	365	112	5,73	30,7
Treviso provincia	276	101	1,8	36,6
Padova	735	548	8,9	74,5
Padova provincia	1606	978	3,5	60,8
Venezia	6624	3839	21,2	57,9
Chioggia	2219	1139	35,5	55,8
Bergamo provincia	4000	2200	6,0	55,0

mente acqua al mulino dei contagionisti. Al protomedico della Lombardia, Gianelli, si unì Augusto Guastalla a Trieste, che lamentò l'incuria delle autorità (epidemiste) le quali non avevano isolato i primi casi; a Brescia L. Balardini, e a Padova il Berti, — come molti altri del resto — dimostrarono la contagiosità del morbo seguendone le tracce da una persona all'altra²: a Brescia gli isolamenti avevano avuto esito positivo, mentre Bergamo, che li aveva trascurati, era stata assai danneggiata dal male. Ormai nel Lombardo-Veneto, se uno voleva ancora negare il contagio, doveva coprirsi coll'anonimo³. Intanto a Ferrara L. Bosi affermava che, al pari dei cordoni sanitari, occorreva «attuare tutte quelle misure d'igiene che validamente soccorrono il popolo ne' suoi bisogni», per tempo, quando la minaccia era ancora remota⁴.

6. I provvedimenti pubblici.

Forzati a scegliere una politica sanitaria che bilanciassero i danni certi con quelli eventuali, i governi, come si è detto, adottarono di solito una via di mezzo, istituendo quarantene e cordoni che, attuati con poco rigore, fallivano e venivano revocati o lasciati cadere. Attuassero o no misure protettive verso l'esterno, tutti i governi furono però consapevoli che occorreva allestire in anticipo delle difese interne, per far fronte, se il colera fosse penetrato nei loro Stati.

Che cosa fecero in concreto? Anzitutto nominarono delle commissioni sanitarie (funzionari, medici, religiosi, cittadini benestanti e benefici) che predisponessero una sorveglianza straordinaria su ogni ramo di «polizia igienica», cioè si curassero di far spazzare le strade, rimuovere le immondizie accumulate e i depositi di letame, imbiancare le abitazioni più misere e sudice, imporre ai fabbricanti di corde, di candele di sego, ai macellai, a tutti coloro che svolgevano attività che potessero dar luogo ad esalazioni moleste o nocive, di allontanarsi dall'abitato o almeno astenersi dal gettare acque fetenti nelle pubbliche vie. Si pensò anche ad espurgare latrine e fogne e si volle che queste fossero disinfettate, sem-

² L. BALARDINI, *Invasione del cholera morbus nella provincia di Brescia nell'anno 1849 e fatti comprovanti sempre più la sua indole contagiosa*, Milano 1851; A. BERTI, *Brevi cenni intorno al cholera di Montagnana nel settembre e ottobre 1849*, Venezia 1855.

³ ANONIMO, *Della non contagiosità del cholera, appoggiata ad una notificazione del 1832 dell'Imperatore Francesco I e dimostrata coi principi razionali e fisiologici di patologia e d'igiene pubblica. Memoria di un filantropo sempre dominato da principi umanitari*, Milano 1849.

⁴ L. BOSI, F. JACHELLI e L. POLETTI, *Relazione sul cholera morbus che dominò nella città e provincia di Ferrara nel 1849*, Ferrara 1851, p. 35.

pre allo scopo di eliminare sorgenti di cattivi odori¹. Venne altresì prescritto di sorvegliare i mercati e le botteghe di generi alimentari, specie quelli deperibili, carne, pesce, frutta, verdura. Simili ordinanze sono attestate dovunque e lungo tutto il secolo, da Torino nel '35, a Modena nel '36, a Bologna, a Cremona, a Treviso, a Napoli, a Ferrara, ad Agrigento...². Di solito queste commissioni operavano su base territoriale, nominando a loro volta sottocommissioni di sestiere, quartiere, rione o parrocchia. Tali deputazioni di base, per quello che era in loro potere, effettivamente cercarono di tamponare le falle più vistose di situazioni urbane gravemente deficienti sotto il profilo igienico. Che poi simili affrettate azioni di ripulitura si ripetessero puntualmente ad ogni successiva minaccia di colera dimostra che, appena terminata l'epidemia, la vita riprendeva il suo solito corso e le amministrazioni lasciavano le cose come stavano. Ma di ciò si dirà più avanti.

Altro compito delle commissioni sanitarie era predisporre ed allestire ospedali appositi per i colerosi, rifornirli di letti e altre masserizie, di medicinali, di personale medico. Ai medici in particolare veniva ricordato l'obbligo di vegliare sulle malattie ordinarie e dichiarare subito quelle sospette³. A volte i governi, per esempio quello di Napoli, inviarono circolari a tutte le autorità locali, anche per dar loro qualche informazione sulla diagnosi e sul trattamento da usarsi coi malati di colera, e talora istruzioni popolari da distribuire ai medici, ai parroci, ai sindaci⁴. Nei piccoli centri e nei paesi di campagna il compito di riferire alle commissioni sanitarie o alle autorità politiche la presenza eventuale di malattie sospette era affidato ai medici condotti, già pagati per la cura dei poveri; nelle città, dove i medici condotti erano punti o pochi, furono stipendiati appositamente medici e chirurghi affinché accorressero ad ogni chiamata. A Ferrara, per esempio, nel 1849, poiché la città era vasta, furono nominate delle «deputazioni sanitarie figliali, sparse ne' vari quartieri e

¹ Cfr. A. DA CAMINO, *Cenni popolari preservativi il cholera e curativi il primo sviluppo del morbo*, Venezia 1855, p. 7: «Le fogne, i lettamai, i fossati stagnanti, l'immondizie aggrumate facilmente sospendono il germe e il trattengono; il dimorarvi presso è pericoloso».

² Cfr. M. L. BETRI, *Le malattie dei poveri. Ambiente urbano, morbilità, strutture sanitarie a Cremona nella prima metà dell'Ottocento*, Milano 1981, p. 9; P. DE' LIBERALI, *Relazione storico statistica dell'ultima invasione del cholera morbus nel comune di Treviso*, Venezia 1857, p. 7; C. VETRO, *Il cholera del 1837 in provincia di Agrigento*, in «Archivio storico siciliano», serie IV, vol. I, 1975; per Ferrara cfr. BOSI, JACHELLI e POLETTI, *Relazione cit.*; G. PASTORE, *L'organizzazione ospitaliera del comune di Torino per il cholera del 1835 e l'opera di R. D'Azeglio*, in «Atti del secondo congresso italiano di storia ospitaliera», Torino 1961; e infine O. MITARITONNA, *Misure contro il cholera nel ducato di Modena nel 1836*, in «Pagine di storia della medicina», XII, 1968, 5.

³ Cfr. per tutti P. PREDIERI, *Il cholera morbus nella città di Bologna l'anno 1855. Relazione della Deputazione comunale di sanità preceduta da notizie storiche intorno le pestilenze nel bolognese*, Bologna 1857, p. 220.

⁴ Cfr. le circolari di De Liguoro, intendente di Calabria Ulteriore II, luglio 1836, in ASN (Archivio di Stato di Napoli), Min. pol. 3^a rip. 2053, I.

ne' borghi composte di persone assennate e di buona volontà, con depositi di farmaci e mezzi d'ogni maniera e convenienti istruzioni». Ben 48 fra cittadini, medici e sacerdoti a sezioni di 4 per ogni due ore sedevano in permanenza⁵. Analoga struttura capillare fu organizzata a Napoli nel '36 e nel '54. Venivano anche scelte alcune farmacie che si assumevano l'impegno di consegnare le medicine prescritte ai poveri dai medici municipali; sarebbero poi stati rimborsati a spese pubbliche⁶.

Tutto questo era quasi perfetto, sulla carta, beninteso; non è però temerario ritenere che nella realtà non tutto e sempre sia poi stato attuato come previsto. Nonostante che regolamenti e piani di difesa fossero stati ovunque formulati assai per tempo (a Napoli e a Bologna, per esempio, fin dal 1831⁷), molte volte si tardò a metterli in opera fino all'ultimo momento. La commissione sanitaria di Genova, che esisteva dal 1832, soltanto a metà luglio '35, pressata anche da reclami dei cittadini allarmati, decise un'ispezione igienica di strade, cloache, magazzini; e gli ospedali entrarono in funzione con ritardo⁸. Anche a Cremona le ispezioni alle case dei poveri furono eseguite con molto ritardo⁹.

Non dovunque, però. A Napoli ad esempio le autorità cercarono di non farsi sorprendere: già nell'agosto '35, per ordine del Supremo Magistrato di salute il ministro degli interni aveva provveduto persino alle prigioni: un grosso contingente di reclusi era stato sfollato dalle prigioni di Aversa ed uno di condannati ai ferri dalle carceri di Avellino; erano stati lavati i pavimenti ed eseguite fumigazioni disinfettanti; si erano rasi barbe e capelli ai detenuti e dati loro nuovi abiti, «denudandoli dei cenci che vanno eliminati»; e la «vittitazione» risultava, dopo la verifica, «nella qualità che non può aversi di meglio»¹⁰. Prendendo in considerazione un altro settore, la sorveglianza dello stato sanitario, per tutto il corso del '36 rapporti giornalieri sulle malattie correnti vennero inviati dai commissari di polizia al ministro degli interni¹¹. È vero che l'esecuzione di questi e altri simili provvedimenti non salvò Napoli dal colera; né avrebbe potuto. D'altra parte non è questo della prevenzione il campo in cui muovere appunti ai governi e ai pubblici poteri in genere. Ri-

⁵ BOSI, JACHELLI e POLETTI, *Relazione* cit., p. 106.

⁶ Per Napoli nel '36-37, cfr. A. FORTI MESSINA, *Epidemia e società* cit.; per il 1854, S. DE RENZI, *Intorno al cholera di Napoli nell'anno 1854. Relazione alla Facoltà medica*, Napoli 1854; per altre forme di convenzione per farmaci si veda la *Notificazione di S.A.I.R. il Granduca riguardo il colera che affligge Livorno*, 1° settembre 1835, art. 4.

⁷ Cfr. *Regolamento generale di sanità intorno alle malattie epidemiche contagiose e particolarmente a quella del colera ora dominante*, seconda edizione fatta su quella del 1831, Bologna 1836.

⁸ DARDANO, *Epidemie* cit., p. 36.

⁹ BETRI, *Le malattie* cit., p. 9.

¹⁰ Lettera del ministro dell'interno Santangelo al soprintendente generale di salute Garofalo, 18 agosto 1835, in ASN, Sup. Mag. di Sal., 218, 3.

¹¹ In ASN, Min. Pol., Pref., f. 1479, I, si trovano statini fino al maggio '36.

tardi e difetti in situazioni di grave emergenza sono scontati, ma nel complesso il possibile fu fatto.

Piuttosto occorrerà domandarsi come mai, pur con tanto spiegamento di mezzi e opere di difesa contro il colera, le stragi siano state comunque tanto gravi e tanto vasta la sua diffusione. I motivi sono due: uno era nelle cose, l'altro negli uomini. Era nelle cose, cioè non poteva essere diversamente, l'inadeguatezza dei metodi terapeutici per lo stato delle conoscenze scientifiche; il colera giunse in Europa e in Italia in anticipo sulle possibilità della scienza medica.

L'altro motivo era negli uomini, cioè dipendeva non da inadeguate possibilità operative, ma da scelte fatte (o mancate) nell'organizzazione della vita associata. Non vi è ombra di dubbio che le carenze strutturali dell'assetto urbano, dalle abitazioni alle fognature, agli acquedotti e parimenti per tanta parte delle popolazioni urbane e rurali il «normale» stato di sottoalimentazione, abbiano fornito al colera un ambiente ultra-recettivo, facilitandone enormemente la diffusione. È noto infatti che anche oggi il colera sopravvive solo in paesi¹² dove carenze alimentari, precarietà di condizioni abitative, insufficienza di servizi igienici non sono solo un ricordo del passato. I provvedimenti della congiuntura potevano confortare, attutire, lenire, non incidere sulla situazione.

Storiografia del negativo? No, semplice constatazione: non è chi studia i documenti a fare della storia del colera un *weapon for social criticism*; sono troppe le tracce rimaste ad attestare oggettivamente una situazione di fatto¹³. Qui sorgono due questioni: 1) Erano tutte le città degradate, e tutte le abitazioni antiigieniche? O lo erano solo i quartieri più poveri, più popolati, quelli dell'«altra razza di uomini», che certamente ignoravano l'igiene, ma comunque non avrebbero potuto permettersela, né chi apparteneva alla classe degli «industrianti», la «gente laboriosa», gli «artieri», quelli insomma che campavano lavorando, né tantomeno chi rientrava in quella degli indigenti, che vivevano di espedienti e di carità? 2) E perché quelle stesse classi benestanti che trovavano normale, naturale lasciar vivere i poveri nel sudiciume e nel lezzo della miseria, avvicinandosi il colera si preoccupavano di ripulire, rimuovere, smorbare, profumare, imbiancare?

¹² POLLITZER, *Le choléra* cit., p. 890.

¹³ ROSENBERG, *Cholera in XIX century* cit., p. 453.

7. Una malattia selettiva: l'abitazione del povero.

«Fu osservato e dichiarato dal Muratori — scriveva P. Betti nel 1855 — che nelle pestilenze il contagio, incominciando a fare stragi nella classe povera, guadagna infine anco la piú agiata. Loché mentre trova la spiegazione nella maggior somma di mezzi che ha quest'ultima per guarentirsi da tutte le cause che facilitano la trasmissione e la diffusione dei germi della malattia, mostra che durando esso lungamente, giunge un momento in cui la loro massa e la loro diffusione è tale e tanta, per cui neppure la classe piú facoltosa può preservarsene»¹. Anche Barzellotti, nel 1839, dopo l'esperienza del colera, ricordava che «dove le condizioni dei poveri erano peggiori, ed essi piú moltiplicati e in angusti luoghi ristretti, ivi i morbi epidemici e contagiosi avevano quasi sempre incominciato il loro sviluppo»². Lo sapevano tutti, ne eran piene le cronache: il colera attaccava prima la città dei poveri, ma poi ne oltrepassava i confini e attaccava la città dei ricchi. E allora, volenti o nolenti, quei pericolosi vicini dovevano essere ripuliti e disinfettati, e le loro tane umanizzate: non era piú solo questione di carità, era legittima difesa. I benestanti se lo dicevano apertamente. «Il farlo in tempi come questi, — scriveva Mayer nel 1855 — non è solo carità, ma previdenza: perché il sollievo del povero è altresì preservazione del ricco e la voce dell'umanità è consiglio di universale salute»³. Ma era proprio reale il pericolo? E, insomma, come erano alloggiati questi poveri? Mettiamo il naso qua e là per l'Italia, senza pretendere, ovviamente, di dare un quadro completo.

A Venezia nel 1835 si temeva fortemente l'eventualità del colera, apparendo la città assai vulnerabile «per la sua ubicazione, e per la di lei costruzione materiale, e per la miseria, l'affollamento di persone in ristrette stanze mal riparate e immonde, l'ozio e l'infingardaggine... degli abitanti di alcuni sestieri», cioè quelli di Castello, dell'Anzolo, della Giudecca, che «accolgono uno stuolo di miserabili... i quali stanziavano affollati, in ozio, nelle sporcizie, mal aerati»; e fu «appunto fra questi che ebbe luogo il maggior numero di colerosi»⁴. Così a Genova nella prima epidemia i «miserabili» furono i 4/5 dei malati, e soprattutto nel sestiere

¹ P. BETTI, *Considerazioni mediche sul cholera asiatico che contristò la Toscana nel 1835-37/49 con appendice e documenti*, Firenze 1858, vol. V, pp. 302-3.

² G. BARZELLOTTI, *Dell'influenza della povertà sulle malattie epidemiche e contagiose come di queste su quella, dell'importanza di migliorare le condizioni dei poveri onde togliere l'influsso reciproco e rassicurare la pubblica e privata salute della ricorrenza di questi morbi nella gran penisola*, Pisa 1839, p. 31.

³ E. MAYER, *Ricordi del cholera in Livorno nel 1854. Lettere a G. P. Vieusseux*, Firenze 1855, p. 13.

⁴ Cfr. R. MORRIS, *Cholera 1832. The social response to an epidemic*, London 1977, p. 65.

⁵ MARCOLINI, *Colera cianico* cit., pp. 3 e 13.

del Molo⁵. E analogo fu l'andamento per ogni dove in Italia: a Palermo nelle prime due settimane di colera nel '37 furono colpiti solo gli abitanti della parte piú bassa della città, cioè quella vicino al mare, e specie i pescatori⁶. Così fu a Napoli nel 1836: Porto, Pendino e Mercato, i quartieri piú miseri, furono i piú tartassati⁷. A Gaeta il morbo colpí soprattutto il Borgo, dove la popolazione era «affollata in angusti viottoli, in miseri e sudicissimi abituri»⁸; a Terlizzi il colera «assalí piuttosto la gente di bassa condizione dimorante sulle strade strette dell'antica Terlizzi, che le persone agiate»⁹. Nel 1839 Giacomo Barzellotti, già settantenne, nello stendere per il Congresso degli scienziati italiani che stava per riunirsi a Pisa la sua relazione sul nesso tra i morbi epidemici e contagiosi e la povertà, «la prima afflitta e compromessa e l'ultima da essi abbandonata», ricordava che quei morbi, «fra i poveri mietendo sempre piú vittime, han saputo fra i cenci celare i loro seminii» per poi riprodursi. E trovava sorprendente che «né tampoco dopo queste recentissime calamità siasi risvegliata l'attenzione dei medici a ricercar le cagioni dell'eccidio dei poveri sopra le altre classi». Eppure «questi fatti non solo si trovano registrati nelle storie tutte dell'epidemie; sono noti essi eziandio ai piú e perfino al volgo»¹⁰. Ma tutte le epidemie successive non avrebbero trovato niente di cambiato.

Nel 1849 a Ferrara, disse la relazione ufficiale, «pochissimi casi eccettuati, [il colera] ha colpito le classi povere o meno agiate, e a preferenza le prime, siccome quelle che dimorano stivate in misere abitazioni, in abituri angusti, sudici, umidi, senza il conforto di una luce sufficiente, di un'aria opportunamente rinnovata; e su vie ugualmente oscure, umide, male aerate e cosparse d'immondezze; quelle classi che si nudrono di cibi scarsi o malsani; vivono in balia ad ogni intemperie; sono per necessità od abitudine non curanti della nettezza del corpo; durano le piú gravi fatiche e traggono una vita di stenti»¹¹. A Cremona nel '55 i medici notavano che il colera preferiva il povero, perché egli si nutriva male¹². A Calcinaja «la malattia prese a sorgere in persone piú che povere, miserabili ed in quella classe inferi»¹³. Anche a Barberino nel Mugello il co-

⁵ CORRADI, *Annali* cit., p. 540.

⁶ *Rapporto sul cholera morbus che regnò in Palermo in giugno luglio agosto 1837*, presentato al Governo dalla R. Accademia delle scienze, Palermo 1837 (citato in CORRADI, *Annali* cit., p. 521).

⁷ FORTI MESSINA, *Società ed epidemia* cit., p. 23.

⁸ A. PORCELLATI, *Sul cholera di Gaeta. Osservazioni*, in «Filiatre sebezio», XIII, 1837, p. 221.

⁹ CORRADI, *Annali* cit., p. 514.

¹⁰ BARZELLOTTI, *Dell'influenza* cit., pp. 8 e 32.

¹¹ BOSI, JACHELLI e POLETTI, *Relazione* cit., p. 15.

¹² P. P. COGGI, *Sull'epidemia cholerosa dell'anno 1855*, Pavia 1857, p. 10.

¹³ A. MARTINI, *Intorno ai casi di cholera morbus osservati e curati in Calcinaja nell'agosto e settembre del 1854*, Pisa 1854, p. 11.

lera colpí quasi soltanto «nella classe povera e bracciante... ove le cure igieniche tra per impotenza o maluso non sono osservate; colpí sul principio non sparsamente ma a mucchi, dove facili perciò furono i contatti, e dove l'accumulo di immondizie, l'ammassamento di persone, la miseria e tutto ciò che questa ha seco d'infesto all'umana salute, era di richiamo e di pascolo al male»¹⁴. Alla stessa data a Treviso, «l'inedia, il sudiciume, l'incuria della polizia personale e domestica, in cui vivono per mancanza di educazione civile e specialmente di mezzi sufficienti, gli individui delle infime classi tanto della città come del suburbio, facevano giustamente temere fin dal principio il sovrastante flagello, trovato in esse la prima esca, non fosse per sostituirvi il focolare d'infezione di dove diffondersi»¹⁵. E così fu. Tutto previsto. Ormai anche chi stendeva le cronache sapeva di dire cose scontate. «Non fa d'uopo dire che i punti piú afflitti furono i punti piú luridi e piú sporchi del paese, e dove la gente viveva piú agglomerata ed aveva piú sudicie abitudini. Ed in conferma di ciò sta il fatto che la classe povera fu quella che pagò alla malattia il piú forte tributo. Ed invero furono pochi gli attaccati dal morbo fra la classe agiata e civile, e pochissimi i morti»¹⁶. Si parla di San Giovanni a Teduccio, nel 1865, ma potrebbe essere qualunque altro luogo.

I resoconti dei medici sono una miniera di testimonianze del genere, perché, come diceva uno di essi, «e' conviene esser medici o parrochi, per entrare in certi tugurii, dove fin l'occhio di chi passa schifa di addentrarsi, per vedere come stia allogato chi ha un corpo e un'anima come abbiamo noi»¹⁷. Ma anche altri occhi videro, e attestarono, per esempio a Napoli nell'84 e a Palermo nell'85; anche le relazioni piú sobrie e meno emotive non potevano tacere le sconvolgenti miserie fra cui si svolgeva l'opera di soccorso. Se queste testimonianze sembrassero troppo generiche, si potrebbe scendere a particolari: a Calcinaja «lo stato di miseria giungeva in alcuni a tal grado da non avere neppure un sol letto per la famiglia composta da cinque persone, in altri un sol letto doveva bastare per otto... le stanze basse, con umido e sconnesso solaio, con palchi affumicati per i camini mal fatti... i serrami cadenti delle poche aperture, le raccolte delle immondizie che ciascuna oculata madre di famiglia accumula per trarne un profitto che equivale a fin d'anno presso a poco alla spesa della pignore di casa, valgono a dare luridissimo aspetto a questa contrada»¹⁸. In Romagna nel '56, mentre le classi agiate avevano messo

¹⁴ C. LIVI, *Il cholera in Barberino di Mugello*, Prato 1855, p. 27.

¹⁵ DE' LIBERALI, *Relazione* cit., p. 7.

¹⁶ P. PEPERE, *Rapporto sul cholera di San Giovanni a Teduccio nel 1865*, Napoli 1865, p. 7.

¹⁷ LIVI, *Il cholera in Barberino* cit., p. 77.

¹⁸ MARTINI, *Intorno ai casi* cit., p. 12. Cfr. J. SALVATORI, *Lettera sul cholera sviluppatosi fra gli abitanti del porto della città di Pesaro*, Forlì 1855, p. 6.

a profitto i progressi dell'arte muraria «togliendo il buio, l'umido e il lezzo delle abitazioni», invece «le case o piuttosto abituri, e non son pochi, di antica costruzione, che giacciono nella periferia delle città verso le mura mantengono molti e gravi difetti, che indubbiamente nucono alla povera e minuta gente che vi sta dentro»¹⁹.

È la Sicilia? «I paesi dell'agrigentino, come del resto quasi tutti i paesi siciliani... consistevano in un agglomerato di case basse, senza finestre, senza aria e senza luce, prive di pavimento in cui, con la famiglia trovavano posto gli animali domestici... Le strade, polverose di estate, fangose d'inverno, prive di fogne erano una fonte perenne di malattie infettive. Quasi tutti i paesi soffrivano e soffrono penuria d'acqua. Sporchi e malsani,... erano cinti, nella loro periferia, da depositi di concime stallatico e altre immondizie, adoperati come fertilizzanti»²⁰.

Forse però le cose erano diverse al nord? Vediamo pure. A Milano nel 1863, fra la popolazione del suburbio (Corpi Santi) era comune l'uso di ammassare letame nei cortili e lasciarvi pozzanghere che inquinavano le acque potabili; troppa gente era costretta a stivarsi in alloggi o luride locande, dove due o tre persone per ogni letto affollavano stanze di tre o quattro letti; e gli operai che la metropoli attirava col miraggio di una occupazione riempivano anche gli abbaini, sdraiandosi spesso soltanto sulla paglia²¹. A Genova: vicoli sporchi e non spazzati (a differenza delle vie principali), sovraffollamento, cortili chiusi trasformati in immondezze, cattiva incanalatura degli scolari, muri che trasudavano acque infette, scale interne usate come latrine, insufficienza di fontane pubbliche²². Ma, si sa, una città di mare... Ebbene, vediamo Torino. Anche qui, naturalmente, usciamo dalle vie del centro: in borgo Vanchiglia nella prima metà del secolo «i miserabili si stipavano, in continuo aumento, in casupole tra prati, viottoli e montagne di immondizie, a fianco di un grosso canale scoperto che riversava all'aperto le cloache della capitale». Erano «baracche basse, umide, fredde, piccole, sporche, separate da viottoli stretti, con anditi bui e cortiletti pieni di pozzanghere» che «ospitavano una popolazione di disoccupati, di manovali, mendicanti, pescatori, che vivevano di espedienti e d'elemosine»²³. Ma, forse, le campagne...? A Borgo Ticino, presso Pavia, nel 1855 che cosa troviamo? un «ammasso di casupole mal costrutte, umide, prive d'aria, co' pavimenti a terreno molto

¹⁹ D. VALENTINI, *Osservazioni sui morbi epidemici e sul cholera desunte dai fatti raccolti nella provincia di Forlì*, Bologna 1856, p. 9. Cfr. anche MAYER, *Ricordi* cit., per Livorno.

²⁰ VETRO, *Il colera del 1837* cit., p. 11.

²¹ G. MONTI, *Rendiconto medico del Comune dei Corpi santi di Milano per il 1863*, in «Il Suburbano», nn. 31-34, Milano, aprile 1864.

²² DARDANO, *Epidemie* cit., p. 44.

²³ U. LEVRA, *Torino città malata?*, in «Rivista di storia contemporanea», 1982, n. 3, p. 349.

al di sotto del livello della strada, che lo percorre nel mezzo; questo borgo è abitato da una grama e povera popolazione, quando a quando visitata dalle acque del fiume che straripa, e dalle gravi affezioni paludose e scorbutiche che vi pullulano dopo le piene»²⁴. E andiamo nel Polesine, a Loreo, Contarina, Donada, Rosolina: «gli abitanti riparano la più parte in capanne anguste, sucide, mal difese dagli agenti esteriori ed umidissime. Il loro cibo consiste in legumi, polenta, zucche e pesci colti negli scoli di acque morte ed ove stanno in dissoluzione sostanze organico-vegetabili. L'acqua destinata agli usi familiari è tratta dal Po e dai canali interni, la quale è sempre torbida ed impura. Il loro genere di vita è laborioso non che insalubre, dedicandosi la più parte al coltivo delle risaie e della pesca»²⁵.

È impossibile, ma sarebbe anche inutile, continuare questo elenco di miserie fatto di un così ristretto numero di vocaboli: le condizioni ambientali di una larga parte della popolazione.

8. Un pericolo per tutti: acquedotti e fognature.

Ma a determinare la ricettività di una situazione ambientale nei confronti del colera concorre soprattutto la qualità di due servizi di igiene pubblica essenziali: acque potabili e sistema fognario. Acque inquinate o fogne inquinanti possono diventare un pericolo mortale per tutti. Come stava l'Italia a questo riguardo?

Prendiamo la risposta dalle statistiche ufficiali del 1885¹. Dopo trent'anni dalla prima comparsa del colera e dopo 5 successive epidemie, erano ancora soltanto 5535 comuni, cioè il 67% degli 8258 municipi, corrispondenti al 57% degli abitanti, a dichiarare di possedere acque potabili buone e in quantità sufficiente; un altro 10% le aveva buone, ma insufficienti. Su 28 500 000 italiani, 9 500 000, cioè un terzo della popolazione, bevevano acque classificate mediocri e cattive. Questa media naturalmente nasconde disparità regionali e locali: era sulla media la Campania, con il 33%; in Sicilia si dichiarava il 34%, in Veneto il 36%, in Sardegna il 37%, in Lombardia il 38%, fino al 52% della Puglia. Inoltre si noti che la classificazione solo nel 4% dei comuni era frutto di analisi chimiche, perché solo 355 comuni le avevano eseguite. Ed erano meno

²⁴ G. STRAMBIO, *Cronaca del colera indiano in Italia*, Milano 1855, pp. 19-20.

²⁵ Rapporto del dottor Vallanzasca, già citato.

¹ MINISTERO DELL'INTERNO. DIREZIONE GENERALE DELLA STATISTICA, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche sanitarie nei comuni del Regno*, Roma 1886, tav. XXIX p. 101, tav. XXXI p. 107, tav. XVII p. 74.

della metà del totale i comuni provvisti di condutture per l'acqua potabile (il 46%). Passiamo ora alle latrine, per cui mi limiterò a riferire le cifre riassuntive dell'inchiesta: l'11% dei comuni, corrispondente al 15% degli abitanti, avevano quasi tutte le abitazioni fornite di latrine; il 29% dei comuni, corrispondente al 38% degli abitanti, erano forniti «in maggioranza» di latrine; il 44%, corrispondente ad un altro 38% di abitanti, invece le aveva «in maggioranza» sfornite; infine un 16% di comuni, col restante 10% di abitanti, avevano abitazioni quasi tutte sfornite di latrine. Il che non dice ancora niente dello stato e della qualità di quei servizi. Un ultimo dato: 6404 comuni (il 77,5%) erano privi di fogne nelle vie del maggior centro abitato; erano di certo quasi tutti paesi di campagna o di montagna e poco popolati, perché contenevano il 51% degli abitanti. Ho voluto trascrivere questi dati, ben noti a chi si occupa di storia della sanità, perché sono essenziali per comprendere quale terreno favorevole trovasse il colera, una volta penetrato, in tanta parte della penisola.

A chiarire qualitativamente il problema potrà servire qualche esempio locale.

A Napoli nel 1836, e fino al 1884, c'erano due antichi acquedotti, ma la loro portata era insufficiente, il corso in parte scoperto, la fabbricazione e manutenzione delle tubature e delle vasche non tale da assicurare la purezza dell'acqua; la quale, una volta giunta nei pozzi dei casamenti, correva di nuovo il pericolo di inquinarsi, perché nei cortili, accanto ai pozzi, divisi spesso da un semplice muro, stavano i canali di scarico delle acque di lavandino e, quel che è peggio, talvolta, delle latrine². Anche la fognatura era insufficiente, e presentava grossi difetti di costruzione e di funzionamento; in molte abitazioni poi c'erano ancora i pozzi neri, non collegati con la fognatura³.

A Girgenti «la gente povera non aveva in casa i servizi igienici e pertanto versava per le strade o in qualche casolare abbandonato o nei luoghi sotto gli sbocchi delle mura... le deiezioni umane e degli animali... Per il fabbisogno di 17 000 anime c'era una sola fonte di acqua potabile... trasportata dai rivenditori in tutt'altro che igieniche *lanceddi* e botti. I più, però, non potendo acquistare l'acqua, usavano quella piovana in cisterne mal tenute e sporche»⁴.

A Torino «nel mezzo dell'acciottolato delle vie... scorrevano ancora gli antichi rigagnoli di scolo, le *doire*, che raccoglievano le acque piovane»⁵.

² FORTI MESSINA, *Società ed epidemia* cit., p. 37.

³ Cfr. E. FAZIO, *La epidemia colerica e le condizioni sanitarie di Napoli*, Napoli 1884 e M. TURCHI, *Sulla igiene pubblica della città di Napoli. Osservazioni e proposte*, Napoli 1861.

⁴ VETRO, *Il colera del 1837* cit., p. 11.

ne, gli scarichi domestici, gli scoli delle scuderie, dei macelli, delle botteghe, dei numerosi venditori ambulanti, gli escrementi degli animali: il tutto formava una poltiglia maleodorante, di tanto in tanto spazzata via dagli acquazzoni... All'interno degli edifici, i servizi igienici erano rappresentati da latrine situate da secoli sui balconi o nei cortili, per lo più mal riparate e prive d'acqua. Gli scarichi erano convogliati in pozzi neri situati nei cortili, negli androni... e vuotati periodicamente». Un vero e proprio sistema di fognature fu adottato soltanto nel 1843, quando anche furono soppresse le «doire». E l'acquedotto non fu inaugurato che nel 1859⁵.

A Milano nel 1867 proprio la relazione municipale, pur sottolineando i progressi che la città aveva realizzato nel settore igienico dal tempo della prima epidemia, riconosceva però il grosso pericolo ancor presente nell'acqua potabile: «Per mala costruzione dei pozzi della nostra città sono questi soggetti ad infiltramento delle fogne troppo ad essi vicine: fatalmente riescono quindi una fonte di veleno contagioso».

L'acqua di molti pozzi, analizzata, rivelava la presenza di infusori e sostanze organiche; si era cercato di nettarli, ma ormai occorreva un rimedio radicale per ristrutturare tutto il rifornimento idrico⁶.

L'attenzione puntava ormai sulle acque potabili, tanto più dopo che i risultati delle osservazioni di Snow a Londra erano stati portati a conoscenza dei medici; e i funzionari delle commissioni sanitarie e gli stessi medici italiani ne avrebbero avuto parecchie conferme nell'epidemia del 1865-67⁷.

9. L'epidemia del 1854-55.

La terza ondata epidemica, che percorse l'Italia negli anni 1854 e 1855 provenne, come la prima, dal sud della Francia, e si manifestò dapprima a Genova nel luglio 1854, e poco dopo a Livorno, da cui si propagò a tutta la Toscana; all'inizio di agosto aveva raggiunto Civitavecchia e Roma. Intanto dalla Liguria l'ondata si estendeva al Piemonte (Torino, Alessandria, Tortona, Orta, Omegna, Novara, Arona, dove fu portato da gente fuggita da Genova, e di dove fu seminato nei paesi circostanti, come Sesto Calende¹), passava in Lomellina e filtrava in Lom-

⁵ LEVRA, *Torino città malata?* cit., p. 350.

⁶ P. CHIAPPONI, *Il colera in Milano nell'anno 1867. Relazione della Commissione straordinaria di sanità*, Milano 1868, pp. 7-8.

⁷ Si veda BETTI, *Considerazioni* cit., vol. V, p. 475.

¹ Ad Avenza e a Massa Carrara il colera giunse con un veliero toscano da Genova. Cfr. M. BARRATTI, *Memorie sul cholera asiatico a Massa Carrara e Lunigiana nel 1854*, in «Atti e memorie

bardia, a Milano, a Como, a Cremona e vari centri delle rispettive province. Contemporaneamente per la via di mare il colera era penetrato nel Regno di Napoli (giugno) e, da Malta, forse per opera di contrabbandieri, fu portato in Sicilia: nel luglio a Carini, di lì a Palermo e provincia, a Messina e in quasi tutta l'isola, città e campagna. Dal regno di Napoli pare che il colera fosse trasportato a Loreto in occasione di una fiera², di lì pervenne a molte località delle Marche (Camerino, Ancona, Recanati, Fano) e in dicembre raggiunse Ravenna, mentre a Bologna si limitò a pochi casi. Alla fine del '54 in molti luoghi la malattia era cessata, ma ancora esistevano focolai in varie località (Ravenna, Senigallia, Macerata, Firenze, Piacenza, Padova, Milano e in vari punti del Regno di Napoli). Nel 1855 il colera riprese quasi ovunque, o che fosse reimportato da quei focolai a nuove località, o che dopo un periodo di latenza, avesse trovato nuovo alimento dove già pareva estinto. Tutto il Bolognese, rimasto quasi indenne l'anno precedente, ne fu percorso. Il regno di Napoli fu toccato in modo meno grave, ma intanto fu raggiunto il Veneto (da Ferrara a Padova e in altre città venete dal Friuli, a Trieste); a Milano il colera ricomparve in giugno (e pare che il primo colpito fosse un conduttore della diligenza erariale proveniente da Venezia³); passò a Brescia, a Pavia e suburbi «nelle località esposte ai più intimi contatti con le barche, co' i barcauoli del Lloyd, che rimorchiano il Po e il Ticino»⁴, ed ancora a Como, Varese, Bergamo. Merciaiuoli ambulanti, lavoratori girovaghi, muratori stagionali, soldati austriaci furono ritenuti di volta in volta i veicoli dell'infezione. G. Strambio raccolse in proposito molte notizie nelle sue *Cronache*, insieme con molte critiche ed accuse di lassismo ed incompetenza per quasi tutti i governi, escluso quello sotto cui viveva, a Milano; i porti di Napoli, Genova, Palermo non si erano premuniti in tempo contro le provenienze dalla Francia infetta; Messina si era premunita dal mare, ma non dalla via terrestre di Palermo; il Piemonte assisteva con «inoperosa apatia... all'infrenata propagazione del flagello»; il governo pontificio lasciava prolungare oltre l'usato la fiera di Senigallia; certe magistrature venete, nonché le amministrazioni toscane si contentavano di contare i morti e redigere i bollettini⁵. Invece fu lodata l'organizzazione cittadina a Milano che, grazie alla collabora-

della deputazione di storia patria per le antiche province modenesi», Modena 1974, serie X, vol. 9, pp. 25-48 e G. MAZZA, *Memoria sul cholera asiatico che ha dominato in Sesto Calende e sua felice cura*, Milano 1855.

² PREDIERI, *Il cholera-morbus* cit., p. 213.

³ STRAMBIO, *Cronaca... 1855* cit., p. 4.

⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁵ Tutte queste accuse in STRAMBIO, *Cronaca... 1854* cit., pp. 4, 12, 58; e *id.*, *Cronaca... 1855* cit., p. 39 e *passim*.

FINO A
1961

denza iniziale, i soccorsi dei volontari della Croce bianca⁶ e della Croce verde: radicali, garibaldini, socialisti, questi verdi, la cui opera non era gradita ai benpensanti e che la polizia non mancò persino di pedinare⁷.

Tutte queste reazioni popolari, largamente attestate in opuscoli, giornali, cronache, epistolari, e che meriterebbero uno studio attento, quali manifestazioni di quella sotterranea cultura subalterna, cara alla moderna antropologia, scandalizzavano invece i borghesi, cronisti, letterati, autorità varie, che raramente sforzandosi di comprenderne le cause e attribuendole sbrigativamente all'ignoranza e alla barbarie di un popolo riotoso, ne misconoscevano volutamente il primario carattere di rivolta sociale⁸. Si cercava allora di ricorrere ai buoni uffici dei parroci: sradicassero essi le idee storte, i pregiudizi, ammonissero che il colera era un castigo divino per i peccati degli uomini. E almeno facessero smettere le processioni, di giorno e di notte! Nessuno però riuscì ad impedire che non solo nei paesi, ma nelle città, il popolino contasse piuttosto su San Carlo, Santa Rosalia o San Gennaro che sulle cure mediche⁹.

Qualche scrittore cercò di minimizzare pregiudizi e ribellioni dei suoi concittadini, calcando però sdegnato sugli eccessi accaduti in altre parti d'Italia o all'estero: a Mosca, a Parigi, in Germania, in Ungheria. D'altra parte all'estero si dava notizia dei fatti d'Italia talora in termini d'irrisione, talaltra allegando motivi politici¹⁰. Speculazioni politiche non mancarono certamente, di vario colore ed intenzione, secondo i momenti ed i luoghi, ma di solito non vi corrisposero fatti concreti, se non nel 1837 a Catania, a Siracusa ed a Penne in Abruzzo¹¹. Va però detto che sia queste vere rivolte, sia i meno gravi tumulti diffusi altrove, furono scatenati non tanto dalla paura del veleno, quanto dalla miseria, che il colera, come si è detto, aggravava fino all'intollerabile.

Non per niente in occasione delle epidemie governi e municipi non solo largheggiarono in soccorsi anche promuovendo collette fra i benestanti inclini più del solito alla beneficenza, ma si dettero pensiero di or-

⁶ R. DE ZERBI, *Croce bianca. Colera del 1884*, Napoli 1884.

⁷ L. MUSINI, *Da Garibaldi al socialismo. Memorie e cronache per gli anni dal 1858 al 1890*, Milano 1961, p. 243.

⁸ Cfr. L. CHEVALIER, *Le Choléra à Paris, in Le Choléra. La première epidemie du XIX^e siècle. Étude collective*, La Roche-sur-Yon 1958, p. 23.

⁹ Come avvenne anche fuori d'Italia, del resto. Cfr. LÉONARD, *La médecine* cit., p. 106.

¹⁰ A Londra il «Medical Time and Gazette», 1, 1867, p. 233, riferiva le notizie del «dreadful panic» in Italia, pubblicate dai giornali italiani, di cui approvava che non avessero nascosto i fatti, come aveva scelto di fare la stampa in Belgio ed in Francia l'anno prima.

¹¹ Per l'aspetto politico cfr. A. SANSONE, *Gli avvenimenti del 1837 in Sicilia*, Palermo 1890, *passim*; F. DELLA PERUTA, *Mazzini e i rivoluzionari italiani. Il «partito d'azione». 1830-45*, Milano 1974, *passim*; e per le speculazioni di parte anche in età postunitaria A. FORTI MESSINA, *Risvolti politici nella storia del colera*, in *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Roma 1978, pp. 191-201.

ganizzare lavori pubblici eccezionali per occupare i poveri rimasti senza lavoro, nell'intento evidente di evitare esplosioni di malcontento popolare¹². Nonostante le origini ormai remote dell'idea che la tutela della salute rientrasse fra i compiti di chi reggeva la cosa pubblica, le istituzioni esistenti vi provvedevano in modo molto inadeguato anche in tempi ordinari: ciò rendeva tanto più indispensabili gli interventi straordinari di fronte alle epidemie, sotto la pressione popolare. Ad essa col passare degli anni si affiancò una crescente partecipazione dell'opinione pubblica colta alla discussione degli infiniti problemi che le ripetute epidemie suscitavano. L'attenzione, le polemiche, le critiche incrociate e talora eccessive dei giornali di varie tendenze nella seconda metà del secolo divennero un pungolo per i ministri degli interni e le commissioni di sanità: la relazione ministeriale dell'84-85 è tutta condotta su un tono di autodifesa che non si troverebbe in quelle del '65 e del '66-67¹³.

22. Conseguenze politiche del colera.

Tutti coloro che ebbero a scrivere con vari motivi ed intenti delle epidemie di colera furono unanimi nel definire il colera una lezione, da medici famosi come Barzellotti, a cronisti oscuri come il beneventano Sorda, che raccontava quel che aveva visto «per essere lezione da darne frutto»: Così Pietro Maestri nel 1865 parlava di «lezione severa, ma profittevole per tutta l'Europa»¹⁴, e più esplicitamente l'estensore della statistica nazionale del '66-67: «Non è esagerazione dire, — affermava, — che il colera del '66-67 ha fatto per la salubrità pubblica in pochi mesi assai più che non avessero saputo compiere per l'addietro in più lustri le ordinarie provvidenze municipali»¹⁵. È «un male che fa anche bene», si disse nell'84, perché finalmente le città si ripuliscono¹⁶. Insomma un coro unanime e non solo in Italia: anche in Inghilterra, per esempio si parlò di colera *teacher* e di «*obvious lessons in the epidemics*»¹⁷.

Sfortunatamente la disposizione a far tesoro della dura lezione non fu

¹² Così a Livorno nel 1835 (BETTI, *Considerazioni* cit., vol. I, p. 39); a Genova sempre nel 1835 (BOLLEA, *Cavour* cit., p. 270); a Genova nel 1854 (FRESCHI, *Storia* cit., pp. 185-86).

¹³ Cfr. anche la relazione di G. Bizzozzero ai medici riuniti, *Atti del XII congresso dell'Associazione medica italiana tenuto in Pavia nel settembre 1887*, Pavia 1888, vol. I, p. 15.

¹⁴ SORDA, *Memoria* cit., p. 82.

¹⁵ MAIC, *Il cholera morbus nel 1865* cit., p. VIII.

¹⁶ *Statistica del Regno... Il cholera morbus nel 1866 e 1867* cit., p. XVII.

¹⁷ MANTEGAZZA, *Codice igienico* cit., p. 93.

¹⁸ Cfr. MORRIS, *Cholera 1832* cit., p. 197; PELLING, *Cholera, Fever* cit., p. 120, nonché R. CESCHI, *Il mortifero vomito orientale. Epidemie, condizioni sanitarie, medici e «volgo» nel Ticino dell'Ottocento*, in «Archivio storico ticinese», Bellinzona 1980, p. 435.

DA FUI

molto spiccata e generale: abbiamo già visto quante carenze d'ogni genere rivelasse ancora l'inchiesta sanitaria del 1886, carenze non rimediabili con provvedimenti saltuari ed episodici. Furono alcuni uomini illuminati e coscienti delle responsabilità collettive ad insistere sulla necessità di mettere a frutto la famosa lezione, in due direzioni: quella dei risanamenti urbani e quella dell'organizzazione di un servizio sanitario di base, una struttura a funzionamento capillare e permanente.

Già prima dell'Unità in Piemonte il dottor P. Castiglioni, dopo l'esperienza del '54-55, ripeteva instancabile che era assurdo improvvisare la lotta contro il colera inviando dei medici nei paesi che ne erano privi, *dopo* che l'epidemia era scoppiata. Ma nessun provvedimento poteva avere efficacia senza la presenza del medico⁶. Occorreva dunque estendere la rete delle condotte mediche a tutti i paesi più remoti e affidare ai medici, oltre ai compiti di prevenzione igienica, anche autorità decisoriale al riguardo, ma occorreva farlo *prima* che scoppiassero le epidemie⁷. Assurdo affidare tutto ai sindaci. «Leggendo le egregie narrazioni del De Amicis su l'esercito italiano nel colera del 1867 in Sicilia – criticò G. Strambio – se da un lato trovasi da ammirare gli atti di abnegazione, coraggio, carità di quei bravi soldati, dall'altro si ha da deplorare si sieno trovati in mezzo a cataste di cadaveri, a sommosse, a miserie sociali d'ogni sorte, perché i sindaci e molti altri pubblici ufficiali abbandonavano il proprio posto al primo apparire del colera». Era un circolo vizioso: «Lasciare che il torrente straripi per dichiarare benemeriti chi poi si caccia a corpo perduto a salvare, a seppellire cadaveri, o si mette al tavolo a impastare manicaretti di statistica e di elogi a poteri costituiti»⁸.

Del resto anche in tempi normali, i sindaci cui l'«Allegato C» affidava tutto in materia d'igiene, per incuria o incompetenza, ne ignoravano le istanze più elementari, sia nei piccoli comuni, dove il più attivo e devoto dei medici condotti non riusciva a far funzionare un regolamento d'igiene⁹, sia nelle grandi città, dove, come accusava amareggiato un medico di Palermo, «la polizia urbana è un lusso municipale per sfamare qualche centinaio di persone che si danno l'aria di avere il mandato di badare alla generale pulizia»¹⁰. Non parliamo poi della mancanza di coordinazione

⁶ P. CASTIGLIONI, *Dell'ordinamento del servizio sanitario in Piemonte. Cenni storici e statistici e proposte*, Torino 1857, p. 30: «Nessuno contò i dolori che il cholera ha sparso nei comuni, ove un servizio medico non esisteva e non poté essere sì presto ordinato; nessuno seppe la trepidazione delle abbandonate famiglie e lo spavento di un incerto e spaventoso avvenire».

⁷ SACCHETTI, *Le statistiche mediche*, in «Il Raccoglitore medico», serie IV, vol. III, Forlì 1875, pp. 92-93.

⁸ Così Luigi Ripa in «Medicina comunale», VIII, gennaio 1870, p. 14.

⁹ Così succedeva a Seregno al condotto L. Ripa; cfr. «Medicina comunale», XII, Seregno, giugno 1873, p. 56.

¹⁰ E. ALBANESE, *Il cholera e i doveri del governo e del paese nelle epidemie*, Bologna 1886.

fra le tre diverse amministrazioni sanitarie: civile (Ministro degli interni), militare (guerra) e marittima (marina), già denunciata dal '65¹¹, come anche fra comuni e governo centrale¹².

Le due questioni, quella delle riforme igieniche ed edilizie, e quella dell'organizzazione sanitaria, erano strettamente collegate e non di rado furono gli stessi uomini, igienisti, pubblicisti, funzionari, medici, specialmente condotti, a combattere la battaglia su due fronti, quello governativo e quello comunale. In ambedue le direzioni una spinta in avanti, anche se con ritardo, il colera la diede davvero, alla fine.

A Genova l'acquedotto De Ferrari-Galliera entrò in funzione negli anni '80, e dopo il colera dell'84 venne studiato un grosso piano di risanamento, mentre gli studi sul sistema fognario si erano moltiplicati già negli anni '70¹³. A Napoli nel 1885 entrò in funzione il nuovo acquedotto e l'anno seguente iniziarono i lavori della nuova fognatura (purtroppo per bassi e fondachi, cioè per il problema delle abitazioni, il discorso non è così semplice). Vari comuni piccoli e grandi, come quello di Palermo, approvarono regolamenti igienici secondo i suggerimenti delle commissioni sanitarie municipali; e, dopo quello di Napoli, pullularono i progetti di sventramenti e risanamenti, oggetto di rinnovate discussioni fra i contagionisti che li approvavano anch'essi, in via generale, pur considerandoli secondari nella prevenzione dal colera, e i localisti (nuova versione degli epidemisti), i quali continuavano a maledire quarantene e lazzaretti nel timore che rallentassero la presa di coscienza della urgenza di «risanare»: «Se veramente colle quarantene si ottenesse di evitare tale importazione, anche i comuni più sucidi e meno previdenti potrebbero dormire i loro sonni tranquilli. La paura del colera non varrebbe a distoglierli dalle loro manie di spreco per erigere chiese, teatri e monumenti»¹⁴. Avevano ragione ambedue. Comunque alla fine i comuni si mossero. È un'altra inchiesta sanitaria, quella del 1905, ad attestare che nei vent'anni centinaia di comuni, fra grandi e piccoli, avevano eseguito miglioramenti edilizi e sanitari, con vantaggio immediato della sanità pubblica, evidente nella diminuzione dei tassi di mortalità.

¹¹ E. CHEIRASCO, *Sul riordinamento sanitario marittimo e terrestre*, Cagliari 1865, pp. 20-22.

¹² Cfr. CHIAPPONI, *Il colera in Milano* cit., pp. 12-13; secondo lui il governo non faceva che disfare quello che i comuni ordivano con laboriosa fatica.

¹³ DARDANO, *Epidemie* cit., pp. 55-56. Cfr. LEONARD, *La médecine* cit., p. 255: tra gli anni '70 ed '80 «l'assainissement devient un thème électoral».

¹⁴ L. PAGLIANI, *La politica sanitaria in Italia di fronte alle epidemie di colera*, in «Nuova Antologia», 1° agosto 1886, p. 8.

23. *Che cosa dire? La cura del colera.*

Che cosa dire alla gente impaurita? I medici non si persero d'animo. Anzitutto tranquillizzare: non avere paura! serenità d'animo! Il timore fu annoverato tra le cause predisponenti: il colera colpisce i paurosi, si disse. Il colera aveva varie fasi, d'altra parte, e nella fase iniziale, indicata come colerina o diarrea premonitrice, se curato tempestivamente, poteva guarire benissimo con i mezzi usuali, a conoscenza di ciascuno¹. Seguivano poi i consigli igienici, che fino agli anni '50 consistettero soltanto in una serie di regole di comportamento non specifiche, ma valide in ogni caso e buone almeno a dar fiducia in qualcosa: sorvegliare la dieta, cibi digeribili, poche bevande spiritose, non prendere freddo, non sudare, tenere il ventre «netto e obbediente», niente eccessi («vuolsi da i piú contraria la venire; i savii dicono non nocevole, se parchissima»²), respirare aria pura, ecc. I medici erano ben consapevoli della loro impotenza, ed è degno di nota che continuassero nonostante tutto a tentare delle cure. «Molte volte gli ammalati – scrisse un medico di Cagliari – con questi soccorsi terapeutici pronti, essendo valide le forze dalla natura, si liberarono dal triste e luttuoso quadro dello stato algido»³. Sapevano che era solo la forza dell'organismo a decidere della vita e della morte. Ma ciò dimostra che essi sentivano appunto il loro compito come missione umana, piú che come esercizio di scienza o arte: dovevano cooperare al processo naturale. Ma arrendersi, no. Fiorí, anzi, tutta una serie di esperimenti e nessun possibile farmaco rimase intentato. L'oppio in pillole, il laudano a gocce nelle bevande piú svariate (limonea, camomilla, anice, tè, tiglio, tamarindo, menta); ma anche l'ipecaacuana come vomitivo, il calomelano, il magistero di bismuto. C'era chi usava salassi e sanguisughe, chi ricorreva ai purganti e chi li rifiutava, come Barzellotti, «perché contro ogni regola medica e ogni principio di ragione»⁴. Tommasini nel 1855 consigliava clisteri emollienti, e sorsi di vino generoso⁵. Tutti compresero che gli ammalati dovevano bere molto e concedevano pezzetti di ghiaccio e neve per combattere la sete. Ma nel periodo algido occorreva riscaldare i malati con panni caldi, fregagioni, e bagni in acqua calda, oppure bagni secchi (si metteva il malato in una tinozza, entro la quale veniva collocato un recipiente contenente alcool, cui si dava

¹ G. TOMMASINI, *Istruzione popolare sul cholera morbus*, Bologna 1855; è un esempio, ma lo dissero tutti, in Italia ed anche all'estero: cfr. PELLING, *Cholera, Fever* cit., p. 51.

² G. BARZELLOTTI, *Due lettere importanti sul timore del cholera-morbus*, Pisa 1835, p. 11.

³ FADDA e DESOGUS, *Relazione* cit., p. 32.

⁴ BARZELLOTTI, *Due lettere* cit., p. 11.

⁵ TOMMASINI, *Istruzione* cit., p. 17.

fuoco). Non mancavano le cure preventive, fra cui comunissima era l'annusare la canfora e «assai utile, – come diceva Tommasini, – l'usare, accostandosi agli infermi, di qualche goccia di olio di camomilla, di menta o di qualche altra pianta aromatica unita ad un pezzetto di zucchero»⁶.

Dopo la metà del secolo decisivi progressi furono compiuti nel campo profilattico ed i consigli dei medici divennero efficaci e razionali, sia quelli relativi all'igiene personale, sia quelli di igiene pubblica (disinfettare le latrine col sublimato corrosivo, dove possibile). Ma nel campo terapeutico i progressi furono di necessità molto piú lenti. Nel 1865 a Napoli A. Cantani tentò bensì di ricostituire i liquidi perduti per vomito e diarrea con iniezioni di una soluzione salina, ma per imperfezioni degli strumenti usati e dei metodi i risultati non furono sempre felici. Ed anche nell'84-87 i rimedi correnti erano ancora laudano, etere, miscele eccitanti, olii ed unguenti per frizioni, chinino. Solo cure come i salassi, le sanguisughe, i vomitivi vennero lasciate cadere: la farmacopea rispettava almeno il *non nocere*, ed era già un progresso, dato che alcune delle vecchie terapie erano francamente dannose⁷.

24. *Ospedali e ospitalizzati.*

Ad ogni epidemia ovunque furono allestiti ospedali per i colerosi, di solito abbastanza per tempo, almeno quanto lo consentisse il desiderio di non allarmare in anticipo la popolazione, e di solito, calcolando con larghezza. A Firenze nel 1855 il compartimento ebbe 42 fra lazzaretti e case di ricovero¹; a Napoli nel '54 furono allestiti 5 ospedali per un totale di 624 letti e reparti colerici in vari altri ospedali sparsi per la città². Dove non era possibile destinare ospedali esclusivamente ai colerosi venivano aperte delle apposite «case soccorsali», per tenere lontana l'infezione dai normali luoghi di degenza. Lo scopo da raggiungere col ricovero dei colerosi era infatti non tanto quello di prodigare loro cure, della cui efficacia si dubitava, quanto quello di proteggere, isolando gli infetti, il resto della popolazione.

Destinatari dell'ospedale, in tempo di epidemia come in tempi normali, erano i poveri, vittime prime e insieme veicolo di ogni infezione, e

⁶ *Ibid.*, p. 12.

⁷ R. POLLITZER, *Cholera advances in historical perspectives*, in *Proceedings of the cholera research symposium*, Jan. 24-29, 1965, Honolulu (Hawaii) 1965, pp. 381-82.

¹ BETTI, *Considerazioni* cit., vol. V, p. 352.

² ASN, Archivio Borbone, f. 870. Relazione dell'Intendente C. Cianciulli al Re in data 23 agosto 1854.

questi ospedali, specie le «soccorsali», dovevano essere luoghi tetri e miseri, ben lontani dal più modesto ospedale dei nostri giorni. Nel 1849 una relazione ufficiale poneva tra l'altro al proprio attivo: «Si ottenne altresì che la paglia de' letti de' cholerosi, che, lungamente ammonticchiata, diveniva sentina di esalazioni moleste e pericolose al vicinato, venisse in ciascun giorno portata via da carra appositamente costrutte, ed arsa»³. In quell'ospedale furono ricoverate solo 33 persone. A Napoli c'erano invece veri letti con paglioni (materassi) forniti dal municipio e una discreta suppellettile. In generale però i resoconti dei medici non descrivono l'ambiente ospedaliero, parlano solo delle cure adoperate, del numero dei medici e infermieri, del loro successo, ecc.

Se però l'immagine indistinta di quei luoghi di dolore si precisa acquista contorni desolanti: «Noi avevamo in quel tempo sciagurato sei ospedali in Palermo, ai quali si era pensato ben vero sin dal 1832. I pubblici fogli ne magnificavano la capacità ed i mezzi, ma non risposero poi ai molti e impreveduti bisogni. Allorché fu aperto il primo, che era in un convento, non si trovarono che circa 60 letti in un corridoio stretto, divisi in due ale di cui l'uno quasi toccava le tavole dell'altro. Ma come in pochi giorni crebbero smisuratamente gl'infermi, così si riempirono di pagliarecci le celle de' frati e di paglia il nudo terreno: in un letto due o tre appestati giacevano l'uno vicino all'altro, l'uno sopra l'altro. Chi poteva infatti prevedere tanto danno? Chi sopporre tanti infermi? In questa confusione, in questa miseria, consideri ognuno la cura che potea loro darsi, che spasso pei medici o per gli infermieri accorrere per corridoi ripieni degli aliti velenosi. Ma medici già non vi furono che pochi, le spezierie mancarono». I malati si disputavano la poca paglia e gridavano incessanti per avere un poco d'acqua⁴. Questo sarà forse un caso estremo. Nel 1855 a Sassari dei due ospedali colerici, uno «presentavasi alquanto comodo», mentre nell'altro «poche paglie sparse sul nudo terreno accoglievano le addolorate membra di cento e più cholerosi, in due sale, e collocati senz'ordine». Un medico sopraggiunto «tentò di segnar col carbone qualche numero alle pareti», per far distribuire a ciascuno i medicinali adatti al caso, ma dovette rinunciarvi, perché gli infelici si spostavano confusamente⁵. Già a Cagliari nel '67 la situazione era assai migliore: «Appena ricevuto l'individuo ammalato, ritirate le vesti che indossava, si provvedeva di tutto l'occorrente prima di adagiarlo a letto, e si destinava al numero corrispondente che dovea occupare; e senza ul-

³ BOSI, JACHELLI e POLETTI, *Relazione cit.*, p. 110.

⁴ V. LINARES, *Maria e Giorgio o Il cholera in Palermo*, Palermo 1838, vol. I, pp. 121-22.

⁵ AA.VV., *Rendiconto sul cholera di Sassari cit.*, pp. 11-12.

teriore indugio scrupolosamente si apprestavano i farmaci prescritti». Intanto, in un locale apposito, un incaricato procedeva a regolari disinfezioni delle cose appartenute ai colerosi⁶. Ma a Napoli nell'84 ci furono gravi disfunzioni: «Essendosi dovuto in tutta fretta improvvisare un nuovo grande ospedale per numerosissimi colerosi, naturalmente dovette difettare, se non mancare del tutto il servizio ospitaliere, consistente soprattutto nel personale e nei mezzi di trasporto, tanto dei malati, quanto dei morti»⁷. Napoli, forse, era meglio organizzata, da questo punto di vista, ai tempi dei Borboni.

La povertà di mezzi di cui soffrivano, in genere, questi ricoveri improvvisati non può certo stupire, se si pensa che nella stessa situazione operavano già normalmente molti ospedali ed ospizi, quale per esempio quella Casa di ricovero nella città di Venezia, in cui secondo un'inchiesta del 1835, eseguita verosimilmente in previsione del colera, «del tutto ignorati risultarono i precetti più elementari di igiene e di umanità»; e nel 1835 su 592 ricoverati 421 vi morirono di colera⁸. I bilanci comunali non erano certo in grado di far fronte alle spese eventuali di un miglioramento del servizio ospedaliero, i bilanci degli ospedali neppure, e in tempo di colera occorreva per forza organizzare servizi straordinari, in mezzo a difficoltà aggravate dallo stato di necessità: non ultima quella di «vincere con grosse mercedi la renitenza delle persone per l'assistenza»⁹.

Nessuna meraviglia che l'ospedale non fosse amato: dovunque e lungo tutto il secolo le cronache attestano un diffuso rifiuto dell'ospedale, sentito come degradante luogo di morte e di emarginazione, dove solo i miserabili, e solo in extremis si rassegnavano ad essere condotti¹⁰. L'orrore e la repulsione che ispirava l'ospedale già in tempi normali si aggravava e complicava di altri terrori e prevenzioni in tempo di colera. A Brescia nel '36 «il popolo avea la massima ripugnanza, paventando il veleno... e anche perché le famiglie, tenendo presso di sé gl'infermi, traevano sussidi dalla pubblica carità». Anche a Piacenza nello stesso anno «il popolo minuto, temendo di avvelenamento, non voleva saperne di ospedale, dove i malati erano trasportati più per forza che per persuasione, e vi morivano alcune ore dopo»¹¹. In Toscana, poi, «il ritegno a portarsi negli ospedali è in molta parte dovuto all'orrore che ispira il do-

⁶ FADDA e DESOGUS, *Relazione cit.*, p. 39.

⁷ FAZIO, *Il cholera del 1834 in Napoli cit.*, p. 466.

⁸ B. BERTOLI, *Assistenza pubblica e riformismo austriaco a Venezia durante la Restaurazione. I Luoghi Pii*, in «Ricerche di storia sociale e religiosa», luglio-dicembre 1977, p. 36.

⁹ Cfr. O. ANDREUCCI, *Della carità ospitaliera in Toscana*, Firenze 1864, vol. I, p. 347.

¹⁰ Come in Inghilterra; cfr. MORRIS, *Cholera 1832 cit.*, pp. 62-63.

¹¹ CORRADI, *Annali cit.*, p. 508; cfr. BETRI, *Le malattie cit.*, p. 119.

ver servire di studio agli anatomici»¹². Altri invece ne attribuiva la causa proprio al fatto che, ricevendo per lo più i malati in condizioni talmente gravi da rendere vana ogni cura, il gran numero delle morti non permetteva di apprezzare i miglioramenti ormai avvenuti nelle istituzioni ospedaliere¹³. L'osservazione appare corretta, ma non spiega tutto. Certo l'avversione all'ospedale perdurava a fine secolo: basta scorrere le cronache dell'84-85, o l'Inchiesta sanitaria.

Nessun governo quindi poté spingersi mai ad ordinare tassativamente il ricovero dei colerosi. Ferdinando II a Napoli dovette revocare frettolosamente un tal ordine e rendere l'ospitalizzazione facoltativa, come fu a Genova e a Torino nel '35, e nel '54 a Livorno, a Firenze, a Venezia, negli Stati estensi¹⁴. Invece a Livorno nel 1835 il governo aveva ordinato che quei poveri che rifiutassero cure e assistenza anche dopo esser stati ammoniti dall'autorità civile e da quella ecclesiastica «in allora doversero considerarsi come aberrati della mente per effetto del morbo stesso, ed in tale veduta tradotti anco loro malgrado allo spedale»¹⁵. Ma di regola il ricovero fu facoltativo in Italia, come anche in altri Stati¹⁶.

Si osservi la tabella 18 che raccoglie in modo non sistematico indici di ospitalizzazione a varie date (ospitalizzati in confronto con colpiti).

Mentre nel sud la percentuale degli ospitalizzati in tempo di colera rimase sempre bassa, stando alle fonti utilizzate potremmo dedurre che in qualche città del nord non fossero solo i cronici, i reclusi degli ospizi, gli accattoni, i vagabondi a finire in ospedale, ma anche consistenti nuclei di artigiani, o bottegai o altri lavoratori. Sono alte le cifre di Cremona, dove peraltro sappiamo che l'ospedale non era più amato che altrove; alte quelle di Milano nel '67, e lo sarebbero ancor più, solo che altri 54 non furono ricoverati perché «rinvenuti già cadaveri»¹⁷ o agonizzanti. Certo a Milano i medici inculcavano l'idea che l'ospedale offriva le massime probabilità di guarigione, come sosteneva Strambio, il quale nell'84 si meravigliava che a Genova fossero stati ricoverati solo il 43% dei malati e si scandalizzava che a Venezia nell'86 quasi tutti fossero stati lasciati nelle loro case, anche le più disgraziate¹⁸. Secondo lui questo dipendeva dal fatto che gli ospedali erano insufficienti. Ma a Na-

¹² MARTINI, *Intorno ai casi* cit., pp. 5-6. In Italia questo motivo è molto raro; invece era frequente in Inghilterra nel 1832, dove la gente esecrava i *bodysnatchers* (cfr. MORRIS, *Cholera 1832* cit.).

¹³ MAYER, *Ricordi* cit., p. 29.

¹⁴ C. FANO, *Francesco IV. Documenti e aspetti di vita reggiana*, Reggio Emilia 1932, p. 158; BOLLEA, *Cavour* cit., p. 274; BETTI, *Considerazioni* cit., vol. I, p. 95.

¹⁵ BETTI, *Considerazioni* cit., vol. I, pp. 34-35.

¹⁶ Cfr. MORRIS, *Cholera 1832* cit., p. 103.

¹⁷ Cfr. CHIAPPONI, *Il colera in Milano* cit., p. 118.

¹⁸ STRAMBIO, *Cronache... 1885-86* cit., pp. 119, 420.

Tabella 18.

Fonti: le cifre di questo prospetto derivano rispettivamente da: FRESCHI, *Storia* cit., tav. VII per Genova; FORTI MESSINA, *Società* cit., pp. 68-69, per Napoli 1836-37; CORRADI, *Annali* cit., vol. III, pp. 770, 768, 771, per Brescia, Vicenza e Parma 1849; BOSI, JACHELLI e POLETTI, *Relazione* cit., p. 120, per Ferrara 1849; BETTI, *Considerazioni* cit., vol. III, per 1854, voll. IV e V, per 1855; DE' LIBERALI, *Relazione* cit., p. 31, per Treviso; PREDIERI, *Il cholera-morbus* cit., pp. 403-7, per Bologna; PEPERE, *Rapporto* cit., p. 9, per San Giovanni a Teduccio 1865; SCALZI, *Il colera di Roma* cit., pp. 7 e 35, per Roma 1867; tutti gli altri dati del 1865 e 1866-67 provengono da MARGOTTA, *Relazione* cit., e MAIC, *Il cholera-morbus nel 1865* cit.; quelli di Napoli 1884 da FAZIO, *Il colera del 1884* cit.; quelli di Genova 1894 da STRAMBIO, *Cronache... 1885-86* cit., p. 119 e quelli di Palermo 1893 da ARGENTO, *L'epidemia* cit., pp. 4-5; quelli di Cremona infine da ROBOLOTTI, *Memorie statistico-cliniche* cit., pp. 6 e 71; invece P. P. COGGI, *Sull'epidemia cholerosa dell'anno 1855*, Pavia 1857, p. 11, dice che a Cremona gli attaccati furono 7171 nel 1855 e 3535 nel 1836: allora le percentuali dei ricoverati scenderebbero a 6% nel '55 e 14% nel '36. Coggi scriveva una dissertazione di laurea, basandosi però sul rapporto del dottor A. Monteverdi, addetto alla casa soccorsale dell'Ospedale maggiore di Cremona.

		% ospitalizzati		% ospitalizzati	
Genova	1835	44,0	Cremona	1837	89,0
Napoli	1836-37	19,0	Brescia	1849	60,0
Ferrara	1849	10,0	Parma	1849	69,6
Vicenza	1849	39,0	Firenze	1854	28,7
Genova	1854	46,0	Siena	1854	21,0
Livorno	1854	28,0	Firenze	1855	24,0
Lucca	1854	10,0	Pisa	1855	15,9
Portoferraio	1854	17,3	Toscana	1855	22,0
Livorno	1855	36,4	Cremona	1855	81,0
Arezzo	1855	24,6	San Giovanni a Teduccio	1865	19,0
Treviso	1855	44,0	Italia (media)	1865	8,0
Bologna	1855	49,7	Lombardia	1865	25,0
Italia (media)	1865	12,2	Lombardia	1866-67	15,0
Piemonte	1865-67	10,0	Liguria	1865	26,0
Puglia	1865-67	2,0	Liguria	1866-67	20,0
Veneto	1865-67	25,0	Melfi	1865	14,0
Basilicata	1865-67	1,0	Senigallia	1865	21,2
Emilia	1865-67	9,0	Barletta	1865	3,6
Sardegna	1865-67	9,0	Ancona	1865	21,2
Toscana	1865-67	14,0	Napoli	1884	13,0
Marche	1865-67	13,0	Roma	1867	31,0
Umbria	1865-67	16,0	Genova	1884	43,0
Abruzzo e Molise	1865-67	1,0	Palermo	1893	14,0
Campania	1865-67	5,0	Milano	1867	77,0
Calabria	1865-67	3,0			
Sicilia	1865-67	3,0			

poli nel '36 e nel '54 essi non furono utilizzati completamente, anzi certe «soccorsali» non furono neppure aperte. E quanto all'opera di convinzione, non fu tentata solo a Milano. Ne fanno fede le varie circolari municipali conservate in buon numero. Citerò la circolare di Padova del 1855: «Il medico curante ed il m. r. parroco hanno il dovere di persuadere l'ammalato a lasciarsi trasportare nell'ospedale quando ciò sia possibile senza aggravarne le condizioni, specialmente poi se l'abitazione non si presti alla segregazione dei coinquilini e famigliari e l'ammalato non possenga mezzi propri per governarsi»¹⁹. Proprio nei motivi qui allegati può trovarsi la (o una) spiegazione. In certe città le autorità, determinate a circoscrivere i focolai d'infezione, in qualche modo finirono per imporre di fatto misure che non erano state imposte per legge.

25. Conseguenze demografiche del colera.

Le conseguenze demografiche del colera furono certamente più sensibili in età preunitaria, per la quale però mancano al momento strumenti statistici di valutazione. Per l'età postunitaria un tentativo di valutazione potrebbe partire dall'osservazione della curva di mortalità generale (cfr. grafico 1), che rende visibili tre fatti: 1) la mortalità generale tende a diminuire, passando da più di 30‰ nel 1862 a circa 21‰ nel 1904; 2) dopo la vistosa crisi del '67, le successive tendono ad attenuarsi; 3) il colera non ne fu il solo responsabile. Fu invece probabilmente responsabile della risalita alla fine degli anni '80: il modesto picco dell'86 è ben visibile, anche se subito seguito da un sensibile calo, ed anche se, pure al suo massimo, rimase al di sotto del tasso di partenza.

Già dal tempo della prima epidemia si discuteva se il colera causasse o no un aumento della mortalità ordinaria, perché era impressione diffusa tra i medici che, in tempo di colera, tutte le malattie ordinarie sparissero e ogni infermità fosse sostituita dal colera, sicché, tirando le somme, il totale dei decessi rimanesse più o meno nella norma¹. Invece la statistica nazionale del 1866-67 dimostrò che effettivamente il colera determinava un aumento della mortalità solita, pur facendo diminuire la quota delle altre cause di morte: nel 1866 l'aumento fu sensibile solo in Basilicata (+2,11) e in Umbria (+1,76), mentre a livello nazionale si registrò una diminuzione del numero dei decessi; ma nel 1867 si

¹⁹ F. ARGENTI, *Lettera sul colera morbus in Padova al dott. G. Strambio*, Milano 1855, p. 40.

¹ *Statistica del Regno... Il cholera morbus nel 1866-67 cit.*, p. XI. Cfr. CORRADINI, *Annali cit.*, c MORRIS, *Cholera 1832 cit.*, p. 81.

registrò un aumento della mortalità ordinaria in 10 regioni: Umbria (+1,3%), Lombardia (+1,94), Basilicata (+3,1), Campania (+3,39), Calabria (+4,84), Piemonte (+4,96), Abruzzi (+5,4), e più cospicuo in Sardegna (+16), Puglie (+19,8) e Sicilia (+21,6): nel regno fu in media +13,53. Anche se quest'epidemia, la più grave di quelle postunitarie, non può a rigore essere considerata una «grande crisi»², essa provocò una sensibile diminuzione di natalità già nel '67 e ancora più sensibile nell'anno seguente³, nonché, localmente, dei saldi negativi, come avvenne a Napoli.

Nessuna incidenza a livello nazionale ebbe invece l'epidemia del 1873, anzi la mortalità generale, nonostante il colera, diminuì da 827 mila 498 a 813 973 (-1,6%)⁴.

² Per i criteri di identificazione della «grande crisi», cfr. L. DEL PANTA, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino 1980, pp. 20-21.

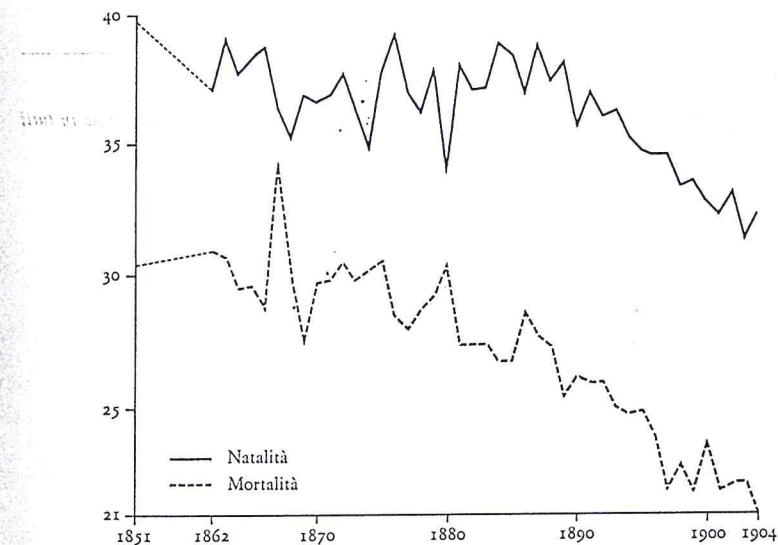
³ Cfr. R. BENINI, *La demografia italiana nell'ultimo cinquantennio*, in *Cinquant'anni di storia d'Italia. 1860-1910*, vol. I, Milano-Roma 1911, p. 65: «le nascite scesero a 927 000 nel '67 e 900 000 nel '68 contro la media di 961 000 in tutto il regno di allora».

⁴ MAIC, DIREZIONE GENERALE DI STATISTICA, *Popolazione. Movimento dello stato civile. 1877*, Roma 1878, parte seconda, p. 135.

Grafico 1.

Numero dei nati-vivi e numero dei morti per 1000 abitanti nel Regno dal 1851 al 1904.

Fonte: E. RASERI, *Atlante di demografia e geografia medica d'Italia*, Roma 1906.



Neppure la mortalità dell'ondata 1884-87 è definibile come «grande crisi» su scala nazionale, quali che fossero le stragi operate localmente, come dimostra la tabella 19. È noto d'altra parte che, per valutare gli effetti demografici a medio e lungo termine delle epidemie di colera, occorre tenere presente la mortalità differenziata per età: poiché il colera colpisce prevalentemente le età avanzate, fra le quali anche la letalità è più elevata, consente una più veloce ripresa, perché le età riproduttive sono proporzionalmente risparmiate.

Il dato inquietante non era dunque il totale dei decessi, ma il tasso ancora elevato di mortalità ordinaria: di fronte al 27,9‰ registrato mediamente in Italia nel quinquennio 1880-84, la Francia registrava il 22,6; la Germania il 22,7; l'Inghilterra il 19,9; il Belgio il 21,3 e l'Olanda il 22,1. E per di più la mortalità saliva in molte città parecchio sopra il già elevato tasso medio nazionale: Milano, Torino, Firenze, Venezia, Bologna, Padova sorpassavano il 28‰; Catania era al 30‰; Ferrara sorpassava il 32‰; Napoli giungeva al 34,4‰ e Brescia addirittura al 38,9‰⁵. Il colera aiutò a scoprire tutto questo: l'inchiesta sanitaria dell'86, che fu un esame impietoso della situazione igienica e sanitaria italiana, pur nel linguaggio asettico e burocratico delle relazioni ufficiali, fu promossa proprio per la constatata necessità di conoscere la situazione su cui il colera aveva dimostrato che era urgente e inderogabile un intervento risolutivo.

⁵ MINISTERO DELL'INTERNO, *Risultati dell'inchiesta cit.*, pp. LXXII e cc.

Tabella 19.

Fonte: MAIC, DIREZIONE GENERALE DI STATISTICA, *Statistica delle cause delle morti avvenute in tutti i comuni del Regno nell'anno 1887*, Roma 1890, p. v.

	Popolazione	Mortalità generale	Morti per 1000 abitanti
1881	28 459 628	784 181	27,55
1882	28 733 396	787 326	27,40
1883	29 010 652	794 196	27,38
1884	29 361 032	780 361	26,58
1885	29 699 785	787 217	26,51
1886	29 942 142	844 603	28,21
1887	30 266 056	828 992	27,39

PAOLO SORCINELLI

*Uomini ed epidemie nel primo Ottocento:
comportamenti, reazioni e paure nello Stato pontificio*