

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA
FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA
Corso di laurea in Storia – Indirizzo Contemporaneo

Il colera nell'Italia dell'Ottocento:
l'epidemia di Ancona del 1865-67

Tesi di laurea in Storia sociale (1)

Presentata da
Andrea Pongetti

Relatore
Prof. Claudia Pancino

Sessione III
Anno accademico 2004-05

Ma che triste spettacolo presentava la città in quel giorno del 1865, che vi andai da Firenze, insieme a Quintino Sella Ministro delle finanze, apportatore di conforti morali e di materiali aiuti! Quanti aspetti di morte e di dolore negli ospedali! Le botteghe ed i negozi erano però quasi tutti aperti; per le vie meno densa del solito, ma calma si aggirava la gente. E sì che il pericolo era imminente a ciascuno. Arrivando la mattina a Firenze di ritorno, vi trovammo l'annuncio della morte del procuratore generale Trompeo, che il giorno innanzi fino a sera ci aveva accompagnato nelle pietose nostre visite.

GASPARE FINALI, *Le Marche. Ricordanze* (1897)

Indice

INTRODUZIONE	4
I. LO STATO DEGLI STUDI SUL COLERA IN ITALIA	7
II. IL COLERA NELL'ITALIA PREUNITARIA	14
II.1. DAL GANGE ALL'EUROPA	14
II.2. IL COLERA IN FRANCIA	16
II.3. L'EPIDEMIA DEL 1835-37 NEGLI STATI REGIONALI ITALIANI	21
III. IL COLERA "ITALIANO" DEL 1865-67	34
III.1. LA GRAVE EPIDEMIA DI ANCONA	34
III.1.1. La situazione politica della città dopo l'Unità	34
III.1.2. L'economia agricola	38
III.1.3. L'industria, il terziario e gli investimenti pubblici	40
III.1.4. Le condizioni sanitarie	48
III.1.5. L'epidemia del 1865	55
III.1.6. Il ritorno del colera nel 1866-67	65
III.1.7. Le reazioni popolari	70
III.1.8. I soccorsi	78
III.1.9. La figura del medico Girolamo Orsi	80
III.2. IL COLERA SI ESPANDE NEL RESTO D'ITALIA	84
CONCLUSIONI	92
APPENDICE	94
BIBLIOGRAFIA	114
FONTI	124
INDICE DELLE TABELLE	129
INDICE DEI DOCUMENTI	129

Introduzione

Il colera è una malattia che si affacciò per la prima volta in Europa ed in Italia nel XIX secolo.

Il *cholera morbus* è una delle malattie che hanno avuto il maggiore impatto, non solo per l'alto tasso di mortalità e letalità raggiunto, ma anche per l'enorme interesse che procurò tra amministratori ed uomini di scienza: è ampia, infatti, la documentazione rilasciata specialmente dai medici che si trovarono a combattere questo nuovo e sconosciuto morbo, importato e contagioso, ma numerose sono anche le testimonianze degli amministratori centrali e locali incaricati di predisporre le norme e le misure antiepidemiche.

Studiare le epidemie di colera ottocentesche è importante per conoscere il carattere della società che ne fu vittima: come ha affermato Giorgio Cosmacini, la malattia non è, infatti, solamente un fenomeno biologico, ma anche sociale¹.

Il colera ebbe un impatto assolutamente senza precedenti nell'immaginario collettivo delle popolazioni di tutta Europa: la pur progredita civiltà ottocentesca si abbandonò a reazioni esasperate che a molti ricordarono da vicino quelle apparentemente superate osservatesi nei secoli precedenti innanzi alla peste, tanto che Tognotti ha parlato per il caso italiano di comparsa di un «nuovo Medioevo»². Quando la malattia comparve per la prima volta in Italia, molti ne individuaronò la causa nella collera divina, altri puntarono l'indice su strane combinazioni planetarie e meteorologiche, altri ancora parlarono di avvelenamenti voluti dal Governo per colpire le masse troppo cresciute numericamente; nello stesso tempo ci si abbandonava a sfoghi di violenza rabbiosa e ad esasperate esibizioni di religiosità, e si individuavano dei capri espiatori additati come untori, generalmente persone ai margini della società o stranieri, ma molto spesso pure medici e funzionari pubblici.

Essendo una malattia prevalentemente urbana, e che per sua natura trae dalla sporcizia, dalle acque inquinate, ma in generale dalle carenze sanitarie

¹ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Roma-Bari, Laterza, 1988 (1987), pp. IX-XVI.

² E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. 233.

la propria linfa vitale, il colera mise inoltre in luce «da una parte le debolezze dell'organizzazione sanitaria, dall'altra la povertà, la disuguaglianza di fronte alla morte, la drammatica arretratezza in fatto di igiene privata e pubblica, portando alla ribalta il problema della città come veicolo, come territorio privilegiato del contagio e del disordine»³. Furono soprattutto i ceti economicamente più poveri a venire colpiti, come ha notato Carlo Maria Cipolla, secondo il quale «le condizioni economico-sociali contribuiscono prepotentemente a determinare il quadro della morbilità di una data società» ma allo stesso tempo «il quadro della morbilità di una data società influenza direttamente ed indirettamente l'economia della società in questione»⁴; non solo, il colera condizionò almeno in parte l'andamento demografico e le decisioni politiche, ponendo il problema del controllo, nella gran parte dei casi autoritario, delle masse addensate nei grandi centri urbani.

In quest'analisi, dopo avere riassunto brevemente la situazione dello stato degli studi sul colera in Italia, con una sintetica osservazione dei testi di carattere generale da me consultati, ho trattato la storia della malattia studiandone il cammino, dall'espansione in India fino all'arrivo in Europa, ponendo particolare attenzione all'epidemia francese, particolarmente significativa perché giunta a colpire uno dei più avanzati stati europei.

Sono quindi passato ad esaminare l'epidemia di colera del periodo 1835-37 negli stati regionali italiani. Ho approfondito le reazioni popolari e governative, segnalando le eventuali differenze tra le singole unità territoriali; ho altresì analizzato l'intervento dei medici, divisi in molteplici scuole di pensiero, sia nella comprensione della malattia, sia nelle forme curative da adottare.

Nel III e ultimo capitolo ho deciso di approfondire lo studio del colera "italiano", trattando nello specifico l'epidemia del triennio 1865-1867. In particolare, utilizzando fonti in gran parte inedite, ho scelto di indagare il caso di Ancona, che nel 1865 fu tra le città italiane con maggiore tasso di letalità. Dopo un'esposizione sommaria della situazione politica della città, ho descritto le condizioni economiche e sociali dell'epoca ed i loro legami

³ *Ibidem*, p. 8.

⁴ C. M. Cipolla, *Miasmi ed umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, Bologna, il Mulino, 1989, p. 103.

con la situazione igienica-sanitaria, sia a livello pubblico che privato. Successivamente ho presentato la cronaca dell'epidemia cercando di stabilire i nessi tra questa e la società che l'ha subita, evidenziando il ruolo svolto dalla medicina e dagli amministratori locali per ridurre l'impatto demografico ed economico. Ho ritenuto opportuno dedicare un paragrafo ai soccorsi, che ad Ancona furono particolarmente efficaci e sensibili dal punto di vista finanziario, e rappresentarono non solo un aiuto importante per la popolazione colpita ma anche un utile mezzo di propaganda e di legittimazione sociale per coloro che li fornirono, generalmente uomini appartenenti alla nuova classe dirigente liberale, uscita da protagonista dalle lotte risorgimentali. Un paragrafo l'ho riservato anche alla figura di Girolamo Orsi, medico anconetano, principale protagonista della battaglia contro il colera attraverso un'incessante attività di salvaguardia dell'igiene comunale e provinciale, specialmente rivolta alle classi popolari e agli amministratori. Lo studio del singolo caso di Ancona si è rivelato valido per analizzare criticamente persistenze e mutamenti rispetto all'epidemia precedente, sia per quanto riguarda le misure preventive e limitative stabilite dal nuovo Stato italiano, non più diviso in molteplici unità territoriali, sia per quanto riguarda le reazioni popolari, le quali sembrarono non mutare sensibilmente, e a cui ho riservato un'ampia trattazione; al contrario, quelle mediche, pur tra numerosi scompensi e arretratezze, segnarono dei progressi, quantomeno nella comprensione epidemiologica della malattia, benché i rimedi curativi rimanessero in gran parte gli stessi.

In appendice ho infine inserito alcune fonti utilizzate per lo studio del colera anconetano, oltre ad un gruppo di tabelle riassuntive dei dati di mortalità e letalità, al fine di fornire un quadro complessivo dell'impatto demografico del colera nell'Italia dell'Ottocento.

I. Lo stato degli studi sul colera in Italia

Fin dalla sua prima comparsa in Italia, nel 1835, il colera ispirò una grande quantità di studi. Non solo opere a carattere scientifico e divulgativo di medici e studiosi ma anche una grande mole di trattati, memorie, diari, relazioni e saggi, a testimonianza dell'impatto che questo nuovo morbo, sconosciuto e misterioso, ebbe su ogni categoria e ceto sociale.

Piuttosto ampia è anche l'attenzione che gli storici hanno dedicato alla malattia, cercando di cogliere le possibili connessioni tra diffusione della stessa e conseguenze sociali, politiche ed economiche. Anche negli ultimi decenni si sono segnalate opere rivelatesi utili allo studio.

Tra i lavori che ritengo di maggiore rilievo e che si sono rivelati di grande importanza per la mia ricerca vi è *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, volume realizzato da Lorenzo Del Pantà nel 1980 che analizza l'influenza e l'impatto demografico delle gravi epidemie succedutesi sul territorio italiano a partire dal XIV secolo fino al XIX: un discorso in cui entra di conseguenza anche la tematica del colera, i cui dati statistici sono rilevati sulla base degli *Annali* di Corradi, le opere del chirurgo toscano Pietro Betti e le indagini compiute dalla Direzione generale di statistica⁵. Del Pantà con approccio statistico-demografico studia le crisi di mortalità derivanti dalle grandi epidemie: le molteplici difficoltà causate dalla frequente mancanza di dati annuali dei decessi e la presenza di altri inattendibili o contrastanti tra loro, nonché l'ampia schiera di variabili, comporta inevitabili semplificazioni ma il libro fornisce tuttavia un quadro complessivo del fenomeno in campo nazionale. L'autore cerca di legare gli aspetti sociali, politici, economici e biologici compiendo comunque una ricerca principalmente quantitativa che permetta la rilevazione di dati il più possibile veritieri sull'impatto e le conseguenze delle malattie, influenzate dalle reazioni della gente e degli amministratori, dall'incidenza della crisi per classi di età, genere, gruppi di persone e ceti sociali, dalle differenze geografiche e dalla capacità di recupero dei soggetti sopravvissuti.

Coprono circa un ventennio invece i rilevanti contributi, specialmente per quanto riguarda l'analisi sociale del fenomeno colera, di Paolo

⁵ L. Del Pantà, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino, Loescher, 1980.

Sorcinelli⁶. *Nuove epidemie antiche paure e Uomini ed epidemie nel primo Ottocento: comportamenti, reazioni e paure nello Stato pontificio* si concentrano specificatamente sulle epidemie di colera ottocentesche utilizzando principalmente fonti di archivi privati e parrocchiali in parte provenienti dalla regione Marche, soprattutto dalle province di Ancona e Pesaro. Sorcinelli, storico sociale, pone la propria attenzione in primo luogo sulle reazioni popolari, sia analizzando gli atteggiamenti emotivi in presenza della malattia (in rapporto alla religione, alla morte, alle strategie familiari e ai comportamenti sessuali), sia indagando sull'ampia gamma di rimedi utilizzati dalle masse, urbane e rurali. Dai suoi testi emergono i dubbi, le paure, i gesti della gente sovente incerti tra coraggio e spavento, spesso ingovernabili, irrazionali, ed associabili «non tanto all'evento in sé ma all'uomo di fronte all'ignoto, all'inspiegabile, all'incontrollabile»⁷.

Regimi alimentari, condizioni igieniche, epidemie nelle Marche dell'Ottocento, pur non trattando distintamente il colera ma in generale tutte le epidemie del XIX secolo marchigiano (febbri malariche, tubercolosi, difterite, tifo petecchiale, vaiolo, ecc.), si concentra maggiormente sulle cause delle malattie, evidenziando l'incidenza sulla mortalità complessiva delle masse urbane e rurali, rispetto ai ceti abbienti del centro città e delle campagne. Attraverso l'utilizzo di numerosi bollettini sanitari Sorcinelli dimostra la maggiore rilevanza di alcune malattie epidemiche in taluni rioni rispetto ad altri, così come la mancanza in tali luoghi di adeguati impianti di fognatura ed acquedotti e l'insalubrità di cibi ed abitazioni: in tal modo collega mortalità epidemica e condizioni di vita, e queste ultime al sistema economico in voga, basato su un ampio sfruttamento del lavoro operaio e contadino, con conseguenti gravi carenze per queste classi dal punto di vista igienico ed alimentare. L'obiettivo è, come dimostra ancora più chiaramente

⁶ P. Sorcinelli, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari dell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Milano, Franco Angeli, 1979. *Nuove epidemie antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1986. *Regimi alimentari, condizioni igieniche, epidemie nelle Marche dell'Ottocento*, Urbino, Argalia, 1987. *Storia sociale dell'acqua. Riti e culture*, Milano, Bruno Mondadori, 1998. *Uomini ed epidemie nel primo Ottocento: comportamenti, reazioni e paure nello Stato pontificio*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 495-537. *Vita sociale e condizioni igienico-sanitarie fra Otto e Novecento*, in S. Anselmi (a cura di), *Nelle Marche centrali. Territorio, economia, società tra Medioevo e Novecento: l'area esino-misena*, t. II, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1979, pp. 1603-1640.

⁷ Id., *Nuove epidemie antiche paure*, cit., p. 13.

in *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari dell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, evidenziare i danni patiti dalle classi urbane e rurali per effetto dell'aumento produttivo nell'agricoltura e del decollo industriale, criticando l'analisi storica precedente che raramente ha studiato le conseguenze sociali subite dalle masse popolari «slegando così il momento politico strutturale (studio delle classi dirigenti, dei rapporti di produzione), e il momento organizzativo ideologico del proletariato dalle oggettive condizioni di vita»⁸.

Negli anni Ottanta viene pubblicato il libro di Paolo Preto *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna* che, compiendo un'analisi sociale dei comportamenti in tempo di epidemia ed utilizzando fonti che spaziano dai romanzi ai giornali, ai *pamphlets*, agli scritti, ad atti, processi, archivi privati, giudiziari e parrocchiali, ecc., intravede nella paura (di complotti, di unzioni, di avvelenamenti, di morte) il legame conduttore delle invasioni epidemiche in Italia: Preto così rileva come anche nell'Ottocento, nonostante l'influsso del pensiero illuminista settecentesco, il timore popolare del colera non fosse minore e più controllato rispetto a quello atavico, e assai studiato, della peste⁹. Preto fornisce un valido contributo non solo allo studio delle reazioni popolari - muovendosi sulla scia dei lavori già compiuti da Sorcinelli - ma indaga anche sui rapporti tra politica e malattia e su come durante le lotte risorgimentali prima, e sotto il Regno d'Italia poi, il terrore popolare per la diffusione del colera fosse strumentalizzato a fini politici. L'autore porta come testimonianza una miriade di esempi, citando fatti svoltisi principalmente al sud (ma non solo) e che videro coinvolte sia le fazioni conservatrici, sia quelle liberali, senza dimenticare le strumentalizzazioni in funzione antisavoiarda da parte di resistenti borbonici una volta compiuto il processo di unificazione. Preto evidenzia la continuità di tali reazioni lungo tutto il secolo, rilevando una netta discrepanza tra i progressi nel campo della medicina ed i miglioramenti igienici e curativi compiuti, pur a lenti passi, nel corso dei decenni, e l'assenza di sostanziali variazioni nelle reazioni popolari, ancora dominate da convinzioni e pregiudizi secolari (quali la credenza nel "colera veleno", usato secondo alcuni dai ricchi per sterminare le classi povere troppo accresciute di numero).

⁸ Id., *Miseria e malattie nel XIX secolo*, cit., pp. 9-10.

⁹ P. Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1987.

L'importante opera di Giorgio Cosmacini *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918* concentra invece la propria attenzione non tanto sulle reazioni popolari, comunque descritte, quanto sul percorso compiuto dalla medicina italiana e dalle sue strutture, sia in rapporto al dispiegarsi delle malattie, sia rispetto alle scoperte in campo internazionale¹⁰. Benché sia uno storico della medicina, l'autore non considera salute e malattia come semplici eventi biologici ma pure sociali. Studiare una malattia non è solo studiare le scoperte scientifico-biologiche riferite ad essa ma è anche osservare e spiegare le relazioni che la legano alla società, alla cultura del popolo, alle mentalità, alle tecnologie, alle istituzioni. Cosmacini cerca, di conseguenza, di mediare tra opere a suo dire troppo sbilanciate nell'analisi medico-biologica, col rischio di disgiungere la medicina dal resto della società come se ne fosse autonoma, e le interpretazioni che privilegiano esageratamente l'analisi economico-sociale di un'epidemia. Specialmente nella sezione del volume riservata al colera, il libro di Cosmacini si è rivelato utile per lo studio del dibattito nazionale tra scuole mediche ("epidemisti"- "contagionisti", "rasoriani"- "brownisti") e nella comprensione del processo rivoluzionario, pur lento, quantomeno in Italia, che nella seconda metà dell'Ottocento consentì il passaggio da una medicina descrittiva e ancora influenzata da ingerenze spiritualiste e metafisiche, ad una che cominciava a sposare con decisione il metodo sperimentale¹¹.

Gli ultimi anni hanno fatto registrare l'uscita di un nuovo importante contributo che si è dimostrato fondamentale per la mia ricerca ed ha rinverdito gli studi sul colera in campo nazionale. Il libro di Tognotti *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*¹² fornisce un quadro completo, anche statisticamente, delle sette pandemie di colera italiane succedutesi nel XIX secolo, inserendosi nel filone di inchiesta compiuto precedentemente da storici come Anna Lucia Forti Messina¹³. Attraverso l'analisi di un'ampia quantità di fonti (memorie, atti parlamentari, quadri statistici, documenti di

¹⁰ Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit.

¹¹ *Ibidem*, pp. 311-331.

¹² Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit.

¹³ A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, cit., pp. 429-494. *Società ed epidemia. Il colera a Napoli nel 1836*, Milano, Franco Angeli, 1979.

sanità pubblica e ministeriali, trattati medici, ecc.) e con attenzione particolare alla grave epidemia di Sassari del 1855, Tognotti riassume minuziosamente cento anni di infezioni coleriche sul suolo nazionale, richiamando alla memoria il lungo viaggio compiuto dalla malattia dalla fuoriuscita dalle regioni indiane, nel 1817, fino all'epidemia del 1893 che "chiuse" il secolo italiano. Inoltre si sofferma sia sul lungo dibattito medico-politico tra "epidemisti" e "contagionisti", che divise il mondo medico alla prima comparsa del morbo, sia sui rimedi curativi utilizzati dalle due scuole, spesso in forte contrasto tra loro. In più Tognotti analizza le conseguenze economiche e sociali delle epidemie coleriche, tracciando una relazione tra le politiche commerciali e amministrative degli stati preunitari prima, e dell'Italia poi, e le precauzioni prese in tempo di contagio; allo stesso tempo indaga, sulla scia dei lavori di Preto e Sorcinelli, sulla molteplicità di reazioni e comportamenti di massa. Tognotti intravede nei primi anni del secondo Ottocento una timida svolta nella comprensione della malattia, sia da parte del mondo medico, sia da parte dello Stato, che una volta unificato cercò, senza troppa convinzione, di arrestare con misure cautelative la continua diffusione delle più svariate malattie epidemiche che avevano caratterizzato la penisola fino a quel momento. Su questo punto insiste molto l'autrice, mettendo in risalto il ruolo di stimolo svolto dal colera ai fini di un dibattito sull'arretratezza igienica-sanitaria del paese, confronto da cui sarebbero emersi, soprattutto negli ultimi anni del secolo, importanti cambiamenti nell'organizzazione sanitaria nazionale.

Mi sento di citare l'importanza al fine della mia ricerca di altri testi di carattere generale, non pubblicati in Italia, ma assai validi per un'analisi della storia del colera anche nel nostro paese. Il testo di William McNeill *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea* si propone di studiare ed approfondire l'influenza delle grandi epidemie sui più importanti eventi storici, mostrandone la capacità di deformarli ed incanalarli su binari imprevedibili¹⁴. Criticando con fermezza la carenza di attenzioni che gli storici hanno dedicato a tali tematiche, specialmente prima dell'Ottocento, McNeill inserisce il succedersi delle epidemie infettive nell'ambito dell'interpretazione dei fatti storici, spiegando

¹⁴ W. H. McNeill, *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea*, Torino, Einaudi, 1981 (ed. or. 1976).

col loro intervento (specie quando queste agivano su popolazioni prive di immunità e conseguentemente colpite da una mortalità più elevata) eventi del passato apparentemente non giustificabili. Quella di McNeill sembra, come gli è stato più volte rimproverato, una storia del «microbo senza l'uomo»¹⁵, in cui i flagelli epidemici appaiono determinare fin troppo eventi storici antichi e recenti, senza che l'autore riesca poi a fornire prove che vadano oltre semplici congetture.

Con un approccio diverso da quello di McNeill, che tende ad evidenziare il ruolo del microbo sulle vicende umane, Jacques Ruffié e Jean-Charles Sournia in *Le epidemie nella storia* si pongono più vicini alla tradizione storica, studiando la diffusione delle malattie non tanto dal punto di vista biologico quanto antropologico, esaminando come l'uomo si rapporta e si adatta ad esse dal punto di vista culturale, emozionale, psicologico¹⁶. All'interno di tale discorso si inserisce la problematica del colera, trattata sia attraverso un'analisi biologica-medica, sia approfondendo le reazioni popolari e governative, in particolar modo riguardo alla grave epidemia che colpì la Francia, e Parigi, nel 1832.

In definitiva si può ritenere che il colera, pur essendo una malattia ormai scomparsa da decenni nei paesi europei ed in Italia, ancora negli ultimi anni continui a raccogliere interesse fra storici e studiosi di varia formazione, con pubblicazioni che analizzano il fenomeno dando rilievo di volta in volta ad aspetti diversi, o cercando, come nel caso del lavoro di Tognotti, il più importante tra i recenti studi compiuti in Italia, di fornire un'interpretazione il più possibile completa ed approfondita, anche a livello statistico.

In questo quadro si inserisce il mio contributo, che ha l'obiettivo di studiare, specificatamente per il caso di Ancona, i vari aspetti della malattia, con una netta rilevanza comunque, rispetto a quelli biologici, per quelli economici, comportamentali, emotivi, in modo da comprendere attraverso la

¹⁵ J. Ruffié, J.-C. Sournia, *Le epidemie nella storia*, Roma, Editori riuniti, 1985 (ed. or. 1984), Introduzione di A. Foa, p. 8.

¹⁶ *Ibidem*. Pur non trattando specificatamente il tema del colera, vanno menzionati per il contributo offerto allo studio dell'epidemia francese anche due testi di storia sociale di G. Vigarello: *Il sano e il malato. Storia della cura del corpo dal Medioevo a oggi*, Venezia, Marsilio, 1996 (ed. or. 1993) e *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo ad oggi*, Venezia, Marsilio, 1987 (ed. or. 1985).

conoscenza dell'epidemia anconetana alcune caratteristiche della società cittadina dell'epoca.

II. Il colera nell'Italia preunitaria

II.1. *Dal Gange all'Europa*

Anche se già i navigatori arabi ed europei ne conoscevano da tempo l'esistenza, è solo nel 1817 che il colera uscì dai suoi storici confini, l'India e la regione del Bengala in particolare, per dirigersi rapidamente verso il resto del globo terrestre, dove avrebbe causato nello spazio di pochi decenni ben 40 milioni di morti, senza operare alcuna sensibile distinzione tra paesi in via di industrializzazione o legati ad un'economia arretrata ed ancora prevalentemente agricola.

Nonostante questa data sia ormai da tempo accettata dagli storici, è difficile segnalare con certezza le circostanze precise di diffusione della malattia fuori dal suo territorio di origine ma è certo che la rivoluzione commerciale e quella dei trasporti favorirono la diffusione del morbo, libero di viaggiare via terra attraverso le ferrovie e via mare attraverso la navigazione a vapore¹⁷. Le nuove scoperte permisero una circolazione sempre più rapida di persone e con esse dei microrganismi infettivi responsabili della trasmissione della malattia, in grado di spostarsi come mai era stato possibile in precedenza. Non è quindi azzardato parlare, come ha fatto Tognotti, di «malattia della rivoluzione commerciale»¹⁸, mettendo così in evidenza il ruolo assunto nel dilagare del male dal crescente movimento di uomini, a sua volta favorito dal continuo aumento degli scambi commerciali tra i continenti.

A differenza di quanto era accaduto per la peste e per altre malattie, l'uomo è l'unico possibile ospite per il vibrione che può però diffondersi attraverso il contatto tra portatori sani, cioè senza disturbi clinici palesi, e soggetti particolarmente sensibili.

L'agente eziologico del colera, malattia infettiva oggi generalmente curabile, è un bacillo vivente nell'acqua, il *vibrio cholerae*, che penetra e si moltiplica rapidamente nell'apparato digerente dell'uomo. In totale benessere l'individuo viene investito da diarrea (che i medici dell'epoca chiamavano “premonitoria” perché metteva “in avvertenza”), accompagnata da abbattimento delle forze, sensazioni di svogliatezza, vomito; quindi inizia lo

¹⁷ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 18.

¹⁸ *Ibidem*, p. 19.

“stato algido” con oppressioni al cuore, cessazione dell’emissione di urine, respirazione sempre più affannosa, scarico di feci di volta in volta più acquose, progressivo arresto della circolazione sanguigna e una sete sempre più insaziabile che provoca la morte per disidratazione nello spazio generalmente di pochi giorni, ma a volte in maniera ancora più repentina, addirittura in poche ore¹⁹. Non sempre l’ingresso del bacillo è letale, ma dipende dal grado di immunità dell’individuo. Per diffondersi all’interno dell’uomo il vibrione, penetrato nello stomaco, deve raggiungere l’ambiente alcalino dell’intestino: quindi per rivelarsi mortale è necessario un individuo debole fisicamente e non in buona salute, incapace di sopportare dosi imponenti di microbi.

Un’alimentazione insufficiente sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo e condizioni igieniche-sanitarie precarie influirono certamente in maniera decisiva nell’espansione della malattia, considerato che il bacillo, ancora adesso presente in quei paesi dove abbondano sporcizia, rifiuti e scarsa pulizia pubblica e privata, si diffondeva principalmente attraverso l’ingestione di acque ed alimenti contaminati: tali furono forse le motivazioni per cui la malattia si tramutò improvvisamente in epidemica nei territori della Compagnia delle Indie soggetti al dominio coloniale inglese, dove la popolazione indigena aveva subito una grave riduzione delle barriere immunitarie in seguito ad una gravissima carestia²⁰.

L’epidemia si espanse da Calcutta muovendosi con relativa rapidità in tutte le direzioni: a sud furono infettate la Thailandia e le isole di Sumatra e Giava mentre a nord si spostò all’interno invadendo Dehli. Attraversato il mar Arabico toccò le coste dell’Arabia Saudita e la parte orientale dell’Africa. Nel 1823 furono raggiunte Siria ed Anatolia e quindi il Libano da cui il contagio si affacciò per la prima volta sul mar Mediterraneo. Nel frattempo anche Giappone e Cina erano state colpite ma una volta raggiunte le freddissime coste del mar Caspio il colera si arrestò temporaneamente, «cosa che autorizzò i governi dei Paesi europei a cullare la speranza che quell’esotica malattia, venuta dai Paesi caldi del lontano Oriente, arretrasse di fronte alle temperature del mondo occidentale»²¹. Un errore fatale, ma

¹⁹ Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 283.

²⁰ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 20.

²¹ *Ibidem*, p. 22.

purtroppo solo il primo di una lunga serie che avrebbe caratterizzato le politiche sanitarie e di pubblica sicurezza dei governi nonché i provvedimenti difensivi e limitativi degli apparati medico-scientifici nazionali. Fin dal principio rimasero inascoltate le opinioni di medici, osservatori e viaggiatori internazionali, che, venuti a contatto con la malattia, tentarono invano di mettere al riparo i governi dal rischio della diffusione dell'infezione anche nel vecchio continente. Intanto la marcia del colera riprendeva, trovando ripetutamente nuove occasioni di espansione: penetrato in Europa tramite la città di Orenburg, nella Russia orientale, dove infierì a temperature bassissime (circa 20 gradi sotto lo zero)²² - quasi a voler punire l'imprudenza di coloro i quali si erano sentiti rassicurati dal netto dislivello di temperatura tra i luoghi originari del male e i più temperati paesi occidentali - si diresse verso le grandi città centroeuropee; nel frattempo, alcuni pellegrini musulmani reduci da una visita alla Mecca portavano di nuovo la malattia sul mar Mediterraneo, nella città di Alessandria d'Egitto. Quando nel 1832, a distanza di quindici anni dall'inizio del suo viaggio nella regione del Bengala, il colera toccò anche l'industrializzata e tecnologicamente avanzata Inghilterra, fu ormai chiaro, quantomeno agli occhi degli osservatori più acuti, che nemmeno l'Europa occidentale sarebbe stata risparmiata.

II.2. Il colera in Francia

Nonostante avesse già invaso gran parte dell'Europa, nel momento in cui il colera apparve a Parigi, nel marzo del 1832, lo shock fu ugualmente grande. Parigi, e la Francia intera, si risvegliarono dall'illusione di non venir colpite dall'epidemia e furono costrette ad attrezzarsi al fine di prendere i necessari provvedimenti per limitarla ed allontanarla. Prima di ammettere la presenza del contagio tuttavia, si temporeggiò per diversi giorni, un atteggiamento che si sarebbe ripetuto in seguito anche altrove, specialmente in paesi meno accentrati della Francia e dove quindi era ancora più difficile predisporre misure comuni data la molteplicità degli apparati amministrativi centrali e regionali che li formavano. Durante le epidemie di colera dell'Ottocento si arrivò anche a nascondere e negare i rischi e le conseguenze dei contagi, rinforzando i richiami alla serenità d'animo ed alla calma: l'obiettivo era ovviamente quello di limitare i danni prodotti dall'emotività e

²² *Ibid.*, p. 23.

dalla situazione di anormalità, evitando assembramenti dettati dal panico pericolosi per l'ordine pubblico e l'incolumità, specie di possidenti e funzionari. Più che la malattia in sé preoccupava la suggestione che essa apportava e si cercava quindi per quanto possibile di ridurre la vista del malato e dei cadaveri, stabilendo orari e strade per i funerali, in modo da limitare al massimo la presenza di curiosi e agitatori²³.

La folla parigina non fu affatto scossa dalle voci che si rincorrevano sui primi casi di ammalati tanto che si concedeva spesso scherzi di natura goliardico-carnevalesca aventi come oggetto le stesse vittime, come quello che vide protagonista il cuoco del maresciallo Lobau: «il 26 marzo, la morte del cuoco del maresciallo Lobau, alla cui tavola si mangiava abitualmente male, suscitò nuovi scherzi, a cui si prestava bene il periodo di carnevale»²⁴.

La stampa inizialmente fece di tutto per negare la malattia e lo stesso comportamento lo ebbero gli amministratori pubblici²⁵. Negare la malattia rispondeva ad un preciso interesse di natura economica perché l'istituzione di cordoni sanitari marittimi, e l'approvazione di un regime d'isolamento di un numero di giorni variabile per le imbarcazioni provenienti dai paesi infettati, avrebbe abbassato notevolmente le quote dei proventi dei traffici commerciali: la Francia, paese strenuamente liberista, non poteva certo condividere una posizione così protezionista. Non a caso anche l'Inghilterra, nazione anch'essa decisa sostenitrice della libertà di commercio, sposò la teoria del *laissez-faire* nonostante l'alto rischio di contagio.

Questa decisione, pur rivelandosi fortemente influenzata da interessi strettamente commerciali e finanziari, ebbe tuttavia origine da motivazioni completamente diverse.

La lunga discussione tra sostenitori di misure sanitarie di difesa e prevenzione tramite forme coercitive, quali erano non solo le quarantene per le barche ed i cordoni sanitari, ma anche l'emarginazione cautelativa dei soggetti colpiti in appositi edifici denominati lazzeretti, aveva avuto origine nel campo medico-scientifico, fin dalla prima comparsa della malattia. I protagonisti furono soprattutto medici e scienziati ma non mancarono intellettuali, burocrati e studiosi di vario genere, uomini spesso assai diversi

²³ Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure*, cit., pp. 98-99.

²⁴ Ruffié, Sournia, *Le epidemie nella storia*, cit., p. 123.

²⁵ *Ibidem*, p. 123.

tra loro per formazione culturale ed ideologica, ma tutti accomunati dal desiderio di far prevalere la propria opinione al fine di portare un contributo alle due principali teorie in diatriba all'epoca: quella "contagionista" e quella "epidemista". Coloro che si appellarono a misure preventive di coercizione credevano nella possibilità di diffusione del colera tramite contagio tra uomini, una visione che nel mondo medico era presente da molti secoli e che risaliva alle intuizioni scientifiche di Girolamo Fracastoro, medico veronese che già nel 1546 aveva formulato la teoria della trasmissione di un'infezione tra soggetti²⁶. I primi decenni del XIX secolo segnarono invece l'ascesa della teoria rivale, ribattezzata "epidemista" o "localista". Nella visione di questi ultimi era il miasma emanato dalle materie putride del sottosuolo, dalle feci dei malati, dai cadaveri, dalla sporcizia di case, acque, alimenti, strade e quartieri, a causare l'epidemia. Sposare la tesi "localista" si rivelava non solo utile dal punto di vista economico, ma pure concettuale, perché essa appariva logica in quanto riusciva anche a spiegare le cause delle altre malattie, come ad esempio la malaria, della quale era ben noto il ruolo attivo svolto dalle acque stagnanti e dalle paludi, ma di cui si ignorava ancora il vettore eziologico²⁷. Gli "epidemisti" ponevano la loro attenzione non sulle misure di quarantena, che anzi generalmente contestavano, quanto sulla necessità di un immediato miglioramento dell'igiene pubblica e privata: da questo punto di vista fornirono certamente una spinta ai vari tentativi di riforma sanitaria che si sarebbero susseguiti negli anni nell'occidente europeo²⁸. La loro posizione quindi, nonostante avesse avuto origine da un punto di partenza discutibile, ebbe un approdo senz'altro opportuno. Mentre appoggiare la corrente "contagionista" divenne sempre più sinonimo di una posizione

²⁶ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., pp. 37-40. Fracastoro aveva aperto la via all'analisi della patologia infettiva formulando per primo il termine di "contagio interumano", diffuso attraverso i germi, piccoli organismi capaci di moltiplicarsi sia in maniera diretta tra uomini sia in maniera indiretta attraverso il contatto con materiali infetti appartenuti al malato, o attraverso l'aria e l'acqua. Le scoperte di Fracastoro erano state il punto di riferimento di politici ed uomini di medicina nel realizzare le forme difensive al tempo della peste, ma all'inizio del secolo erano state lentamente abbandonate, anche a seguito di uno studio di esperti francesi, i quali contribuirono a screditarle ritenendole niente più che un residuo di un'epoca oscura e dominata dalla superstizione. Lo studio francese si svolse a seguito della grave epidemia di febbre gialla che colpì Barcellona nel 1822: dopo avere analizzato le modalità di diffusione della malattia, il gruppo guidato da Nicholas Chervin stabilì l'assenza di qualsiasi tipo di contatto tra le persone colpite. Si veda a tal proposito McNeill, *La peste nella storia*, cit., p. 244.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibid.*, p. 41.

politico-ideologica conservatrice e reazionaria, la scelta “epidemista” ben si legava alla mentalità più liberale di paesi come l’Inghilterra e la Francia, che infatti la sostennero finendo col «conferire un significato politico all’adesione all’una o all’altra scuola»²⁹.

Se il Governo francese negò a lungo l’epidemia fu anche però per motivi strettamente legati al mantenimento della pubblica sicurezza sul territorio nazionale: c’era molto timore infatti per le possibili reazioni della gente, specie del popolo delle città, fortemente impressionabile ed in grado di farsi trascinare dal panico verso gesti di violenza e pericolosità sociale. Fu proprio così che avvenne quando il sospetto sulla presenza del colera si trasformò in certezza ed il numero dei morti ufficiali cominciò a crescere a dismisura. Ciò evidenziò come anche nella “civile” Francia le condizioni igieniche non fossero assolutamente all’altezza, fra cronica mancanza d’acqua, inquinamento di pozzi e condutture ed abbondanza di rifiuti abbandonati in piazza o nelle strade, anche le più centrali e frequentate.

Le statistiche riferite alla capitale Parigi rilevarono come i decessi tra la popolazione dei quartieri più poveri fossero nettamente più numerosi rispetto a quelli delle zone alto borghesi ed aristocratiche³⁰. Fin da subito si capì come la gravità del contagio e la sua letalità dipendessero in maniera inequivocabile dalle condizioni igieniche e sanitarie, dalla pericolosità degli alimenti e dall’insalubrità delle abitazioni. Non la campagna, bensì la grande città, ricettacolo di ogni tipo di sporcizia e tipologia di persone, quali vagabondi, poveri ed accattoni, venne studiata con preoccupazione tanto che:

nel XVIII secolo era la gente degli ospedali, delle prigioni e dei cimiteri che è stata considerata il veicolo di contagio e del disordine; nel XIX secolo tutta la popolazione povera è sospetta. Si passa così da una patologia principalmente localizzata in questi “enclavi urbani”, alla proliferazione delle casualità patologiche su tutto il tessuto urbano; la città intera è ora vista come il nuovo territorio del principale veicolo del contagio: la miseria³¹.

La reazione popolare intanto, scoppiò con forza come si era previsto e temuto: la folla reagì in maniera scomposta dinanzi ad un male nuovo ed

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Ruffié, Sournia, *Le epidemie nella storia*, cit., p. 128. Il tasso di mortalità durante il periodo dell’epidemia segnalò un 53% nei dintorni di Hôtel de Ville e l’8% a Chaussée-d’Antin.

³¹ M. Diani, *Antinomie e ambiguità del controllo sociale: la medicalizzazione dello spazio urbano nel XIX secolo*, in E. Sori, (a cura di), *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, Milano, Franco Angeli, 1982, p. 430.

inaspettato che ricreava tutte le paure e le fobie in passato apportate dalla peste. Scene di ribellione, spesso contro i ricchi o i funzionari dello Stato, si susseguirono creando una spirale di odio e violenza in cui lo sconvolgimento creato dalla malattia si mescolava all'insofferenza per le disagiate condizioni sociali, all'odio atavico per le classi agiate ed a vendette e questioni di natura strettamente personale. La classe dirigente borghese orleanista venne indicata come responsabile della diffusione dell'epidemia, organizzata scientificamente al fine di punire il popolo per le sue idee repubblicane³². A Parigi vennero incendiati ospedali ed aggrediti medici, categoria quanto mai sgradita alle classi infime perché borghese e profondamente lontana culturalmente dai ceti più umili, che più frequentemente si affidavano a ciarlatani e guaritori popolari, respingendo la medicina ufficiale³³. Nella confusione di quei giorni, fatti di panico e paura, il colera dimostrò tutta la propria pericolosità per la sicurezza nazionale e per l'integrazione sociale che esso metteva fortemente a repentaglio per via delle agitazioni popolari che comportava. Parigi, la *ville lumière*, la seconda città più popolosa del mondo, rappresentò una cartina di tornasole palesando ciò che l'emergere di una malattia nuova e sconosciuta poteva provocare, anche in uno Stato come la Francia, senz'altro tra i più avanzati in assoluto a livello culturale, ma dove una grande parte della popolazione viveva comunque nell'incuria e nell'indigenza, abbandonata all'ignoranza e fortemente avulsa dal contesto di un'epoca di grande progresso in molteplici campi.

L'epidemia francese, mentre da una parte mise in evidenza le carenze culturali e strutturali, ebbe, dall'altra, la funzione di stimolare un dibattito igienico e sanitario che avrebbe portato ad una maggiore attenzione alle masse popolari da parte dello Stato, soprattutto riguardo ai flagelli sociali ed alla necessità di ridurre il rischio:

il tema dell'infezione dei poveri, col minacciare anche gli altri, si è bruscamente acuitizzato. L'assistenza e la disciplina sociale acquistano così un altro rilievo: è proteggendo la salute di alcuni, in particolare quella dei diseredati, anche obbligandoli, che un investimento nazionale potrà proteggere con maggiore

³² Ruffié, Sournia, *Le epidemie nella storia*, cit., p. 125.

³³ Da notare ciò che ha sostenuto Ariès riguardo al comportamento dei medici innanzi alla morte del malato: sembrava inopportuno che essi constatassero il decesso, compito che invece i parenti del defunto assegnavano generalmente ad individui privi di ogni tipo di conoscenza di fisiologia umana. Si veda a tal proposito P. Ariès, *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1980 (ed. or. 1977), p. 469.

efficacia la salute di tutti. Lo stato industriale si dà dei doveri, mescola insieme soccorsi, protezioni e controllo autoritario. Si sta costruendo una igiene pubblica³⁴.

In Francia lo Stato si fece quindi garante dell'organizzazione e del controllo dell'igiene pubblica. Ad esempio a Parigi, pur coi limiti di un intervento spesso autoritario, esso si adoperò per realizzare opere di ammodernamento di quartieri vecchi ed insalubri, la demolizione di altri ritenuti ormai inadeguati, un miglioramento delle condutture di acque e rifiuti. D'altro canto lo Stato intervenne anche nel campo dell'educazione delle classi popolari attraverso l'istruzione scolastica, conferenze ed apposite società predisposte alla cura di sé stessi³⁵. Emerse anche la nuova figura dell'ingegnere, che avrebbe assunto importanza successivamente nelle opere di intervento attuate pure negli altri stati nazionali colpiti dalla malattia, e che sempre più si sarebbe affiancata al medico: come tecnico responsabile esso sarebbe stato l'artefice della razionalizzazione dei quartieri cittadini attraverso la realizzazione di efficaci impianti sotterranei di canalizzazione dei liquami e delle acque³⁶. Il progetto statale comunque si definì lentamente, superando tentennamenti e resistenze.

II.3. *L'epidemia del 1835-37 negli stati regionali italiani*

Come accadde in Francia, anche in Italia nei periodi immediatamente precedenti all'arrivo del colera in pochi credevano nel rischio di un contagio. A volte erano addirittura i medici, anche di prestigio, a sostenere l'impossibilità della diffusione di un'epidemia, affidandosi a teorie spesso strampalate e prive di qualsiasi verità sperimentale. Alcuni esperti sostenevano l'impossibilità della diffusione di un flagello in un luogo tanto diverso, per caratteristiche climatiche ed ambientali, da quello originario delle Indie orientali; altri esprimevano nei loro opuscoli, di cui alcuni ebbero un buon successo di pubblico, la convinzione che l'epidemia, anche se fosse divampata, non avrebbe mai potuto provocare una mortalità paragonabile a quella del resto d'Europa, data la dimostrata abilità dei medici italiani e le ben conosciute caratteristiche ambientali della penisola³⁷.

³⁴ Vigarello, *Il sano e il malato*, cit., p. 215.

³⁵ *Ibidem*, pp. 236-250.

³⁶ Id., *Lo sporco e il pulito*, cit., pp. 208-211.

³⁷ Tognotti, *Il morbo asiatico*, cit., pp. 27-29.

Tuttavia Stati come il Regno di Sardegna e quello di Sicilia si attrezzarono per premunirsi. Furono istituite quarantene e cordoni sanitari marittimi e terrestri, aumentarono i controlli e le precauzioni per ogni tipo di merce proveniente dai paesi colpiti, ed inoltre vennero predisposte pene assai severe per chiunque avesse violato le disposizioni stabilite dai magistrati di sanità addetti alla tutela della salute³⁸. Costoro erano generalmente funzionari pubblici, medici, esponenti del clero e cittadini delle classi privilegiate: essi avevano un potere piuttosto ampio, che, oltre al rispetto delle disposizioni emanate, comprendeva il controllo sulla pulizia delle strade, delle esalazioni nocive e dei mercati di alimenti ritenuti pericolosi come frutta, verdure e pesce.

Nei territori italiani la paura per il colera provocò certamente delle misure restrittive che limitarono fortemente i diritti individuali e civili dei sudditi, ma questo non fu sufficiente per far sì che le norme stabilite venissero rispettate. Spesso era incoscienza e scarsa consapevolezza del rischio, ma in molti altri casi gli interessi in gioco erano troppo alti, a causa di motivazioni economiche che costringevano molte categorie di persone, come piccoli proprietari terrieri o commercianti, a rischiare l'arresto per raggiungere i luoghi delle fiere e dei mercati dove avrebbero trovato l'opportunità di vendere i loro prodotti, frutto nella maggior parte dei casi di un'economia principalmente di sussistenza. Come ha affermato Tognotti, «la violazione dei cordoni sanitari (e marittimi) non era dovuta solo all'incoscienza o a colpevoli interessi. I cordoni rappresentavano una rovina per una moltitudine di piccole economie familiari»³⁹.

Il territorio italiano, frammentato in numerosi stati e composto da una miriade di organi amministrativi ed apparati pubblici, contribuì al mancato funzionamento delle misure preventive. Mancò anche, da parte delle autorità, la ferma volontà di vietare le misure più dannose per l'economia; c'era inoltre una forte preoccupazione per le reazioni che esse avrebbero potuto provocare sulla massa della popolazione. Ritardi, mancata coesione e malfunzionamento degli organismi preposti sfociarono in uno scarso rispetto dei regolamenti ed in molti casi i cordoni istituiti venivano poco dopo soppressi, in base a decisioni spesso dettate dalle sensazioni del momento o

³⁸ *Ibidem*, pp. 45-47.

³⁹ *Ibid.*, p. 50.

da pressioni esterne⁴⁰. Le iniziative furono molteplici e benché i principi guida fossero generalmente i medesimi, esse variavano non solo da stato a stato ma anche da regione e regione e sovente da città e città, spesso risultando in marcata contraddizione con i dettami del governo centrale. Mancò insomma sia un vero coordinamento sia la risolutezza indispensabile perché le misure funzionassero realmente da deterrente all'arrivo dell'epidemia.

Il colera si affacciò in Italia per la prima volta nel luglio del 1835 dopo aver già mietuto vittime un po' in tutta Europa (dopo la Francia, anche Portogallo e Spagna erano state invase), probabilmente portato per via di mare da un gruppo di contrabbandieri provenienti dai territori d'oltralpe, entrati nel Regno di Sardegna dopo aver infranto il cordone sanitario. A nulla valse l'attuazione di ulteriori cordoni sanitari da parte del Governo piemontese, che comunque, come avvenuto in Francia, temporeggiò alcuni giorni prima di ammettere la presenza del contagio. Anche gli altri stati nazionali istituirono misure di quarantena, oltre ai cordoni marittimi e terrestri, fatta eccezione per il Lombardo Veneto⁴¹.

Come anche altrove, nell'Italia preunitaria si aprì un lungo dibattito che vide coinvolti uomini di scienza, politici ed intellettuali "contagionisti" ed "epidemisti". Alla discussione parteciparono numerosi medici, da famosi luminari dell'epoca quali Puccinotti e Bufalini, ai più sconosciuti professionisti di piccole città o borghi rurali, senza dimenticare chirurghi, farmacisti e flebotomi. Ognuno propose la sua opinione sul morbo, spesso allontanandosi sensibilmente dalle due posizioni prevalenti. Non essendo ancora nota all'epoca la possibilità da parte di un soggetto sano di trasmettere la malattia, e presentandosi agli occhi degli studiosi una miriade di casi diversi tra loro, si ebbe una grande confusione nella comprensione della natura e della modalità del contagio. Mentre tra i sostenitori della teoria batterica non mancavano visioni discordanti riguardo alla composizione del germe, per altri ad essere vincolante era la predisposizione naturale del soggetto, dettata a loro avviso da uno stile di vita poco moderato e dagli eccessi nel bere e nel mangiare; altri ancora mettevano in evidenza il ruolo svolto dai venti e dall'aria, fino a coloro i quali vedevano nell'influenza dei

⁴⁰ *Ibid.*, p. 47.

⁴¹ *Ibid.*, p. 55.

terremoti e di alcune congiunzioni astrali la vera causa della malattia⁴². Infatti, proprio durante i due anni di invasione colerica (1835-37), si assistette ad una serie di fenomeni che incisero fortemente sull'immaginario, non solo della gente comune, ma evidentemente anche delle classi più elevate. Nello spazio di due anni, l'Italia fu attraversata dall'apparizione della cometa di Halley, il Vesuvio fu più volte sul punto di eruttare, Cosenza fu vittima di un disastroso terremoto, così come Napoli ed Ancona, mentre in Toscana si registrarono gravi inondazioni. Episodi forse esagerati dai narratori dell'epoca ma che furono visti da una popolazione fortemente impressionabile come inequivocabili segnali di disgrazia imminente e come veicolo di lutto.

Il colera agì in maniera estremamente variabile non solo tra città e città ma anche tra quartieri e all'interno delle medesime famiglie, anche nell'ambito dello stesso territorio. Emersero comunque ancora una volta, già agli osservatori del tempo, le difformità causate dalle diverse condizioni igieniche e sociali di alcuni luoghi rispetto ad altri: una prova ne furono i molti casi registrati tra gli abitanti delle zone urbane e suburbane, confrontati ai meno numerosi dei quartieri benestanti del centro città o delle campagne.

Furono evidenziate l'inadeguatezza delle forme di difesa igienica pubblica degli stati italiani e le carenze nei sistemi di approvvigionamento idrico e di fognatura delle città, anche le più grandi e popolose. La gran parte dei comuni italiani non disponeva di un adeguato sistema di fornitura di acqua potabile: era forse ancora più grave la condizione di quei pochi comuni che ne potevano usufruire, poiché l'alto rischio di infiltrazioni rischiava di fare bere acqua completamente invasa dal bacillo⁴³. Alla carenza di acqua la gente rispondeva organizzandosi come meglio poteva: si usavano cisterne di acqua piovana o l'acqua degli acquedotti, che passava però attraverso tubature inadeguate se non completamente assenti, peggiorando la situazione⁴⁴.

Oltre alla cronica scarsità di acqua mancava un nutrimento sufficiente al mantenimento di buone condizioni fisiche, le case erano spesso in condizioni di grave insalubrità, favorendo il diffondersi di altre numerose

⁴² *Ibid.*, pp. 32-37.

⁴³ *Ibid.*, p. 64

⁴⁴ *Ibid.*, p. 65.

malattie epidemiche come tifo, vaiolo e febbre terzana, che infatti mieterono vittime durante tutto il secolo⁴⁵.

Grave era anche il problema dei pozzi neri per lo smaltimento dei rifiuti. I sistemi di raccolta erano imperfetti, spesso realizzati con materiali che non garantivano l'impermeabilità, e gli svuotamenti avvenivano sovente in ritardo, lasciando così interi quartieri della città abbandonati alla sporcizia ed ai cattivi odori: di conseguenza intere zone erano occupate da sostanze di rifiuto che la gente buttava tranquillamente in strada senza la minima cura⁴⁶.

Generalizzando, si potrebbe dire che fossero piuttosto scarse anche le attenzioni riservate alla pulizia personale. Come ha fatto notare Georges Vigarello, la pratica del bagno in casa non aveva ancora preso piede, l'uso del sapone era in gran parte sconosciuto, ma era soprattutto l'acqua a creare le maggiori preoccupazioni. Talora si credeva che un utilizzo troppo frequente potesse pregiudicare la salute causando dolori fisici, ma più di tutto si temeva lo stimolo erotico che la solitudine nella vasca da bagno, per i pochi che potevano permettersela, avrebbe potuto comportare: un esempio di come le forti influenze di religione e tradizioni consolidate potessero agire sulla cura individuale del proprio corpo⁴⁷. A ciò si aggiungeva l'abitudine di molti di convivere con animali come polli, maiali e galline, specialmente in campagna, sebbene non vada dimenticato che il colera fu senz'altro una malattia prevalente nei centri urbani e non nei borghi rurali.

Favorevole allo sviluppo della malattia era anche la sepoltura dei morti, vista la consuetudine di seppellire i cadaveri in chiesa o nei conventi, o l'abitudine di inumare a poca profondità, aumentando il rischio di infiltrazioni dannose delle acque⁴⁸.

Condizioni così precarie, pur comuni a moltissimi centri non solo italiani, favorirono senz'altro la diffusione del colera. Furono quindi sovente le classi più disagiate a contribuire alla diffusione del contagio, non solo gli operai delle industrie delle grandi città, ma ancora di più i vagabondi, gli accattoni e i mendicanti. «Lo sapevano tutti, ne eran piene le cronache: il colera

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 61-62.

⁴⁶ *Ibid.*, pp. 67-68.

⁴⁷ Vigarello, *Lo sporco e il pulito*, cit., pp. 193-203.

⁴⁸ Tognotti, *Il morbo asiatico*, cit., p. 68.

attaccava prima la città dei poveri, ma poi ne oltrepassava i confini e attaccava la città dei ricchi»⁴⁹.

Il colera creò un forte conflitto sociale: si sospettava degli stranieri, degli sconosciuti, degli emarginati, ma anche dei possidenti, spesso accusati dalle masse urbane di volere estirpare le classi popolari troppo numerose:

i ricchi sospettavano dei poveri, possibili veicoli dell'epidemia, e i poveri dei ricchi, che andavano accumulando provviste e derrate alimentari, alimentando il dubbio che lo facessero perché - al corrente di trame oscure a danno dei miserabili - volevano mettersi al sicuro⁵⁰.

La sensazione di un complotto voluto dalle classi privilegiate invase la popolazione fin dal primo momento. Ad essere accusati furono non solo borghesi o aristocratici, ma anche funzionari e amministratori. Non mancarono personalità ambigue che sfruttarono il malcontento popolare per realizzare rivolte di classe e rovesci istituzionali. Specialmente al sud esplosero violente reazioni e la folla inferocita si abbandonò a gesti di estrema violenza, scatenati spesso da pretesti di scarso significato. A Francavilla Fontana, in Puglia, furono i contadini armati di falci a scatenare il subbuglio invadendo la chiesa e bruciando il carrettone dei morti, dopo la decisione di seppellire alcuni cadaveri al camposanto, ed altri, i nobili, in chiesa⁵¹. Gravi episodi di sangue si verificarono anche in Sicilia dove le insurrezioni assunsero un forte carattere secessionista nei confronti della capitale Napoli. A guidare una delle rivolte più sanguinose fu Michele Santelmo, agitatore vicino alle posizioni carbonare, il quale spinse i contadini alla ribellione spargendo la voce dell'avvelenamento di alcune fontane pubbliche da parte del Governo⁵². Verdure, frutta, acqua, caffè, carni, polveri, figuravano regolarmente tra le sostanze potenzialmente inquinabili con veleni vari. La sindrome dell'avvelenamento era molto diffusa presso i più poveri un po' ovunque ma a volte furono anche uomini colti, generalmente di tendenza liberale, a tentare di sfruttarla per i propri interessi politici di natura antigovernativa. Un caso piuttosto famoso è quello della rivolta di Siracusa del 1837, quando un gruppo di liberali diffuse presso la

⁴⁹ Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento*, cit., p. 446.

⁵⁰ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 134.

⁵¹ Preto, *Epidemia, paura e politica*, cit., p. 132.

⁵² *Ibidem*, p. 134.

povera gente la voce del “colera veleno”, aizzandola alla ribellione: il popolino vide in alcune casualità - un certo generale Tanzi che faceva assaggiare il cibo ai suoi cani, un sacerdote che portava vino per la messa non fidandosi di quello che gli veniva servito in chiesa - la prova della veridicità delle illazioni sparse in giro additando a capro espiatorio un venditore francese in quel momento in città. Lo straniero venne accusato della morte di un gruppo di persone, fu inseguito ed infine ucciso barbaramente mentre scoppiava la rivolta popolare contro i funzionari del Governo, accusati di volere lo sterminio delle plebi siracusane. L'insurrezione si concluse con un massacro, uno dei tanti che affolla le cronache del colera: punizioni esemplari, arresti, torture e rappresaglie furono all'ordine del giorno, vennero anche comminate diverse condanne alla pena di morte, e pure la collettività risultò penalizzata dalla decisione di trasferire la capitale da Siracusa a Noto⁵³. Fatti come quelli di Siracusa si verificarono anche a Catania ed in tante altre piccole città, ma l'ossessione del “colera veleno” prese piede pure in Calabria, Puglia, Basilicata ed Abruzzo; a confermare che non si trattò di un fenomeno prettamente presente al sud, anche al nord si registrarono episodi simili, che i liberali tesero in questo caso a far ricadere sull'invasore austriaco⁵⁴.

A volte furono invece i reazionari ad utilizzare la malattia con fini strumentali, come nel caso della conservatrice *Voce della verità*, giornale che senza mezza termini la indicò come necessario strumento della Provvidenza divina, giunta a punire i turbamenti liberali che stavano invadendo il territorio nazionale⁵⁵. L'ossessione del “colera veleno” fu talmente forte e suggestiva che anche un fisico di fama come Domenico Scinà, una volta assalito dal male, non esitò a gridare alla congiura governativa⁵⁶. Nell'insurrezione di Montesano, nel Salento, la rabbia contadina contro i galantuomini del paese non tradì invece la fiducia nel Re, ed anzi i congiurati mostrarono la bandiera rossa della casata borbonica, a conferma del carattere realista della protesta⁵⁷.

⁵³ *Ibid.*, pp. 145-154.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 124.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., pp. 137-138.

⁵⁷ Preto, *Epidemia, paura e politica*, cit., p. 136.

In preda allo spavento era frequente che le voci si susseguissero incontrollate, dando luogo a fantasie che se non fosse per la gravità degli eventi darebbero adito a reazioni comiche. A Palermo si crebbe addirittura che Ferdinando II si muovesse mascherato da monaco aizzando gli avvelenatori contro la plebe⁵⁸. Come ha sostenuto Tognotti, «in alcuni casi ci si trova di fronte a veri e propri processi alle streghe, in un parossismo di accuse e auto accuse, ritrattazioni e confessioni assurde che rende difficile persino la ricostruzione dei fatti»⁵⁹.

All'odio di classe e personale, ed alle strumentalizzazioni politiche, si associarono spesso, durante l'epidemia di colera del 1835-37, diatribe tra comuni limitrofi separati da rivalità campanilistiche ed economiche. Un esempio è dato dalla disputa che vide coinvolti i comuni pontifici di Senigallia ed Ancona: nel 1836, la sospensione, decisa per evitare l'allargarsi del contagio, della fiera senigalliese, la più importante dell'intera costa adriatica, gettò nel più profondo sconcerto la popolazione della cittadina, la quale, non ritenendo necessaria una decisione così estrema, accusò esplicitamente Ancona di gelosia per la propria leadership commerciale. Già in passato le due città erano entrate in polemica su questo ambito, dove «le epidemie diventavano strumento di politica economica e mezzo di guerra commerciale» e tra le armi di lotta preferite vi era stata proprio quella di sovradimensionare le pestilenze della città limitrofa.⁶⁰

A finire frequentemente nell'occhio del ciclone fu spesso anche la classe medica. L'odio, la diffidenza, la scarsa stima nei confronti degli uomini di medicina sono caratteristiche ben presenti nelle cronache del colera italiano del 1835-37 ma si sarebbero riproposte anche in futuro. Non solo sospetto per una classe borghese e lontana per linguaggio e portamento dalla massa della popolazione, ma anche forte scetticismo e circospezione nei

⁵⁸ *Ibidem*, p. 141.

⁵⁹ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 136.

⁶⁰ N. Ricci, *Epidemie e rivalità cittadine: Ancona e Senigallia nel colera del 1836*, in «Proposte e Ricerche», n. 28, 1992, pp. 203-219. Il comportamento ambiguo del Governo pontificio, che dopo avere proibito la fiera a Senigallia permise il regolare svolgimento della stessa ad Ancona, scatenò le proteste della prima, che inviò il cardinale vescovo Testaferrata a Roma, invocando inutilmente la revoca della decisione, ritenuta profondamente dannosa dal punto di vista economico. Ancona però pagò la scelta dell'amministrazione centrale con un ampio numero di morti. Ancora una volta, gli interessi economici particolaristici ebbero così il sopravvento sulla difesa della salute all'interno di uno stato.

confronti della scienza medica, ritenuta incapace di curare se non dannosa in alcuni casi.

A creare ed aggravare un tale atteggiamento contribuirono i numerosi problemi che la classe medica italiana dovette affrontare nella prima metà dell'Ottocento. Non fu solo la lunga diatriba tra “epidemisti” e “contagionisti” a fare apparire la categoria completamente disorientata dinanzi al morbo. Maria Luisa Betri ha parlato di grande crisi della medicina italiana nell'analizzare la reazione degli uomini di scienza dinanzi alla comparsa di nuove malattie, come il colera, nei primi decenni del XIX secolo⁶¹. I medici erano divisi sul piano concettuale ed anche il loro ruolo veniva sovente messo in discussione, non solo dalle classi infime. La classe medica sembrava legata ad una medicina che non aveva ancora sposato il metodo sperimentale come propria guida e non era raro che alcuni si allontanassero dalle pratiche ufficiali usando metodi curativi primitivi e vicini a forme di cura popolare.

Ciò è particolarmente evidente anche nei metodi di guarigione che i dottori consigliavano per sconfiggere il colera. Coloro che seguivano le teorie del medico inglese Brown, ribattezzati quindi “brownisti”, utilizzavano, considerata la natura astenica, a loro modo di vedere, della malattia, rimedi di natura eccitante come ad esempio whisky e vino; i “rasoriani” invece, legati alle posizioni del medico italiano Giovanni Rasori, il quale riteneva il colera di natura stenica, si affidavano a rimedi debilitanti come salassi, sanguisughe, radice di ipecacuana, stille di acido solforico, calomelano e antiflogistici vari. Ma svariati, e spesso profondamente diversi tra loro, erano i metodi di cura, accomunati però dalla scarsa efficacia. Ad esempio il toscano Betti prescriveva eccitanti nel primo momento della malattia e antiflogistici successivamente; invece nel Lombardo Veneto alcuni medici utilizzavano ipecacuana, tamarindo e magnesia ma per i casi più gravi venivano ordinate anche acque aromatiche ed acetati di morfina⁶².

Anche nei consigli alimentari, tra i tanti che sconsigliavano vivamente la frutta, non vi era, ad esempio, l'abate Giuseppe Piolanti, che invece, a fianco delle usuali minestre, zuppe e lessi, la raccomandava ardentemente «a

⁶¹ M. L. Betri, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1859)*, in *Storia d'Italia*, cit., pp. 207-232.

⁶² Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 103.

dispetto di chi non vorrebbe essendo questi cibi leggeri, omogenei, di buona nutrizione, blandamente lubrificanti, umettanti, rinfrescanti, dolcificanti, atti insomma ad impedire le concrezioni, e gli imbarazzi, od a toglierli se vi fossero»⁶³. Lo stesso Piolanti forniva la ricetta di uno dei tanti metodi curativi che egli stimava:

prendi tartaro ermetico grani cinque. Scioglilo in un buon mezzo bicchiere d'acqua comune, poi trangugiane una cucchiata di quarto in quarto d'ora fino che avrai ottenuto un abbondante vomito, che aiuterai con larghe bevute d'acqua calda, e così proseguirai sino alla comparsa delle flemme gialle⁶⁴.

Ancora più curiosa la ricetta «dell'aceto antipestifero», così detta «dai ladri di Marsiglia», un preparato piuttosto complesso consigliato dall'abate come precauzione:

prendi cime fresche di ruta, di assenzio, di rosmarino, di salvia, un'oncia e mezzo per ciascheduna; poi garofani, cannella, calamo aromatico, due dramme per ciascheduno, aceto comune fortissimo lib. sei, cioè un boccale. Tritate le sostanze fresche, e soppeste le secche, mettile in digestione col detto aceto in matraccio di vetro ben turato per otto giorni, decanta, e spremi il residuo, ed al liquore filtrato aggiungi un'oncia di canfora sciolta in alcol, ossia spirito di vino. Puoi aggiungervi volendo due dramme di aglio.

Con questo bisogna bagnarsi i polsi, e le narici due o tre volte al giorno, risciacquarsi la bocca, ed immergervi la punta di un fazzoletto per fiutarlo spesso, e comodamente.

Per uso interno poi, la dose è dalle due, alle quattro dramme, allungato con acqua⁶⁵.

Fra tanta abbondanza di rimedi erano all'ordine del giorno diatribe tra colleghi che prescrivevano metodi preservativi diversi e non erano insolite decise polemiche pubbliche per difendere le proprie forme di cura da quelle rivali. Se ciò sconcertava e rendeva scettiche le classi più elevate, alimentava nello stesso tempo una forte antipatia delle classi inferiori nei confronti di questi uomini. Era più frequente che esse si affidassero a ciarlatani e guaritori popolari, nonostante, come già detto, specialmente durante la prima epidemia di colera, sul suolo italico i confini tra le due pratiche non fossero così ampi:

come il ciarlatano e il praticone mutavano talora dal medico modi espressivi e atteggiamenti, così il medico in taluni frangenti si lasciava sedurre dallo sfoggio di

⁶³ G. Piolanti, *Il medico di sé stesso pel cholera morbus asiatico*, Roma, tipografia Giunchi e Menicanti, 1836, p. 1.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 2.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 3.

sicurezza degli avversari, che imitava nell'intento di fare breccia nella barriera di ostilità oppostagli dai pazienti⁶⁶.

I ciarlatani, grazie ai loro modi semplici ed a cure che la gente sentiva più vicine alle proprie tradizioni (erbe naturali, foglie, radici) godevano di una familiarità coi pazienti solitamente sconosciuta ai medici di professione, e sfruttavano anche la maggiore vicinanza col malato. In molti casi infatti per il medico era difficile presentarsi al capezzale dei propri pazienti, in particolar modo di coloro che abitavano in campagna, ma la scarsa organizzazione sanitaria emergeva anche dalla mancanza, in molte città, di medici condotti, tanto che in molteplici casi, durante l'epidemia, dovettero essere stipendiati appositamente chirurghi e dottori provenienti da altri centri⁶⁷.

La diffidenza delle classi popolari nei confronti della medicina ufficiale, oltre ad emergere nel rapporto coi medici condotti e coi loro metodi di cura, si estese anche al ricovero in ospedale. Generalmente uomini e donne sceglievano di morire nella propria casa, in mezzo ai propri cari, piuttosto che accettare la cura negli ospedali pubblici, i quali erano effettivamente luoghi scarsamente accoglienti e molto tetri, dove gli ammalati venivano più parcheggiati ed abbandonati che realmente recuperati alla vita. La diffusa sensazione che anche medici, infermieri e persino religiosi partecipassero al complotto avvelenatore causò ripetuti rifiuti di cure ospedaliere, anche nei casi di ammalati particolarmente gravi.

Se i ciarlatani rappresentarono l'ancora di salvezza "medica" agli occhi delle classi popolari del primo Ottocento, la religione rappresentò quella spirituale. Tognotti si è spinta addirittura ad azzardare che, nell'immaginario della gente, il *cholera morbus* del 1835-37 fosse stato visto come una punizione divina per i peccati dell'uomo in terra, fornendo quindi un'occasione di riscatto all'istituzione ecclesiastica, che dopo essere entrata in crisi nel secolo precedente a causa dell'ascesa della filosofia illuminista, riacquistò così una buona parte della sua influenza sulla società: essa "obbligò" in tal modo lo stesso potere statale ad instaurare un dialogo con le alte sfere cattoliche per utilizzarle come mediatrici nell'opera di istruzione delle masse, volta a migliorare la cura dell'igiene personale⁶⁸. Durante il

⁶⁶ Betri, *Il medico e il paziente*, cit., p. 222.

⁶⁷ Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento*, cit., p. 443.

⁶⁸ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., pp. 120-121.

contagio colerico del 1835-37 alle cure scientifiche si preferivano piuttosto le processioni religiose e le preghiere, anche collettive, che però si rivelavano nella maggior parte dei casi un nuovo focolaio di infezione, apportando un ulteriore accrescimento del numero degli infermi, come accadde per i tridui di Livorno del 1835⁶⁹.

Dopo avere imperversato per due anni dalla Lombardia alla Sicilia, risparmiando soltanto la Sardegna e agendo nella maggior parte dei casi per un arco di tempo di tre-quattro mesi, il colera lentamente si arrestò, lasciando gli stati italiani sul finire del 1837.

I dati dei morti complessivi nelle singole regioni evidenziano la forte incidenza della Sicilia nel totale dei decessi, con una percentuale che supera il 3% del totale della sua popolazione dell'epoca⁷⁰. In Sicilia le misure protettive contro il colera furono ancora più dure che negli altri stati regionali, prevedendo - oltre al severo controllo di soggetti pericolosi quali prostitute, vagabondi e mendicanti e al canonico isolamento di persone sospette o già contagiate in lazzaretti e luoghi distaccati - anche l'uso della legge marziale per coloro che falsificavano i bollettini sanitari necessari per l'ingresso in città, ma pure per i violatori di cordoni e contumacie⁷¹: tuttavia essa subì più di altre regioni le pessime condizioni igieniche-sanitarie della propria popolazione, ma anche la cattiva amministrazione e la corruzione dei suoi amministratori. Anche nella capitale Palermo furono numerosi i casi di falsificazione di certificati, visti e bollettini, nonché le fughe e la negligenza di medici e magistrati di sanità⁷².

Il colera del 1835-37 produsse una crisi economica specialmente nelle località centro dei maggiori traffici commerciali, come Livorno, Napoli e Messina, che furono tra le più colpite dal morbo. L'economia di scambio che da pochi anni aveva iniziato a sostituire quella protezionistica del passato, avvicinando i nostri stati regionali a paesi come Francia e Inghilterra, fu penalizzata dai provvedimenti sanitari attuati poiché questi impedirono le

⁶⁹ Si veda, in Appendice, la Tabella I.

⁷⁰ Si vedano, in Appendice, le Tabelle II-III-IV-V-VI-VII per un quadro statistico complessivo del colera del 1835-37 nell'Italia preunitaria.

⁷¹ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 81.

⁷² *Ibidem*, pp. 92-93.

operazioni di compravendita, provocando di conseguenza una netta diminuzione del commercio d'esportazione⁷³.

⁷³ *Ibid.*, pp. 157-166.

III. Il colera “italiano” del 1865-67

III.1. *La grave epidemia di Ancona*

III.1.1. LA SITUAZIONE POLITICA DELLA CITTÀ DOPO L'UNITÀ

Dopo aver a lungo fatto parte dello Stato Pontificio, le Marche ed Ancona entrarono a seguito dei plebisciti del 4 e 5 novembre 1860 a fare parte dell'Italia unita. Il trapasso al nuovo corso fu sostanzialmente indolore visto che i principali notabili, uomini appartenenti all'alta borghesia ed all'aristocrazia legati alle vecchie amministrazioni clericali, rimasero nella maggior parte dei casi in carica. Si trattava di un gruppo di persone vicine ai valori del passato, spesso di ideologia non meno conservatrice dei governi precedenti, ma dalla personalità ambigua e compromessa: tali attitudini permisero loro di avvantaggiarsi delle lotte di partito, potendo giocare in quel momento anche la carta di un passato da gloriosi protagonisti delle guerre risorgimentali, a cui molti di loro avevano partecipato più per interesse e opportunismo che per una reale condivisione delle stesse⁷⁴. Mentre gli elementi più estremisti, come mazziniani e radicali, entrarono a far parte dell'opposizione, coloro che occuparono le cariche pubbliche furono nella stragrande maggioranza dei casi uomini fedeli alla monarchia. Uno di questi fu Michele Fazioli, già gonfaloniere della città ed eletto sindaco durante le prime elezioni “italiane” svoltesi nel gennaio del 1861.

L'annessione apportò notevoli benefici ad una delle minoranze religiose più numerose della città, quella israelita, che ad Ancona nel 1860 contava circa 1600 persone: abolita ogni discriminazione nei loro confronti e permessa la libertà di inserimento nei gangli della vita cittadina, gli israeliti si affiancarono alle vecchie famiglie di notabili nei posti cardine dell'amministrazione, ottenendo altresì successi sempre più rilevanti nelle attività commerciali⁷⁵.

Prima di godere di un regime di amministrazione autonomo Ancona venne governata per alcuni mesi dal commissario regio Lorenzo Valerio, che si stabilì in città per impartire a tutta la regione le norme volte al mantenimento dell'ordine, alla realizzazione delle prime riforme, alla

⁷⁴ M. Ciani, E. Sori, *Ancona contemporanea: 1860-1940*, Ancona, Clua, 1992, pp. 20-21.

⁷⁵ M. Natalucci, *Dal periodo napoleonico ai nostri giorni*, in M. Natalucci, *Ancona attraverso i secoli*, vol. III, Città di Castello, Unione arti grafiche, pp. 310-311.

riorganizzazione degli apparati burocratici⁷⁶. Ancona, città capoluogo, rimase così il centro guida delle Marche anche una volta entrata a far parte del neonato Regno d'Italia. Il compito del commissario nominato dal Governo centrale piemontese fu essenzialmente quello di riadattare alla nuova situazione l'assetto di poteri preesistente, eliminando dalle cariche solo coloro che erano troppo compromessi con il vecchio sistema. Furono introdotti lo Statuto albertino ed il Codice sardo, mentre vennero aboliti i tribunali speciali ed i privilegi ecclesiastici secolari come le decime, residuo dello Stato Pontificio; ma si presero anche importanti misure economiche quali la soppressione della lega doganale con il resto d'Italia e la fissazione nello stesso tempo delle tariffe doganali con gli Stati esteri. L'amministrazione della provincia fu affidata ai prefetti ma numerosi campi dell'amministrazione vennero mantenuti dalle Deputazioni, i cui componenti furono nominati tramite elezione popolare e non più verticalmente. Valerio evitò l'introduzione di nuove tasse ma nello stesso tempo non eliminò quelle preesistenti, come quella sul macinato, che più di altre gravava sul bilancio familiare delle classi disagiate. Come accadde nelle altre regioni annesse, furono soppressi gli ordini religiosi, tra cui anche quello dei Gesuiti, e venne lasciata in mano al clero solo l'assistenza sociale, mentre divenne prerogativa dello Stato la responsabilità dell'istruzione; chiese e conventi furono inoltre espropriati a vantaggio dei Comuni⁷⁷. Ad Ancona, come nel resto d'Italia, i cattolici reagirono prendendo le distanze dal nuovo Stato, partecipando in minima parte alla vita politica della città od appoggiando comunque solamente gli elementi più conservatori, eredi delle posizioni del passato. La reazione intransigente comportò il rifiuto, in genere, di qualsiasi tipo di novità e la rinuncia alla collaborazione con uno Stato che essi accusavano di ateismo. Solo una minima parte degli uomini di chiesa appoggiò esplicitamente il nuovo ordine, pagando in alcuni casi tale decisione con la sospensione dall'incarico⁷⁸.

Il territorio dell'intera provincia comprendeva 1557,38 kmq⁷⁹, confinando a ovest con la catena appenninica e ad est con il mare Adriatico,

⁷⁶ *Ibidem*, p. 221.

⁷⁷ *Ibid.*, pp. 224-230.

⁷⁸ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 27.

⁷⁹ Natalucci, *Dal periodo napoleonico*, cit., p. 307.

mentre a nord e sud era delimitato rispettivamente dai fiumi Cesano e Musone. Il fiume Esino spaccava in due la superficie provinciale, la cui popolazione al momento dell'annessione era di 176.490 abitanti⁸⁰, mentre il Comune di Ancona ne contava 49.375⁸¹. La sola superficie del Comune anconetano, considerando anche le zone suburbane e le frazioni circostanti - Candia, Montacuto e Torrette - ammontava a 107,47 kmq⁸². L'organizzazione di un nuovo regime civile, giuridico ed amministrativo, fu tuttavia un processo lento, specialmente nelle zone di periferia e nelle campagne, dove la gente che poco aveva partecipato ai moti per l'unità nazionale si dimostrò altrettanto poco interessata al nuovo Stato, disertando le scadenze elettorali, rifiutando di svolgere il servizio militare e di pagare le imposte⁸³.

Il lavoro del commissario Valerio comportò nel capoluogo alcuni cambiamenti dal punto di vista sociale ed economico: la decisione di mettere in vendita i beni ecclesiastici in aste pubbliche creò un'ampia schiera di nuovi proprietari (tra cui emersero gli israeliti), provenienti dalla nobiltà e dalla borghesia in ascesa. Furono numerose le operazioni a carattere prettamente speculativo, tanto che nella maggior parte dei casi ciò che si acquistava veniva immediatamente rivenduto⁸⁴. Nonostante l'indubbio danno economico che la Chiesa subì da tali espropri, anche gli interessi finanziari del clero non furono sostanzialmente messi in discussione. Le organizzazioni di carità ed assistenziali su cui aveva esercitato precedentemente un monopolio rimasero in suo possesso, approfittando anche dei molteplici particolarismi che frazionavano la classe liberale salita al potere, divisa da lotte intestine e correnti interne. Questa non appariva unita in un complesso coerente ma si divideva in almeno tre gruppi: il primo, di ideologia repubblicana, ispirato dalle idee mazziniane e radicali, maggiormente vicino alle masse ma ancora escluso dal governo della città; il secondo, di forte impronta anticlericale, fedele alla casa Savoia e partecipe dei diritti dell'imprenditoria delle industrie cittadine, ma pure sostenitore di una

⁸⁰ *Ibidem*, p. 308.

⁸¹ A. Cortese, *La popolazione tra 1861 e 1981*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, p. 220.

⁸² Natalucci, *Dal periodo napoleonico*, cit., p. 309.

⁸³ *Ibidem*, p. 310.

⁸⁴ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 22.

riforma e di un miglioramento delle condizioni di vita delle classi disagiate attraverso l'istituzione di apposite società di mutuo soccorso; infine l'ultimo, anch'esso fortemente legato alla monarchia ma ancora più conservatore e compromesso con le alte sfere religiose, oltre che più vicino agli interessi dei grandi possidenti agrari⁸⁵. L'impressione generale è quella tuttavia di uomini poco propensi alla ricerca di nuovi profitti e sostanzialmente legati alle forme di ascesa economica del recente passato. Come hanno affermato Mario Ciani ed Ercole Sori :

in Comune prevaleva un ceto politico-sociale ancora estraneo, se non proprio ostile, alle ragioni della media borghesia imprenditrice. Era un atteggiamento distaccato e paternalistico, ancora intriso di una cultura aristocratica che disdegnava le attività come il commercio, considerate poco dignitose, ed ammetteva, tutt'al più, che ci si potesse sporcare le mani con speculazioni mobiliari e immobiliari⁸⁶.

I vecchi notabili legati alla Chiesa ed alla nobiltà cittadina mantennero una loro autonomia ed una loro autorità riuscendo ugualmente a far valere i propri interessi e a non disperdere la secolare capacità persuasiva sulle masse, tanto che il numero dei religiosi del centro città aumentò anziché diminuire nei primi anni dopo il 1860⁸⁷. Una vera e propria intolleranza nei confronti degli enti ecclesiastici e del vecchio patriziato cittadino non sembrò mai emergere ad Ancona:

la classe dirigente anconetana, in definitiva, non si frantumò con l'Unità; essa mantenne il suo ruolo di guida nella comunità locale e non abbandonò affatto il campo dei suoi interessi, inclusi i molti legati al passato regime⁸⁸.

Oltre al mantenimento delle posizioni di potere politico ed economico da parte di nobili ed alta borghesia e l'ascesa della comunità israelita, nella seconda metà dell'Ottocento si registrò ad Ancona una timida scalata sociale da parte di un manipolo di commercianti e piccoli imprenditori: provenienti generalmente da famiglie di umili origini, ma talvolta in grado di accumulare esigue fortune, essi divennero più ricchi di vecchie casate aristocratiche in declino, senza tuttavia riuscire a ritagliarsi, tranne rarissimi casi, un ruolo significativo nell'amministrazione locale. Questo gruppo tese comunque a

⁸⁵ G. Castagnari, *Linee e tendenze della lotta politica dall'Unità alla Repubblica*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona*, cit., p. 89.

⁸⁶ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 71.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 28.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 24.

distaccarsi progressivamente dalle classi popolari, avvicinando il proprio stile di vita a quello della borghesia al potere⁸⁹.

III.1.2. L'ECONOMIA AGRICOLA

In una società ancora troppo legata ai valori del passato anche l'economia mostrò pochi segni di progresso, mancando una decisa capacità di investimento ed un'energica immissione di capitali non solo nelle attività agricole, ancora legate alla grande proprietà terriera ed alla mezzadria, ma anche nei settori industriali e creditizi. Particolarmente grave era la situazione di crisi che coinvolgeva l'agricoltura, settore trainante dell'economia della provincia anconetana, tanto che circa la metà degli abitanti vi trovava lavoro⁹⁰. Da tempo basata sul contratto mezzadro, già con lo Stato Pontificio era entrata in crisi, pagando un sistema di conduzione tradizionalmente statico e poco foriero di novità e miglioramenti dal punto di vista qualitativo e quantitativo; inoltre, benché spesso esaltata come un equo sistema di lavoro, la mezzadria rendeva in realtà la popolazione della campagne disagiata a causa di contratti solitamente svantaggiosi per le masse contadine.

Le scarse capacità economiche influirono sulla precarietà igienica di tali ceti, e di conseguenza sulla diffusione del colera, benché questo colpisse anche ad Ancona soprattutto i rioni urbani: i lavoratori rurali abitavano in case malsane ed insalubri, spesso a contatto degli animali, in gruppi di dieci persone nonostante spazi stretti ed angusti, con finestre mal funzionanti, piene di crepe, senza mura intonacate, se non addirittura di argilla o paglia⁹¹. Case regolarmente sprovviste di servizi igienici, prive nella maggior parte dei casi di fognature⁹², con la conseguenza che le immondizie venivano sparse nelle strade, nei cortili, nei corsi d'acqua, con grave danno per la sanità di tutta la zona circostante.

⁸⁹ *Ibid.*, pp. 30-31.

⁹⁰ F. De Bosis, *Ancona e il territorio*, in G. Bevilacqua, C. Ciavarini, F. De Bosis, C. Gariboldi, M. Maroni, *Ancona descritta nella storia e nei monumenti*, Ancona, Cherubini, 1870, p. 32.

⁹¹ Sorcinelli, *Regimi alimentari*, cit., pp. 60-61.

⁹² *Ibidem*, p. 58. L'inchiesta igienica-sanitaria di Celli mostra come, ancora nel 1888, su 51 comuni della provincia di Ancona, solo 16, pari ad un misero 31%, fossero dotati di fognatura. Ancora più grave la situazione nelle province di Ascoli e Pesaro dove la percentuale scendeva rispettivamente al 17% ed al 29%.

Anche l'igiene personale era comunque trascurata, frenata da una scarsa consapevolezza della sua importanza, ma anche, secondo Paolo Sorcinelli, dal timore di abbandonarsi a gesti di autocontemplazione, specialmente nel caso dell'utilizzo dell'acqua per il bagno in alcuni istituti religiosi particolarmente rigidi: per le donne perbene sembrava non fosse necessario lavarsi, tanto che Sorcinelli ha azzardato che in quel secolo le più pulite fossero state proprio le prostitute⁹³. Era usuale vivere con la sporcizia addosso al proprio corpo: avere pidocchi e pulci era ritenuto un fatto normale e non imbarazzante⁹⁴. Una situazione che ricorda da vicino quella già segnalata da Georges Vigarello per il caso francese.

Contratti gravosi, che nel corso del secolo si sarebbero rivelati progressivamente più opprimenti a seguito dello sfruttamento di nuovi terreni, nella maggior parte dei casi compiuto lasciando ai coloni solo la quota utile per pagare gli affitti, obbligarono pure a regimi alimentari poco vari e scarsamente vitaminici, poveri di grassi e proteine. Il contadino anconetano si nutriva principalmente di polenta di granturco, minestre di legumi o di farina di grano e mais, di pane di mais, di fave, di legumi, di frutta e di erbe di campo. Raramente le popolazioni rurali mangiavano carne di maiale o di pecora, tranne nei casi di particolari festività o durante i pranzi nuziali⁹⁵. Anche il bere era poco vario: ci si doveva accontentare dell'acqua, spesso di pessima qualità, e dell'aceto, mentre il vino era nella maggior parte dei casi semiconosciuto, pur venendo saltuariamente gustato nei periodi di battitura e mietitura⁹⁶.

Anche i vestiri erano scadenti, basati solitamente su prodotti di canapa d'estate e mezzalana d'inverno⁹⁷.

Sulla gran parte dei terreni della provincia di Ancona si coltivavano cereali (grano, mais) e leguminose; il sistema di rotazione agraria era ancora quello quadriennale, che sfruttava solamente in minima parte i campi mantenendo molto bassa la produttività, mentre anche l'allevamento ed il

⁹³ Sorcinelli, *Storia sociale dell'acqua*, cit., p. 21.

⁹⁴ *Ibidem*, pp. 32-42.

⁹⁵ S. Anselmi, *L'alimentazione dei contadini marchigiani negli atti della inchiesta Jacini*, in «Proposte e Ricerche», n. 11-12, 1983-1984, pp. 45-52.

⁹⁶ *Ibidem*.

⁹⁷ F. Bonelli, *Evoluzione demografica ed ambiente economico nelle Marche e nell'Umbria dell'Ottocento*, in «Archivio economico dell'unificazione italiana», s. II, vol. XII, Torino, Ilte, 1967, p. 326.

commercio di bestiame erano principalmente rivolti ad avere animali robusti ed in buone condizioni per il lavoro agricolo nei campi⁹⁸.

Numerosi anche gli handicap tecnologici: non si era ancora imposto l'uso di seminatrici, trebbiatrici e concimi, mentre solo in alcune aziende l'aratro di ferro aveva sostituito l'aratro in legno⁹⁹.

Per Ancona, ma il discorso va allargato a tutte le Marche, si è parlato infatti di «rivoluzione agraria mancata»¹⁰⁰ nel descrivere un sistema ancora troppo legato alle vecchie abitudini e dalla produttività tra le più basse in campo nazionale. Anche una personalità in vista della città come l'ingegnere Francesco De Bosis, incaricato di fornire ragguagli sulla condizione delle industrie anconetane alla prima Esposizione nazionale agraria e industriale, pur tracciando un quadro sostanzialmente generoso dell'economia cittadina, non poté fare a meno di segnalare i difetti di un avvicendamento agrario poco produttivo e razionale. Egli pose tuttavia l'accento pure sulla dannosa mancanza di interessi congiunti tra attività agricole e regolamenti igienici, un problema che in tempo di colera fu particolarmente sentito:

l'interesse agrario infine associandosi ai principi igienici, deve portare le rappresentanze cittadine a distruggere l'inveterato sistema d'insozzare il porto di Ancona con quanto saprebbe arricchire d'inusitata fertilità le nostre campagne¹⁰¹.

III.1.3. L'INDUSTRIA, IL TERZIARIO E GLI INVESTIMENTI PUBBLICI

Non era meno sconcertante la situazione delle industrie della provincia, poche e scarsamente produttive, povere di capitali, penalizzate dalle difficoltose vie di comunicazione terrestre e dalla mancanza di un efficiente sistema creditizio. La produttività ne risentiva e non si poteva dare inizio ad un deciso decollo industriale, tale da permettere la conversione economica della provincia dal settore primario a quello secondario. Tra i settori più in evidenza si segnalavano quello manifatturiero, grazie soprattutto all'arsenale anconetano, ma la maggior parte delle attività traevano origine dal lavoro nei campi (setifici, tessitura, produzione di olio,

⁹⁸ De Bosis, *Ancona e il territorio*, cit., p. 33.

⁹⁹ R. Paci, *Nascita, sviluppo e morte della mezzadria*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona*, cit., p. 161.

¹⁰⁰ P. Sabbatucci Severini, *Le istituzioni finanziarie a Jesi e Senigallia nel «tramonto» dello Stato Pontificio*, in S. Anselmi (a cura di), *Nelle Marche centrali*, cit., p. 1222.

¹⁰¹ De Bosis, *Ancona e il territorio*, cit., p. 35.

vino, burro, tabacco e gelso)¹⁰². Rispetto alla povertà industriale del resto della provincia (e della regione), Ancona si poneva tuttavia in una posizione di vantaggio, fungendo da punto di raccordo con l'entroterra attraverso industrie volte all'importazione di semilavorati (metalli, ghisa, filati), materie prime (cuoio, legno) ed il trasporto e la commercializzazione di materiali primari quali lo zolfo: restava tuttavia in una condizione di arretratezza rispetto ad altri centri capoluogo, anche a seguito di una politica economica volta ad assecondare pure gli interessi di località minori come Senigallia, Osimo e Jesi; nondimeno influivano negativamente le annose difficoltà di comunicazione terrestre e la predominanza riservata alle attività agricole¹⁰³.

Nonostante l'arretratezza di alcuni settori ed il mancato sviluppo di altri, Ancona aveva goduto sotto lo Stato Pontificio di una certa floridezza, quantomeno rispetto alle città limitrofe, grazie alla presenza del porto, il quale aveva beneficiato per oltre cento anni del regime di franchigia. Pur essendo una misura ormai superata, ispirata a rigido protezionismo e privilegio, essa si era rivelata utile per una piccola città come Ancona: infatti, quando Pio IX decise di riconsegnare il regime alla città, dopo la sospensione stabilita nel precedente pontificato, si levarono cori entusiasti da parte dei cittadini e del Comune¹⁰⁴. L'economia cittadina, sostanzialmente fragile e troppo legata alle attività agricole, si avvantaggiò a lungo del privilegio assegnato al porto, che grazie all'assenza di scali concorrenti nel resto dello stato si segnalò come il più importante approdo sul litorale Adriatico. Lo stesso arsenale aveva subito durante il pontificato di Gregorio XVI dei lavori di ammodernamento che ne avevano ampliato l'importanza, tanto che nel 1860, al momento dell'annessione, «la marina annoverava iscritti nella capitaneria di porto 151 navigli per tonnellate 13681»¹⁰⁵.

Una volta che la città entrò a far parte del Regno d'Italia le funzioni del porto anconetano subirono però un profondo cambiamento. Si decise di fare di Ancona non più un centro primario a livello commerciale, bensì militare. La posizione nel medio Adriatico rendeva il porto anconetano un

¹⁰² F. Amatori, *Dalla protoindustria all' industrializzazione diffusa (1861-1980)*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona*, cit., p. 171.

¹⁰³ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., pp. 60-61.

¹⁰⁴ *Ibidem*, pp. 62-63.

¹⁰⁵ E. Lesti, *Le arti e le industrie in Ancona*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, p. 107.

importante punto strategico per la difesa nazionale e così si deliberò di stabilirvi la flotta italiana, dando inizio a lavori di ammodernamento ed adeguamento in base ai nuovi bisogni. La città fu invasa da militari e si inorgogli per il prestigio che le era stato assegnato, tanto che «come suole avvenire all’inizio di ogni attività politica, tutti i mali e le deficienze venivano attribuiti al passato governo»¹⁰⁶. In mezzo all’entusiasmo per il lieto evento passarono in secondo piano gli svantaggi che la città subì dal punto di vista commerciale, sotto forma di una forte contrazione dei traffici a seguito dei cambiamenti nelle finalità di gestione del porto. Anche i piani di intervento per il miglioramento dello scalo furono volti essenzialmente a valorizzarne l’utilizzo difensivo a scapito di quello economico e fu lo stesso Ministero della guerra ad ordinare la realizzazione dei lavori¹⁰⁷. L’attività navale soppiantò quella commerciale facendo dipendere sempre più da essa l’intera attività economica cittadina.

Intanto, nel volgere di pochi anni dall’unificazione nazionale, altri settori cittadini definibili come industriali, o più esattamente pre-industriali, precedentemente sviluppati, erano entrati in crisi. Nel descrivere la condizione industriale della città, Enrico Lesti, professore liceale ed illustre esponente della cultura cittadina, poneva in evidenza il declino delle filande di seta, ridottesi da tre ad una soltanto, la scomparsa della bavella e degli strusci di seta, il declino delle industrie di cuoiami, ridottesi solamente a due, il decremento degli introiti della selleria, tanto che, specie nel settore dei bagagli, si era costretti ad importare mentre prima si esportava; inoltre Lesti segnalava la riduzione della produzione dell’industria di vestiti per l’interno, di cappelli, della calzoleria, che non solo non produceva più prodotti per l’esportazione ma era anch’essa costretta ad importare, mentre quella da uomo era ancora in buone condizioni «ma assai numerosi e sparsi sono gli esercenti tale mestiere, che si fanno reciprocamente dannosa concorrenza senza che l’arte migliori, producendo ciascuno poco e non con perfezione». Le due grandi fabbriche di cera invece erano state chiuse¹⁰⁸. Anche la situazione delle industrie dunque non appariva affatto rosea, benché meno drammatica rispetto al resto delle Marche, poiché l’aumento complessivo del

¹⁰⁶ Natalucci, *Dal periodo napoleonico*, cit., p. 312.

¹⁰⁷ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., pp. 65-73.

¹⁰⁸ Lesti, *Le arti e le industrie*, cit., pp. 37-40.

numero totale delle fabbriche non era stato compensato dalle modeste dimensioni della maggior parte di esse, mentre quelle di successo furono le poche che si allargarono. Il problema principale sembrava essere comunque la decisa diminuzione del lavoro, dettata dallo scemare delle richieste (specialmente d’esportazione), con le conseguenze che lo stesso Lesti faceva notare:

questa deficienza di commissioni rende svigorita l’esistenza di tutti gli stabilimenti ed opifici; e costringe i capi d’arte a licenziare buon numero dei loro lavoratori giornalieri anche bravi ed onesti, i quali rimangono per ciò in deplorabile condizione con la loro famiglia; mentre all’operaio che da solo esercita il mestiere, non continuo, ma incerto e scarso fa il lavoro; ed egli vive stentando alla giornata ed ansioso pel domani¹⁰⁹.

Secondo il parere di Mario Ciani ed Ercole Sori, ad aumentare i problemi dell’economia locale fu pure la realizzazione della ferrovia, che anziché apportare vantaggi alla città, si rivelò a loro detta dannosa, esponendola alla concorrenza dei prodotti provenienti dalle altre regioni d’Italia, assai più competitivi, specie se lavorati nelle più avanzate zone del nord: aumentata la possibilità di interscambio con il resto del paese e privata del regime protezionistico a seguito dell’instaurazione della tariffa doganale sarda, la debole e limitata economia locale, ancora legata ad un regime economico principalmente familiare, andò presumibilmente quindi ulteriormente in difficoltà¹¹⁰.

Gli imprenditori furono penalizzati notevolmente anche dall’incredibile numero di tasse che vennero istituite dal Governo piemontese. Se inizialmente il commissario Valerio aveva mostrato oculatezza non introducendo nuovi gravosi tributi che avrebbero rischiato di far scemare l’entusiasmo nei confronti della monarchia, successivamente le imposte si moltiplicarono a dismisura. Soprattutto, il Governo italiano riuscì a porre fine all’indulgenza che in precedenza aveva caratterizzato i rapporti tra industriali e Governo pontificio: tasse sui fabbricati, sul valore locativo, sulla ricchezza mobile, più le numerose imposte comunali indirette sui consumi (vino, carni, macinato). Se colpì indubbiamente le classi produttrici, il prelievo fiscale si rivelò un danno soprattutto per le classi lavoratrici, sulle quali gravava ancora la tassa sul macinato, ma su cui si aggiungevano

¹⁰⁹ *Ibidem*.

¹¹⁰ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 73.

soprattutto una quantità di nuove imposte che ne limitavano ulteriormente le condizioni di vita e la capacità di spesa¹¹¹. Ciò ridusse inevitabilmente le rendite dell'industria, che subì un deciso calo di domanda, ma più di ogni altra cosa creò un enorme esercito di salariati in difficoltà, i cui stipendi diminuirono, tanto che agli occhi della cittadinanza «questa unità d'Italia si stava rivelando, nonostante l'entusiasmo iniziale, una vera delusione»¹¹².

Esisteva indubbiamente un problema relativo alle condizioni di vita della classe operaia. Le difficoltà economiche della città avevano comportato dei licenziamenti, ed era ancora Lesti a lamentare che «troppo si trascura la sorte dell'operaio»¹¹³, auspicando che «proporzionalmente all'accresciuta abilità» venisse più equamente stipendiato «rilevandolo così nel morale, e ponendolo in stato di migliorare gradualmente la condizione propria, e quella della sua famiglia»¹¹⁴.

D'altronde, anche a livello nazionale si faceva poco per tutelare gli interessi dei lavoratori, persino all'interno dello stesso luogo di lavoro: la medesima ideologia liberista che limitava il campo d'intervento nazionale in vari settori dell'economia influiva negativamente anche sulla discussione che riguardava l'igiene nelle industrie. Questa, a sua volta, rientrava nel tentativo statale di tutela della salute della classe operaia, volto a fornire un riparo, specialmente nelle grandi città, contro la diffusione di industrie nocive, sempre più inserite nei centri abitati a seguito delle espansioni urbanistiche che avevano coinvolto molti centri. La legge di pubblica sicurezza, erede, come molte altre, di quella del Regno di Sardegna (ed ispirata al modello liberista inglese) permetteva un'ampia libertà di costruzione per gli imprenditori, fatto salvo il diritto delle amministrazioni comunali di vietare l'edificazione o chiudere fabbriche pericolose per la salute, senza tuttavia l'obbligo del consulto di esperti sanitari. Nonostante numerose proteste, i criteri di salvaguardia della salute passavano regolarmente in secondo piano innanzi agli interessi ed alle pressioni economiche degli imprenditori (la cui cura dei propri dipendenti era regolarmente sottovalutata) con la conseguenza che

le esigenze di tutela igienico-sanitaria risultavano del tutto disattese perché le norme di polizia non offrivano alcun strumento per prevenire e controllare,

¹¹¹ *Ibidem*, p. 75.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ Lesti, *Le arti e le industrie*, cit., p. 148.

¹¹⁴ *Ibidem*.

all'interno ed all'esterno dei luoghi di lavoro, gli effetti nocivi dell'inquinamento industriale¹¹⁵,

anche perché non erano state stabilite norme precise che regolamentassero valori e soglie del rischio di insalubrità e pericolosità.

Osservando la situazione anconetana l'impressione è quella di una città dove molte categorie di persone fossero costrette ad arrangiarsi, adattandosi alle professioni più disparate, e dove fossero presenti ampi margini di disoccupazione e sottoccupazione, vista la mancanza di posti di lavoro a tempo pieno¹¹⁶. Il disagio delle classi popolari sono ben espressi dalle cifre: Mario Ciani ed Ercole Sori hanno ipotizzato che, fatta eccezione per circa 5.000 persone, la gran parte dei cittadini (tra cui anche un buon numero di nobili decaduti, ancora considerati benestanti solo per non offenderne il prestigio di casta) vivesse in condizioni disagiate, al limite spesso dell'indigenza, priva di reddito fisso, ancora analfabeta (percentuale attorno al 70%) e disinteressata al dibattito politico e civile della città¹¹⁷. Inoltre la soppressione di alcuni istituti religiosi e la diatriba nazionale che coinvolgeva Chiesa e Stato avevano aumentato il conflitto istituzionale nel settore assistenziale, dove la Chiesa, pur mantenendo sostanzialmente il controllo, aveva subito una contrazione degli investimenti, dettata dalla riduzione delle capacità finanziarie: probabilmente ciò apportò un danno ai numerosi bisognosi che dalle strutture assistenziali religiose avevano soccorso per vivere un'esistenza di minori sofferenze¹¹⁸.

Anche tra le masse cittadine le difficoltà economiche determinarono conseguenze sociali: il regime alimentare dei ceti urbani era leggermente più vario rispetto a quello degli abitanti del contado, ma certo non era adeguato alle necessità caloriche di molti lavoratori. Rispetto alle campagne era maggiormente diffuso il consumo di formaggio e del pesce, grazie alla maggiore vicinanza alla costa, ma la base dell'alimentazione era ancora imperniata sul consumo di pane di farina di grano e mais, polenta, legumi, mentre era ancora modestissimo, benché più esteso che tra i contadini, il

¹¹⁵ P. Frascani, *La disciplina delle industrie insalubri nella legislazione sanitaria italiana (1865-1910)*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, p. 717.

¹¹⁶ Si vedano, in Appendice, le Tabelle XII-XIII-XIV.

¹¹⁷ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., pp. 31-32.

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 28.

consumo di carni e grassi¹¹⁹. Discretamente diffuso l'uso del vino, il quale accompagnava regolarmente l'acqua nei pasti del proletariato urbano, ma che ad Ancona a volte era, come lamentava il medico comunale Cesare Persichetti, «un certo liquido artefatto, colorato, spesso torbido ed impuro che con impudente cinismo si osa chiamare vino»¹²⁰. Rispetto all'acqua tuttavia, il vino esercitava maggior fascino, perché era ritenuto prodigo di virtù curative: «l'acqua fa male il vino fa cantare», «il vino allunga la vita, l'acqua accorcia gli anni», «dal buon vino ne segue il buon sangue», «il vino è il latte dei vecchi», «il vino è il sangue dell'uomo» sono solo alcuni dei proverbi popolari riguardanti la bevanda: ancora nel 1884, durante un'altra epidemia di colera, il poeta dialettale pesarese Pasqualon avrebbe consigliato di non fidarsi dei medici per eliminare i microbi appena individuati da Koch, affidandosi invece alle cure di un buon vino¹²¹.

La scarsa verve economica si ripercosse anche sulla debole presenza di istituti di credito, banche centrali, società per azioni, casse di risparmio. Ancona rimase lontana dal sistema capitalista di accumulazione e circolazione di denaro fondato sull'interazione tra industria e terziario ed anche la Cassa di risparmio di Ancona, istituita sotto lo Stato Pontificio, cessò la propria attività pochi anni dopo la sua fondazione, mettendo ulteriormente in difficoltà famiglie che si trovarono private di una vitale risorsa economica. D'altronde presso le classi popolari, prive di liquidità, non poteva diffondersi la cultura del risparmio e dell'investimento bancario, ma anche presso i ceti più benestanti era raro che si rischiassero capitalizzazioni dello stesso, che più frequentemente veniva utilizzato per spese di lusso, per speculazioni volte all'acquisto di immobili (come nel caso lampante dei beni ecclesiastici) o tutt'al più per operazioni finanziarie realizzate al di fuori della città. Tuttavia la scomparsa della cassa di risparmio fu vista dai possidenti della città come un grande disonore oltre che come un ulteriore danno economico per l'economia cittadina, considerato un debito nei confronti dei

¹¹⁹ Sorcinelli, *Regimi alimentari*, cit., pp. 81-84.

¹²⁰ C. Persichetti, *Della igiene della provincia di Ancona*, Ancona, tipografia del Commercio, 1873, p. 8. Il medico si scagliò vivacemente contro le commissioni sanitarie, le quali avevano respinto le numerose proteste sulla qualità della bevanda, adducendo la presunta non nocività da parte della stessa.

¹²¹ Sorcinelli, *Storia sociale dell'acqua*, cit., p. 57.

contribuenti che ammontava a circa mezzo milione di lire¹²², ma tutto ciò non concorse nell'immediato a cambiare la situazione.

Ancona non sfruttò nemmeno la possibilità offertale dal mare, a differenza di quanto fecero altre realtà limitrofe, come Senigallia, dove le attività turistiche legate agli stabilimenti marini trainavano l'economia cittadina¹²³.

Come detto, tutte queste problematiche passarono tuttavia in secondo piano al momento dell'annessione al Regno. Ancona aveva visto riconfermato il suo ruolo guida nella regione sotto il commissariato Valerio, ma soprattutto fu la decisione di fare della città il punto cardine del sistema difensivo nazionale a rendere fiera la cittadinanza e la classe dirigente, che «si esaltò per questa improvvisa, sorprendente ventata di attenzioni e perse, forse, la cognizione delle reali potenzialità cittadine»¹²⁴. Gli amministratori liberali assecondarono ogni esigenza del Ministero della guerra e del Governo, facendo ripetute concessioni gratuite per la realizzazione di nuove caserme, ospedali militari, magazzini e l'adeguamento di altri edifici alle nuove finalità. Ancona fu travolta dal mito della “grande città” e si paragonò ai grandi centri come Firenze e Milano. Sotto l'amministrazione Fazioli si diede inizio ad importanti lavori di abbellimento di alcuni rioni insalubri, abbandonati alla sporcizia ed alle cattive esalazioni. Interi quartieri vennero sventrati, altri ne furono creati. Gli appalti si moltiplicarono ovunque, il Comune non badò a spese e sostenne praticamente da solo gli interventi necessari, concedendo ampie sovvenzioni ed agevolazioni agli appaltatori, appoggiando anche le opere più costose ed apparentemente non di prima necessità, come la costruzione di un teatro, nonostante nella città ne esistessero già ben due. A trarre il guadagno maggiore dalle demolizioni e dagli espropri furono ovviamente i possidenti, che sfruttarono l'accresciuto valore economico delle aree, mentre ad aver tutto da perdere furono ancora una volta le già svantaggiate classi urbane del centro città. Gli espropri

¹²² Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 77.

¹²³ *Ibidem*, pp. 79-81.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 42.

realizzati nel primo quinquennio del nuovo corso restrinsero ulteriormente il microcosmo economico di Ancona, prevalentemente artigianale, basato in molti casi su piccole attività svolte in casa e di scarso guadagno, ma utili per il sostentamento di un’ampia fascia di popolazione¹²⁵.

Benché le finanze comunali ne risentissero pesantemente sotto forma di un bilancio perennemente dissestato e che avrebbe provocato le maggiori difficoltà nel quinquennio successivo, non mancarono aspetti positivi apportati dall’urgenza di rinnovamento: il più importante fu la realizzazione del cimitero, un’opera determinante per adeguare la città alle nuove norme igieniche. Anche ad Ancona sussisteva ancora l’abitudine di seppellire i cadaveri all’interno delle chiese, una tradizione che già il commissario Valerio aveva proibito. Il sindaco Fazioli si pose l’obiettivo di realizzare un cimitero in un’area adeguata: fu nominata una commissione preposta composta da cinque esperti, tra cui anche i medici sanitari comunali Vincenzo Agostini e Girolamo Orsi, i quali, dopo aver individuato un terreno opportuno (e non profanabile in caso di guerra), diedero il loro assenso all’inizio dei lavori di costruzione, terminati nel 1864 con l’apertura del nuovo cimitero¹²⁶.

III.1.4. LE CONDIZIONI SANITARIE

Con la nascita dello Stato italiano si assistette ad una parziale svolta nel ruolo assegnato alla prevenzione ed alla cura dei gravi disastri sociali. Non furono più tollerabili da uno Stato che si voleva forte e deciso, unito e basato sul principio della conservazione e dell’ordine, le deficienze sanitarie, igieniche, organizzative, amministrative, che avevano contraddistinto le epidemie precedenti. Grazie anche al ruolo di stimolo svolto da alcuni autorevoli medici, lo Stato monarchico tentò, in molti casi senza riuscirvi però, di prendere di petto la questione sanitaria. Dopo che quantomeno una

¹²⁵ *Ibid.*, pp. 39-51.

¹²⁶ *Ibid.*, pp. 53-54. La prima scelta aveva individuato in alcuni terreni di un certo signor Zammit, posti in località Torrette, i luoghi adatti per la costruzione del cimitero. A causa della sollevazione dei quartieri della frazione, ma anche per la troppa distanza dal centro città, la proposta non ebbe successo. Dopo avere visionato altri luoghi si optò per il quartiere Tavernelle, costruendo su un podere di proprietà del seminario, a circa 3 chilometri dal centro di Ancona, dove comunque esisteva già presso il colle dei Cappuccini un cimitero funzionante: tuttavia questo era talmente piccolo che «non era degno di essere chiamato cimitero».

parte della medicina nazionale aveva evidenziato l'influenza delle esalazioni, delle feci dei malati, dell'inquinamento di acque e canali di scarico, degli alimenti non sani, nel diffondersi delle epidemie, la questione delle malattie - e del colera in particolare - era diventata ormai una problema sociale, che uno Stato che pretendeva di definirsi “civile”, moderno e forte, doveva assolutamente risolvere. Bisognava combattere e prevenire un'infinità di malattie (oltre al colera, tisi, pellagra, vaiolo, morbillo, sifilide, rachitismo, malaria). Anche la statistica, organizzata nel 1861 in un dipartimento legato ai Ministeri dell'agricoltura, dell'industria e del commercio, mostrava, attraverso i registri del censimento effettuato nello stesso anno, il diffuso malessere psicofisico della penisola. Lo stesso incoraggiamento ad uno sguardo statistico delle questioni sanitarie era dettato dall'«attribuzione a tali problematiche di una rilevanza collettiva» e dalla considerazione quindi «che la salute era un bene che doveva essere valutato in relazione ad una popolazione e non solo interesse del singolo individuo»¹²⁷.

Non era solamente una questione pratica, non si trattava soltanto di attrezzare l'Italia di quelle strutture di cui necessitava, ma era soprattutto una questione culturale. Si trattava di instaurare in una popolazione in gran parte analfabeta e legata a superstizioni antiche, un nuovo modo di pensare, che la staccasse dalle assurde credenze e dal fatalismo che tanto avevano contraddistinto l'immaginario collettivo durante le epidemie coleriche precedenti (oltre a quella del 1835-37, vi erano state pure quelle del 1849 e del 1854-55)¹²⁸. Lo Stato unitario si pose il compito di moralizzare le masse, di coinvolgere le classi rurali e soprattutto cittadine, che tante vittime avevano dato alla malattia, in un processo di miglioramento ed identificazione culturale, sociale, politica, che sembrava essere fedele al motto attribuito a Massimo D'Azeglio, secondo il quale “fatta” l'Italia bisognava “fare” gli italiani. La classe borghese italiana fu in un certo senso obbligata a farsi carico del problema, e i progressi maggiori in questo campo si videro proprio nei paesi dove ne esisteva una forte ed organizzata.

¹²⁷ M. Geddes da Filicaia, *Le statistiche della salute: «dalla normalità» ai servizi*, in C. Pancino (a cura di), *Politica e salute: dalla polizia medica all'igiene*, Bologna, Clueb, 2003, p. 50.

¹²⁸ Per i dati statistici riferiti alle epidemie del 1849 e del 1854-55 si vedano, in Appendice, le Tabelle IV-V-VI-VII.

Fu nell’ambito di tale prospettiva che si tentò un miglioramento delle strutture sanitarie e delle condizioni igieniche, le quali, dopo la prima epidemia colerica del triennio 1835-37, non avevano fatto significativi passi avanti. Le misure prese dai vari governi regionali nel periodo dell’emergenza erano state numerose e non tutte inefficaci, ma una volta superata l’epidemia le condizioni erano tornate quelle precedenti, senza un deciso intervento da parte degli stessi stati tale da apportare cambiamenti e miglioramenti anche in previsione delle catastrofi future, a differenza di quanto era avvenuto in paesi come Francia, Inghilterra e Austria. Non a caso, i dati di mortalità complessivi dell’epidemia del 1854-55 erano stati ancora più drammatici di quelli degli anni precedenti¹²⁹, trovando un paese altrettanto impreparato a fronteggiare l’emergenza e dove ancora le dispute mediche e politiche non avevano fatto significativi progressi, rimanendo sostanzialmente ancorate alle forme del passato. La transizione demografica che in quel periodo aveva cominciato ad attraversare l’Italia aveva inoltre apportato un notevole aumento della popolazione, peggiorando ulteriormente un po’ ovunque le condizioni delle classi disagiate, lavoratori rurali quali mezzadri e braccianti nelle campagne, e masse operaie nelle città.

Già alcuni stati italiani prima dell’Unità nazionale avevano cercato di ammodernarsi affidandosi a nuovi esperti del settore. Era il caso del Regno di Sardegna e dello Stato Pontificio, i quali per primi avevano abolito le magistrature di sanità, organismi appositi e parzialmente autonomi, che si erano occupati in precedenza dell’emergenza epidemie. Tali organismi erano stati sostituiti da commissioni sanitarie poste sotto la tutela del Ministero dell’interno, che avevano il compito - prendendo come punto di riferimento le riforme che erano state introdotte in Inghilterra da Edwin Chadwick - di studiare la natura e la cura delle malattie, di controllare gli alimenti ed i luoghi a rischio (mercati, annone, fiere, abitazioni), le condizioni di approvvigionamento idrico e le tubature di scarico dei rifiuti, che sostituivano, dove vi era la possibilità economica, il vecchio sistema dei pozzi neri¹³⁰. La peculiarità che avrebbe contraddistinto tutto il secolo nel nostro paese fu il porre la questione sanitaria regolarmente più come un problema di polizia, quindi da risolvere con metodi anche autoritari, che

¹²⁹ Si veda, in Appendice, la Tabella IV.

¹³⁰ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., pp. 182-183.

come una questione sociale¹³¹. Le riforme operate sul territorio nazionale dalle singole unità regionali non apportarono però gli stessi risultati che si ebbero in Inghilterra: il ruolo dei medici fu nella maggior parte dei casi messo in secondo piano rispetto all'autorità dell'esecutivo, che non era in obbligo di chiederne il consulto nei casi di intervento straordinario o di emergenza sanitaria. La capacità di fornire le città delle adeguate strutture fu solo in pochi casi realizzata: pochissimi centri si dotarono dei sistemi di condutture idriche e fognarie proposti per la città di Londra da Chadwick, mentre la maggior parte rimasero legate al sistema dei pozzi neri, da cui uscivano fetide esalazioni; questi inoltre non permettevano lo scarico dei rifiuti a debita distanza dalle abitazioni, aumentando il rischio di pandemia. Inoltre mancò in Italia la spinta dettata dall'affermazione della teoria miasmatica avvenuta in Inghilterra, dove la fazione “epidemista”, sostenitrice del pericolo dei miasmi delle esalazioni e delle putrescenze, aveva tradizionalmente avuto la meglio su quella “contagionista”, a differenza di quanto era avvenuto in Italia, dove le due scuole di pensiero avrebbero vantato ancora per qualche anno ognuna ampie schiere di sostenitori.

A queste esigenze il neonato Regno dovette quindi rispondere. Con la legge del 20 novembre 1859 e successivamente con quella di unificazione amministrativa del marzo 1865, le regioni e le province annesse progressivamente al Regno si dotarono delle norme sanitarie che nel Regno di Sardegna erano già in vigore da dodici anni, e che sarebbero state cambiate solo dal governo Crispi nel 1888¹³². I Savoia dunque si mossero nel solco del passato, adeguando alle altre regioni le riforme attuate nel proprio territorio negli anni precedenti. Ciò segnò indubbiamente una mancanza perché estese la tutela dell'esecutivo ai problemi sanitari, ancor più che in precedenza. Non solo moralizzare, modernizzare, ma anche controllare: l'attività svolta specialmente nelle fasce urbane delle grandi città, ancora luogo dove trovavano dimora le più svariate categorie di persone (masse operaie, stranieri, vagabondi, accattoni, poveri, alcolizzati, criminali) e dove maggiore era il pericolo di contagio apportato da tali soggetti, aveva il

¹³¹ *Ibidem*, p. 184.

¹³² G. Ognibeni, *Legislazione ed organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici*, cit., pp. 588-595.

compito di porre sotto controllo schiere di popolazione potenzialmente pericolose per l'ordine sociale.

Alla tutela della salute provvedevano i Consigli sanitari (separati in tre gradi, superiore, provinciale e di circondario) ai quali erano assegnati compiti molteplici: questi organi dovevano controllare scuole, edifici, abitazioni, analizzare le condizioni sanitarie di luoghi sensibili potenzialmente insalubri come cimiteri, ospedali, farmacie, fiere e mercati, studiare la presenza di malattie contagiose, organizzare vaccinazioni; inoltre essi avevano l'obbligo di vigilare sulla compravendita e sui prezzi di medicine ed alimenti, sull'adeguato svolgimento dei compiti sanitari, disponendo altresì della facoltà di proporre provvedimenti in situazioni di particolare necessità. Non erano direttamente i Consigli sanitari a farsi carico di tali impegni bensì i medici condotti, che ne formavano le singole commissioni, fermo restando la mancanza di un loro potere decisionale¹³³.

Anche ad Ancona si avvertirono le stesse esigenze del resto del Regno ma nonostante il tentativo di modernizzazione compiuto nel primo quinquennio “italiano” le condizioni sanitarie della città rimasero ancora decisamente arretrate e non si può affermare che fossero stati fatti grandi progressi.

Ciò che balzava immediatamente in evidenza e che risultava particolarmente grave, specie nei più caldi periodi estivi, era l'assenza d'acqua potabile, considerata la cronica mancanza di un acquedotto: un problema ancora più sentito in un centro di media dimensione come quello dorico, che non era riuscito a dotarsi di quelle strutture che erano state realizzate in alcune grandi città del nord. Un handicap non solo per la cittadinanza ma anche per le industrie, visto che alla città mancavano così forze idrauliche ed acque per l'irrigazione. Erano solamente sei le sorgenti d'acqua potabile presenti ad Ancona e anche con qualità piuttosto bassa¹³⁴. Quando l'amministrazione Fazioli decise di operare sostanziosi interventi di rinnovamento cittadino il problema dell'acqua fu uno dei primi a venire studiato, grazie anche all'interessamento del conte dottor Girolamo Orsi, che ancora una volta, come già avvenuto per la costruzione del cimitero, si segnalò come personalità sensibile ai problemi dell'igiene cittadina. Si valutarono molti

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., pp. 89-90.

progetti ed alla fine si decise di condurre ad Ancona le acque del fiume Musone, che faceva parte del territorio del Comune di Osimo, il quale tuttavia lo utilizzava solamente in minima parte. Una vecchia storia di rivalità cittadine, interessi particolaristici e l’incapacità degli amministratori spinsero il Comune osimano a negare il permesso: la questione finì in Parlamento dove si decise, dopo lunghe discussioni, di concedere (1865) al Comune di Ancona la realizzazione dell’opera. Nel frattempo la società inglese incaricata dei lavori di costruzione aveva però abbandonato l’opera, mentre il lungo contenzioso con il Comune rivale aveva creato un partito alternativo, composto anche da membri del consiglio comunale: questo gruppo proponeva di utilizzare le acque del fiume Esino, comportando simile soluzione un costo assai inferiore per le classi comunali già in difficoltà. Vi furono lunghe discussioni che crearono una situazione di stallo di molti anni e solo nel 1882 Ancona riuscì a dotarsi di un acquedotto. Intanto però, Ancona continuava ad avere acqua nella maggior parte dei casi non potabile¹³⁵.

Anche le fognature non erano adeguate: tale problematica era stata amplificata dai lavori di costruzione e allargamento edilizio che avevano riguardato la città nei primi anni dopo il 1860. Ancora nel 1872 il medico Cesare Persichetti avrebbe lamentato la necessità di una riforma radicale della fognatura ad Ancona, auspicando che coloro a cui era affidata la tutela della pubblica salute «postergando le considerazioni economiche che al confronto della salute generale di un paese occupano il grado di secondaria importanza, diano opera al più presto possibile, perché il sistema di fognatura moderna col metodo inodoro cessi dall’essere un’aspirazione ed una speranza»¹³⁶. Quando le condutture c’erano, erano inadatte, oltre a trasportare i rifiuti della città al mare, determinando così un notevole inquinamento dello stesso¹³⁷. Tale mancanza era particolarmente grave per l’igiene della città, e anche per questo non era insolito trovare escrementi abbandonati in mezzo alle strade, con le ovvie conseguenze sulla diffusione

¹³⁵ *Ibidem*, pp. 91-95.

¹³⁶ Persichetti, *Della igiene della provincia*, cit., p. 3.

¹³⁷ Id., *Considerazioni relative ad istruzione e ad igiene*, in «Rendiconto e atti dell’Associazione medica italiana-comitato di Ancona. Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, p. 40.

di epidemie come il colera. I pozzi neri, che ad Ancona ancora negli anni Sessanta raccoglievano la gran parte dei rifiuti cittadini, emanavano esalazioni fastidiose ed oltre a creare il peggioramento della salubrità dell'ambiente circostante provocavano critiche anche da coloro che ne evidenziavano la scarsa utilità economica: in una città che viveva soprattutto di agricoltura e che spendeva molto denaro per acquistare concime, sembrava un notevole spreco non riuscire ad organizzare, come fatto altrove, un efficace sistema di canalizzazione che volgesse le deiezioni della popolazione a vantaggio dell'attività agricola. Una tesi sostenuta più volte anche dagli esponenti del comitato anconetano dell'Associazione medica italiana, che lamentarono l'uso di letami poco adatti ai terreni, oltre che nocivi alla salute della popolazione, invitando il Comizio agrario ad incrementarne la forza produttiva per un maggiore guadagno dal lavoro nei campi dei proprietari e per la sicurezza igienica della città¹³⁸. Nacque anche una società in accomandita allo spurgo dei pozzi neri che ebbe l'obiettivo di unire finalità igieniche e vantaggio economico¹³⁹.

Contro l'igiene cittadina agivano non solo l'arretratezza e l'inadeguatezza degli impianti ma anche la mancanza, da parte dell'amministrazione comunale, della capacità di sapere porre attenzione al problema, affrontato spesso senza la giusta consapevolezza dell'importanza sanitaria che rivestiva, e si ebbero anche «tentativi usati a caso e senza riflessione»¹⁴⁰.

¹³⁸ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto ed atti. Adunanza generale del 15 Agosto 1867», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1867, pp. 39-40.

¹³⁹ Società in accomandita per l'impresa dello spurgo dei pozzi neri della città e borghi di Ancona, «Programma e statuto», Ancona, tipografia Sartori Cherubini, 1865. L'articolo 1 dell'atto di fondazione della società affermava lo scopo di «estrarre, raccogliere, e trasportare le materie fecali dalle cisterne o pozzi neri della città di Ancona e suoi borghi; e ciò tanto col sistema atmosferico barometrico Chapusot, quanto con qualunque altro modo inodoro approvato dalle vigenti leggi» mentre l'articolo 2 insisteva sulla necessità di «tener deposito in stabilimento costruito all'uopo delle materie fecali riducendole in stato solido per farne commercio».

¹⁴⁰ G. Bevilacqua, *La fognatura in Ancona*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», cit., pp. 203-204. L'autore menzionava il caso di un fabbricato che «versava per quattro anni i suoi avanzi dentro uno dei condotti aperti sotto i marciapiedi del corso, dalle cui bocche uscivano disgustose esalazioni, che avrebbero dovuto richiamare l'attenzione di chi doveva sapere di non aver fatto nulla che importasse la raccolta o la condotta delle materie putride provenienti da quel fabbricato». Il Comune decise allora di otturare gli sbocchi delle bocche di chiavica da cui uscivano i gas senza considerare che «impeditasi l'uscita di gas per quelle aperture, si produceva un maggior danno spingendo i gas nell'interno delle abitazioni».

Piuttosto precaria era anche la situazione delle abitazioni, che anziché essere ampie ed ariose erano in molti casi malsane, insalubri, sporcate da ogni sozzura. Ancora una volta erano le case degli operai della città e dei contadini delle borgate a creare le maggiori preoccupazioni poiché questi «vivono in case che fanno raccapriccio al vederle. Otto, dieci individui di età e di sesso differenti giacciono su sudici giacigli in lurida cameretta a pianterreno, umida, oscura e senza finestre»¹⁴¹.

Un altro aspetto preoccupante era la situazione dell'ospedale: oltre ad essere al centro del contenzioso tra laici e religiosi per il controllo dell'assistenza, l'edificio soffriva di qualche handicap sanitario a causa di una pavimentazione completamente inadeguata e di stanze molto piccole dove convivevano ancora semplici malati, pazienti contagiosi e pazzi cronici, data l'aggregazione compiuta alcuni anni prima col manicomio. L'igiene interna appariva comunque discreta, quantomeno in rapporto al periodo preunitario e ad altri ospedali della penisola, con frequente ricambio di biancheria e lenzuola, buon vitto completo di pane, pasta, carne, riso, formaggi, frutta e verdura¹⁴².

III.1.5. L'EPIDEMIA DEL 1865

Dopo le terribili epidemie del 1835-37 e del 1854-55, senza dimenticare quella più tenue e localizzata del 1849, una nuova grave epidemia di colera scoppiò sul suolo italiano nel 1865, protraendosi fino al 1867, con un bilancio finale di oltre 160.000 morti. Si trattò di un evento particolarmente drammatico per un paese che stava faticosamente uscendo dalle guerre d'Indipendenza ed ancora alle prese con difficoltà economiche e militari. Lo Stato monarchico fu duramente messo alla prova, e vennero evidenziate ancora una volta le difficoltà nella comprensione della malattia, nell'attuazione di efficaci politiche sanitarie e soprattutto le arretratezze culturali di un paese, che, sebbene avesse rotto politicamente col passato, era composto ancora da una popolazione in gran parte analfabeta, legata a tradizioni e superstizioni antiche, che poco avevano a che fare col tentativo di rinnovamento socio-culturale che i governi stavano perseguendo.

¹⁴¹ Persichetti, *Della igiene della provincia*, cit., p. 8.

¹⁴² Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., pp. 338-340.

Le voci di un'epidemia colerica infestante Alessandria d'Egitto, dove era stata apportata da alcuni pellegrini musulmani tornati da un pellegrinaggio alla Mecca, giravano già da giugno del 1865. I dispacci che giungevano dai consolati non facevano presagire nulla di buono mettendo in guardia l'apparato pubblico nazionale sulla possibilità di un'imminente diffusione del colera su tutto il bacino del Mediterraneo, come poi sarebbe avvenuto. Il 22 giugno dello stesso anno la Direzione generale della sanità marittima emanava un'ordinanza che stabiliva una quarantena di sette giorni per le navi provenienti dai porti egiziani, prevedendo la possibilità di aumentare il periodo di fermo in caso di circostanze particolari. Inoltre si proibiva lo sconto della quarantena nei porti nazionali dotati di lazaretto, nel caso di presenza di ammalati o morti all'interno delle imbarcazioni; le stesse precauzioni venivano inviate in data 25 giugno dal Governo austriaco a Trieste ed attraverso le numerose lettere preoccupate spedite dal console italiano di Marsiglia al Ministro dell'interno¹⁴³.

Nonostante mancasse ancora una volta un efficace coordinamento, a causa dei pessimi rapporti diplomatici che intercorrevano tra il neonato Stato italiano, lo Stato Pontificio (dove il periodo di contumacia fu di dodici giorni anziché sette) e il Governo austriaco, le voci di allarme comportarono la deliberazione di norme anticontagio: queste tuttavia non impedirono l'avanzata del morbo, che proprio ad Ancona fece la sua prima comparsa l'8 luglio. Il racconto del professor Ghinozzi, inviato in città dalla capitale Firenze per analizzare la situazione nei primi giorni di epidemia, descriveva una città apparentemente non allarmata, come se ne attendesse fatalmente l'imminente arrivo, vista la presenza in città di molti uomini provenienti da Alessandria d'Egitto. Nel suo resoconto il medico evidenziava come ad Ancona si fosse certamente sviluppata una forma di colera, seppure mite, tanto da farlo sperare che non si sarebbe diffusa in maniera più grave; egli invitava tuttavia il Ministero ad ordinare urgentemente la quarantena per ogni nave proveniente dal porto di Ancona¹⁴⁴. Le impressioni di Ghinozzi erano confermate anche dal racconto di Gaspare Finali, il quale, giunto nel capoluogo con denaro assieme al Ministro delle finanze Quintino Sella, a

¹⁴³ F. Leoni, *Le epidemie di colera nell'ultimo decennio dello Stato Pontificio*, Roma, Apes, 1993, pp. 67-71.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 73.

seguito dell'appello lanciatogli dal medico cittadino Girolamo Orsi, ricordava riferendosi alla situazione in città:

sopportò la sventura con rassegnazione e calma: non si smarrì, gli infermi non mancarono di caritatevole assistenza, e neppure l'ombra si ebbe di quei fatti miserandi e crudeli, eccitati altrove dalla ignoranza e dalla superstizione. Ma che triste spettacolo presentava la città in quel giorno del 1865, che vi andai da Firenze, insieme a Quintino Sella, Ministro delle finanze, apportatore di conforti morali e di materiali aiuti! Quanti aspetti di morte e di dolore negli ospedali! Le botteghe ed i negozi erano però quasi tutti aperti; per le vie meno densa del solito, ma calma si aggirava la gente. E sì che il pericolo era imminente a ciascuno. Arrivando la mattina a Firenze di ritorno, vi trovammo l'annuncio della morte del procuratore generale Trompeo, che il giorno innanzi fino a sera ci aveva accompagnato nelle pietose nostre visite¹⁴⁵.

Ancona, che da tempo vantava uno dei porti con maggior contatto con gli scali del Mediterraneo attraverso i battelli della *Società adriatica*, aveva accolto centinaia di profughi alessandrini giunti sulla nave a vapore *Principe di Carignano*: questi erano stati isolati all'interno del lazzeretto marittimo, luogo di contumacia che dopo l'espansione urbanistica della città si era però ormai ritrovato nel centro storico¹⁴⁶. Da quel luogo l'epidemia si allargò in tutto l'abitato, come ricordava il medico Orsi: «quivi per più tempo la malattia si intrattenne, finché manifestandosi alcun caso nello interno della città, ed estendendosi alle adiacenze, vi diffuse la strage e il terrore, di che la memoria dura incancellabile»¹⁴⁷.

Il colera apportò un bilancio di oltre 2.000 morti e si protrasse fino al mese di settembre. Da Ancona il morbo si espanse in diverse direzioni nel resto del Regno provocando morte specialmente nel biennio successivo.

Nel volgere di pochi giorni dalla certezza della presenza della malattia, la vita sociale ed economica cittadina si interruppe e coloro che potevano permetterselo abbandonavano la città dirigendosi verso le proprietà

¹⁴⁵ G. Finali, *Le Marche. Ricordanze*, in «Atti e memorie della Regia deputazione di storia patria per le province delle Marche», vol. III, Ancona, Morelli tipografo editore, 1897, p. 175.

¹⁴⁶ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto ed atti. Adunanza generale del 15 Agosto 1867», cit., pp. 30-31. Il lazzeretto era situato solamente a pochi metri di distanza dalla Strada nazionale, molto trafficata ed unica che conduceva al centro cittadino. La strada era spalleggiata dalle abitazioni del quartiere borgo Pio, su cui era situato il colle della Cittadella, fatto che rendeva difficile, a detta dei medici del comitato, la «libera ventilazione atta a disperdere i miasmi, di cui l'aria potesse essere impregnata».

¹⁴⁷ G. Orsi, *Sulle pratiche moderatrici della diffusione del colera nella provincia di Ancona. 1866-1867*, in «Rendiconto e atti dell'Associazione medica italiana-comitato di Ancona. Adunanza generale del 7 giugno 1868», cit., p. 29.

suburbane¹⁴⁸. Molti di questi, dirigendosi in centri non ancora colpiti, vi apportarono il colera, grazie alle scarse misure difensive utilizzate in tutta la provincia: così accadde ad esempio a Senigallia, dove esuli del capoluogo funsero da veicolo di trasmissione, almeno secondo la testimonianza del dottor Rossetti, medico condotto senigalliese¹⁴⁹.

Il diffondersi dell'epidemia diede il via ad un lungo dibattito sanitario e fece scattare le reazioni dei medici, i quali, coadiuvati da Girolamo Orsi, nell'adunanza del Consiglio provinciale di sanità di Ancona del 13 luglio, quindi pochi giorni dopo il primo caso di colera, dichiararono con voto uniforme che:

ove fosse lasciato, siccome avveniva, libero accesso a tutti gli infermi; ove non fossero espurgate a convenienti modi le immonde biancherie, disinfettati gli ambienti; e fosse fatto gettito, siccome occorreva, delle materie escrementizie sulla pubblica via e sugli impuri cortili; né applicata fosse alcuna pratica deossidante e neutralizzante gl'infesti miasmi e contagi delle latrine, la malattia si sarebbe espansa, assumendo la sua forma epidemica¹⁵⁰.

Intanto la paralisi totale della vita cittadina veniva ulteriormente acuita da una deliberazione del Ministero dell'interno dello Stato Pontificio, il quale, spaventato per il diffondersi repentino della malattia, impose nei primi giorni di agosto ai delegati apostolici ed ai governatori del proprio stato il divieto assoluto di ingresso per viaggiatori provenienti da Ancona e circondario (non dal resto delle province marchigiane), anche nel caso fossero provvisti di passaporto o visti sanitari¹⁵¹.

Ancora nell'adunanza del 22 agosto il Consiglio provinciale di sanità confermava la necessità di isolare individui o intere famiglie inferme in appositi lazzaretti, e ribadiva l'urgenza degli espurghi di materie infette (dei quali la distruzione delle sostanze gastrointestinali emesse dai colerosi era considerato il più urgente) tramite soluzioni di cloruro di calce; ordinava inoltre attenzione e vigilanza all'alimentazione, disponeva l'immediato trasporto dei cadaveri in fosse molto profonde e ricoperte da calce viva

¹⁴⁸ Natalucci, *Dal periodo napoleonico*, cit., p. 312.

¹⁴⁹ S. Natali, *Topografia e statistica medica di Senigallia*, Milano, Civelli, 1889, pp. 94-95. Secondo la testimonianza dei casi si verificarono, sia nei borghi che in città, dove più ampio era il numero delle famiglie residenti e dove maggiore erano le carenze igieniche-sanitarie.

¹⁵⁰ G. Orsi, *La colera e gli isolamenti. Proposta al Consiglio provinciale di sanità di Ancona*, Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1865, pp. 9-10.

¹⁵¹ Leoni, *Le epidemie di colera*, cit., p. 78.

mentre per gli ambienti malsani erano predisposti il ricambio d'aria e i suffumigi dei vapori di cloro¹⁵². Nell'attenzione all'alimentazione erano espressi tutti i timori per la possibilità di contravvenzione delle leggi sanitarie, come avvenuto frequentemente nelle epidemie precedenti: d'altronde il contrabbando, specialmente di carne, era da sempre, più che altrove, un fondamento dell'economia locale¹⁵³. Bisognava evitare, anche con repressione poliziesca se era il caso, la vendita di carni crude, patate, verdure (erbe, cetrioli), salumi, salsicce, per molti anche frutta (cocomeri, meloni), cibi considerati generalmente pericolosi: una forma di prevenzione che serviva a tutelare soprattutto coloro che avevano i mezzi per acquisti “regolari” e controllati anche se così si penalizzavano i venditori - i quali solitamente non appartenevano alle classi più benestanti - ed i ceti più deboli, che, considerata la scarsa disponibilità di risorse economiche, erano costretti a far uso di cibi meno costosi anche se non sani¹⁵⁴. Anche gli ammonimenti di Girolamo Orsi in tal senso erano piuttosto espliciti:

buone carni di manzo, di vacca, di pollo; uova non stantie; latte ben bollito; modicamente il pesce, escludendo il grasso e quello di fiume; poco o punto di erbe e di frutta, e queste cotte piuttosto e private diligentemente della buccia; e pane e pasta, e riso in quantità moderata, siano gli elementi alla nutrizione. Ogni altro cibo, o semplice o composto o di dolceume, si escluda. S'usi vino modicamente, rosso ed asciutto [...]. È buono il caffè, buono l'uso degli acidi¹⁵⁵.

I suggerimenti del medico anconetano non si distaccavano molto da quelli dei suoi colleghi di trenta anni prima e anche lui vedeva in molti casi nella mancanza di sobrietà, sia alimentare che nella vita sociale e nei rapporti sessuali, una delle concause del contagio colerico che:

trova nei vizi e nei disordini che snervano gli uomini gli ausiliari a colpirli e ad annientarli. [...] Stercuzio, Bacco e Venere sono gli alleati e gli ausiliari al microcrate dell'India¹⁵⁶.

Allo stesso modo egli bandiva la paura, e raccomandava prontezza di spirito per curare chi era infetto e premunire chi ancora era sano¹⁵⁷. Anche qui i

¹⁵² Orsi, *La colera e gli isolamenti*, cit., pp. 21-23.

¹⁵³ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 225.

¹⁵⁴ Sorcinelli, *Uomini ed epidemie nel primo Ottocento*, cit., pp. 497-502.

¹⁵⁵ G. Orsi, *Preserviamoci dal colera. Ammonimenti*, Ancona, tipografia Sarzani e comp., 1884, p. 25.

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 26.

¹⁵⁷ *Ibid.*, pp. 29-30.

consigli ricordavano da vicino quelli espressi nel 1835 dal dottore anconetano Antonio Asdrubali, che pur aggiungendo un invito alla fede religiosa, comprensibile nell'allora Stato Pontificio, aveva affermato come avrebbe fatto Orsi trenta anni dopo:

se la quiete dello spirito, e l'equanimità delle azioni morali, possono felicemente serbarle, guai, si dovrà gridare, a chi si abbandona alle passioni. Una rassegnazione religiosa v'imprima intanto una giusta calma, che non pieghi il vostro animo a timore alcuno. Non farete mai oggetto delle vostre conversazioni questa malattia, ma abbiate la mente esilarata da soliti vostri divertimenti¹⁵⁸.

Le stesse conclusioni le traeva durante l'epidemia del 1865 il medico fanese Ercole Zavagli, il quale attestava essere «verissimo che la paura e l'agitazione dell'animo sono tra le cause occasionali dei mali epidemici potentissimi»¹⁵⁹.

Come lamentava però ancora il solito Orsi:

nessuna pratica di limitazione, e poche e insufficienti disposizioni d'igiene furono allora adottate; né i consigli, le insistenze, ed i voti di noi medici nel Consiglio sanitario ebbero eco se non quando dilatandosi il morbo con molto eccidio nei prossimi paesi, si accolse l'insistente insinuazione di preservare la parte di provincia ancora incolume mercè gli isolamenti, disinfezioni e gli espurghi nelle prime manifestazioni del male, a quel modo ch'era suggerito da una mia proposta che fu adottata a voto unanime dal Consiglio provinciale sanitario¹⁶⁰.

Nonostante le raccomandazioni dei medici sembrava quasi che fosse, ancora una volta, «il cuore più che la mente»¹⁶¹ a non voler ammettere la presenza del male, ma è più opportuno sostenere che i timori per l'ordine pubblico e per i disagi economici ebbero ancora una volta la meglio sulle preoccupazioni sanitarie e sulla tempestività che la situazione richiedeva. Come hanno ribadito Mario Ciani ed Ercole Sori, anche ad Ancona «l'economia soffriva dei contraccolpi negativi provocati dalle epidemie» e si notava la «rarefazione dei compratori connessa all'epidemia di colera»¹⁶². Ma non solo: dipendendo formalmente dal potere centrale, la sanità era in

¹⁵⁸ A. Asdrubali, *Popolare istruzione preservativa pel cholera indiano redatta per ordine della Commissione provinciale di sanità in Ancona ed approvata da S. E. Reverendis. Monsignor Gasparo Grassellini delegato apostolico e presidente di detta Commissione*, Ancona, tipografia Baluffi, 1835, p. 4.

¹⁵⁹ E. Zavagli, *Consigli al popolo sul colera*, Fano, tipografia Lana, 1865, p. 7.

¹⁶⁰ Orsi, *Sulle pratiche moderatrici*, cit., pp. 29-30.

¹⁶¹ Id., *Sulla epidemia della colera. Quesiti ai medici del Consiglio di sanità della provincia di Ancona*, Ancona, tipografia Cherubini, Belgiovane e c., 1865, p. 3.

¹⁶² Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 359.

mano alla politica più che agli esperti del settore e così non si riusciva, nella maggior parte dei casi, a dare una svolta alla questione sanitaria, a causa dell'incompetenza e dell'inadeguatezza delle persone preposte al compito.

Dopo non essere stato ben contenuto ad Ancona il colera si espanse ai centri limitrofi, come, oltre al già citato caso di Senigallia, Osimo, Castelfidardo e Falconara, città che patirono numerose vittime in rapporto alla popolazione e dove furono altrettanto poche le precauzioni prese¹⁶³. A Castelfidardo, dove il primo caso si registrò l'11 agosto, il dottore del paese Antonio Bonfanti Zuccardi fece notare come, pur colpendo in tutte le età e le classi sociali, la pandemia fosse diffusa soprattutto tra gli abitanti dei rioni popolari, privi di latrine, deboli per un'alimentazione poco proteica e residenti in mezzo al sudiciume di case affollate e umide¹⁶⁴.

Il colera abbandonò Ancona il 20 settembre quando si registrò l'ultimo caso di morte, portando il totale dei decessi in soli due mesi a 2108¹⁶⁵, dopo aver colpito «in tutte le età, in tutte le condizioni sociali»¹⁶⁶. Tra i medici non vi fu comunque alcun dubbio che le più esposte fossero state le classi inferiori del centro città, «quelle che meno vivono nelle ordinate condizioni dell'igiene preservatrice»¹⁶⁷.

Ad Ancona nel periodo di epidemia l'attenzione dei medici fu posta non solo sulle misure immediate, ma pure sulla necessità di modificare abitudini e mentalità delle masse attraverso un'opera che richiedeva del

¹⁶³ Orsi, *La colera e gli isolamenti*, cit., p. 11.

¹⁶⁴ A. Bonfanti Zuccardi, *Relazione sulla epidemia colerica dominata in Castelfidardo nel 1865*, Ancona, tipografia del Commercio, 1866, pp. 1-2.

¹⁶⁵ Società Vittorio Emanuele-istituto di moralizzazione e beneficenza in Ancona, «Resoconto dell'adunanza generale dei soci. 22 novembre 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, p. 13. Gli infermi totali del 1865 furono nel comune 3763, di cui 2108 perirono (letalità 56%). Di molti infermi non fu data denuncia al Municipio. Si veda anche, in Appendice, la Tabella XV.

¹⁶⁶ Orsi, *Sulla epidemia della colera*, cit., p. 2. Si veda anche Bonelli, *Evoluzione demografica*, cit., p. 112: la provincia di Ancona fu quella a pagare il prezzo più alto in tutte le Marche con 6.203 colpiti e 3.138 morti nel triennio 1865-67, seguita da Macerata con 535 colpiti e 263 morti, Ascoli Piceno con 22 colpiti e 15 morti e Pesaro-Urbino con 18 colpiti e 13 morti. Il totale della regione fu di 6.778 colpiti e 3.429 morti. Rispetto alla popolazione totale della provincia, nelle giurisdizioni anconetane fu colpito lo 0,03% (dato regione 0,01%) con una letalità del 50,5% (in linea col dato regionale). Nel triennio furono invasi dal colera ben 19 comuni marchigiani, cifra comunque inferiore ai 101 dell'epidemia del 1854-56, ma superiore ai 18 del triennio 1835-37.

¹⁶⁷ Id., *Salute pubblica. Il colera: norme e consigli alle popolazioni*, Ancona, 1873, p. 4. Si vedano anche, in Appendice, le Tabelle XIV-XV per un confronto tra la condizione socio-professionale di alcune parrocchie e la mortalità ed i soccorsi in alcune di esse durante il colera 1865.

tempo e l’interessamento del Governo e delle amministrazioni locali, poiché, a loro dire, non poteva definirsi “civile” un’Italia dove in diverse province «si osserva la stessa coabitazione d’uomini e d’animali immondi siccome normale abitudine della vita!»¹⁶⁸. Al di là della scarsa prevenzione degli amministratori, che tanto faceva lamentare la classe medica anconetana, si assisteva infatti anche alla consapevolezza, da parte della stessa, della scarsa efficacia delle misure predisposte in tempo di emergenza: i medici lamentavano che tali misure, prese solamente innanzi al pericolo imminente ed in tempi stretti, sovente non riuscissero a «provvedere in modo sufficiente alla incolumità pubblica», col rischio di «giustificare lo allarme delle popolazioni»¹⁶⁹.

D’altronde anche i rimedi curativi erano in molti casi gli stessi del passato, sostanzialmente inutili: ancora il medico di Castelfidardo, Bonfanti Zuccardi, ricordava l’efficacia per frenare vomito e diarrea delle decozioni di riso con laudano liquido sotto forma di clistere, ed i clisteri di acqua ghiacciata. Per arrestare la sete dettata dalle perdite sierose utilizzava il ghiaccio in pezzetti e bibite ghiacciate, mentre sconsigliava la «neve in pezzetti perché piena di sabbia, la quale distruggeva l’effetto delle polveri del Dover e delle altre medicine». Durante i fenomeni spasmodici egli ricorreva alle eccitazioni esterne attraverso le fregagioni con alcol canforato o con senapismi e compresse ghiacciate sull’epigastrio. Per il periodo cianotico veniva segnalata l’importanza degli eccitanti per svegliare il cuore dal pericolo di paresi, ma anche l’efficacia di carbonato d’ammoniaca, preparati rameici, vino di paese¹⁷⁰. Il laudano era consigliato anche da Orsi ad Ancona fin dalla prima fase della malattia, precedente all’arrivo del medico: quindici gocce somministrate assieme a dieci di etere solforico sopra un pezzetto di zucchero; a ciò andavano aggiunti infusi molto caldi di menta e senapismi ai piedi mentre lo stesso medico come rimedio cautelativo tesseva le lodi

¹⁶⁸ Id., *La colera e gli isolamenti*, cit., p. 15.

¹⁶⁹ *Ibidem*. Nelle norme e pratiche igieniche ad uso delle famiglie dei vari comuni della provincia venivano consigliate come sostanze disinfettanti, oltre al cloruro di calce, anche: il solfato di rame, ferro o zinco (frantumato o in soluzione mista ad acqua), l’acido fenico (in soluzione mista ad acqua, in polvere o in intonaco fenicato mescolato a latte di calce); prevista anche una miscela di acido fenico e solfato di rame, zinco o ferro.

¹⁷⁰ Bonfanti Zuccardi, *Relazione sulla epidemia colerica*, cit., pp. 4-5.

dell’Etiopie minerale, adoperata per primo dal dottore romano Socrate Cadet¹⁷¹.

Poco di nuovo dunque rispetto all’epidemia del 1835-37, nonostante nella seconda metà del XIX secolo ai progressi di metodo della medicina¹⁷² fossero corrisposti altrettanti progressi nell’analisi delle singole malattie, e tra queste pure del colera. Decisiva fu l’intuizione del chimico tedesco Max Von Pettenkofer, che aveva analizzato le possibili interrelazioni tra il diffondersi delle epidemie e l’ambiente. Pettenkofer accertò la diffusione del colera attraverso contagio, ponendo l’attenzione sul ruolo attivo svolto in tal senso dalle acque inquinate e dalle deiezioni umane dei soggetti colpiti. La sua teoria permise un’accelerazione nella comprensione della malattia, contribuendo ad una maggior cura dell’igiene personale e pubblica.

Ma almeno altri due contributi si rivelarono fondamentali per una migliore conoscenza e cura del *cholera morbus*. Il primo fu lo studio del medico inglese John Snow, che verificò senza ombra di dubbio la derivazione dell’epidemia colerica del 1854 nella città di Londra dalla medesima sorgente d’acqua, rafforzando le teorie esposte da Pettenkofer nello stesso anno. Ancora nel 1854 il micrografo italiano Filippo Pacini rintracciò invece la presenza di bacilli nell’intestino di alcuni uomini uccisi dal colera. Il campione utilizzato da Pacini era però piuttosto limitato e ciò non solo fece passare in silenzio i risultati delle sue prove, che ebbero scarsissima diffusione al di fuori delle scuole di medicina toscane, ma provocò anche una

¹⁷¹ Orsi, *Preserviamoci dal colera*, cit., pp. 51-64. Si veda anche, in questo capitolo, la nota 100.

¹⁷² La medicina nazionale della prima metà del secolo appariva arretrata, statica, principalmente descrittiva, ma coerente con un paese diviso in infinite particolarità. La seconda metà del secolo apportò dei cambiamenti, grazie anche agli influssi che giunsero dall’estero ed alle esperienze di scienziati come Claude Bernard: questi espresse nel 1865 la necessità per la medicina di sposare il metodo sperimentale, unico definibile come scientifico. Forte di una visione esplicitamente determinista, Bernard sostenne l’urgenza, per la medicina, di slegarsi da ogni legame con la filosofia, spiritualista e/o materialista, con la teologia e con la metafisica. Bernard insistette sul bisogno di rompere con la ricerca delle cause primarie dei fenomeni, cercando invece di cogliere i nessi costanti e prevedibili tra gli stessi. La medicina necessitava di leggi determinate ottenute analizzando i singoli fenomeni, in modo da prevederne la possibilità di riverificarsi in futuro, eliminando lentamente il grado di indeterminismo che l’aveva contraddistinta fino a quel momento. Sui cambiamenti influirono fortemente anche i progressi compiuti nel campo dello studio delle patologie cellulari da parte del tedesco Rudolf Virchow, che aveva intuito l’origine della diffusione delle malattie nella struttura delle cellule organiche. Grazie ai metodi utilizzati da Virchow e Bernard la malattia diventò qualcosa di studiabile e quindi anche di quantificabile. Si veda a tal proposito Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 311-364.

forte sfiducia nella sua scoperta, specialmente da parte dei clinici con maggior influenza in campo nazionale come Maurizio Bufalini¹⁷³.

Ponendo l'attenzione sull'importanza di quarantene ed isolamenti, i medici di Ancona sembravano comunque decisamente orientati a sposare il carattere contagionista del morbo, sebbene solamente nell'anno successivo, 1866, la Conferenza sanitaria internazionale di Costantinopoli avrebbe dichiarato la natura contagiosa della malattia¹⁷⁴. Anche i medici lombardi giunti ad Ancona in soccorso dei colleghi applicarono isolamenti a luoghi come monasteri ed ospizi, i quali furono salvaguardati dal contagio nonostante gli spazi circostanti fossero stati colpiti¹⁷⁵.

C'era ancora una certa confusione tuttavia riguardo al ruolo dell'aria ed anche il pur “illuminato” Orsi affermava la volatilità dei «principi procreativi» della malattia, i quali «quando si accumulano in un fomite di molti infermi, si espandono allora quali miasmi per l'atmosfera, dilatandosi per centri, o diffondendosi per zone a seconda della varia direzione dei venti»; lo stesso Orsi aggiungeva che una volta diffusosi in singole contrade e famiglie il colera si allargasse poi su un intero quartiere «a seconda della graduata o estesa infezione dell'atmosfera»¹⁷⁶.

Tra i medici cittadini non mancarono nemmeno voci tra loro discordanti, a conferma di come a distanza di trent'anni dalla prima comparsa della

¹⁷³ Sempre nel 1854, un altro medico italiano, il professor Socrate Cadet, compì studi utili per avvicinarsi alla comprensione della natura della malattia. Egli affermò la natura parassitaria del colera, trovando le deiezioni e gli intestini dei colerosi che aveva osservato invasi da bacilli capaci di moltiplicarsi nel corpo umano. Come Pacini, Cadet sostenne la possibilità del germe di introdursi solamente tramite l'apparato digestivo, e non attraverso l'aria (le stesse conclusioni, che contraddicevano Pettenkofer, sarebbero state riconfermate da Koch). Si veda a tal proposito G. Orsi, *Il colera asiatico. Lettere*, Ancona, tipografia Sarzani, 1884, pp. 27-48. Si veda anche Orsi, *Preserviamoci dal colera*, cit., pp. 61-64: Cadet individuò il rimedio per curare il colera nell'Etiopie minerale, cioè il solfuro nero di mercurio, usato anche come preservativo e capace a suo dire di distruggere i parassiti, rendendo quindi non necessarie le misure di coercizione. Secondo il medico Lieto Regnoli, nel 1867, durante l'epidemia di Roma, l'uso di tale rimedio ebbe effetto in 228 casi su 241, di cui alcuni molto gravi. Fu sperimentato durante lo stesso anno anche ad Ancona.

¹⁷⁴ Orsi, *Salute pubblica*, cit., p. 4. Le conclusioni della Conferenza di Costantinopoli furono ribadite nel 1871 dal V Congresso medico di Roma, nel 1873 dal Consiglio superiore di sanità del Regno d'Italia e dal Congresso medico internazionale di Vienna. La strada verso una politica di preservazione comune fu così tracciata, quantomeno nelle intenzioni, ed essa fu impostata sul sistema delle quarantene e su una maggiore attenzione all'igiene pubblica e privata.

¹⁷⁵ Id., *Il colera asiatico*, cit., p. 20. Il monastero di S. Palazia e l'ospizio dei Poveri vecchi, ben protetti, risultarono completamente immuni nonostante il bagno dei forzati di San Bartolomeo, situato nei dintorni, avesse segnalato un buon numero di infetti.

¹⁷⁶ Id., *La colera e gli isolamenti*, cit., p. 17.

malattia in Italia, non vi fosse ancora nel mondo medico nazionale una visione univoca nella comprensione della modalità di diffusione della stessa¹⁷⁷.

III.1.6. IL RITORNO DEL COLERA NEL 1866-67

Dopo aver provocato vittime fino al settembre 1865 l'epidemia si fermò tra l'autunno ed i primi mesi del 1866 per ripresentarsi in città nel maggio di quello stesso anno. Stavolta le precauzioni furono però opportune e si contarono solamente poche vittime, mentre nel resto d'Italia il morbo continuava a colpire inesorabilmente. Il primo caso del 1866 riguardò una donna di una frazione di Ancona ma la malata fu ben isolata e ne fu bruciata la biancheria, adottando allo stesso tempo gli espurghi necessari: così pochi casi si segnalano e nessun danno si ebbe per la popolazione¹⁷⁸. La maggiore precauzione adottata nella seconda ondata colerica può essere spiegata con l'attività incessante dei medici, i quali, nelle riunioni che si susseguirono nei mesi immediatamente successivi al primo caso di colera rilevato nel 1865, spinsero il Comune locale ad un maggiore impegno

¹⁷⁷ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto e atti. Adunanza generale del 7 giugno 1868», cit., pp. 18-19. Durante l'adunanza il vice-presidente Orsi lesse una sua relazione sull'epidemia di colera anconetana (si veda a tal proposito Orsi, *Sulle pratiche moderatrici*, cit.), imperniata sulla necessità di isolamenti, disinfezioni ed espurghi. Orsi venne contestato dal dottor Mengozzi, consigliere dell'Associazione, il quale ravvide nelle sue deduzioni l'affermazione della contagiosità della malattia, nonostante questa fosse un fatto ancora «oggetto di grave discussione tra i dotti e non ancora provato»: egli chiese pertanto l'istituzione di un'apposita commissione di studio. Mengozzi ritenne inopportuno «stabilire così su due piedi la verità di deduzioni intorno ad un fatto cotanto incerto, quando potrebbe sorgere anche un sol fatto che infirmasse il valore dei precedenti». Orsi si difese dichiarando di essersi attenuto nella sua analisi ai fatti studiati ad Ancona: la sua relazione fu approvata a voto unanime (aderendo anche Mengozzi) dopo tuttavia la decisione di istituire una commissione di studi sull'argomento. Sul dibattito anconetano tra “contagionisti” ed “epidemisti” va segnalato anche il confronto tra i medici cittadini Giovanni Franceschi ed Alessandro Orsi, avvenuto tra il 1855 ed il 1856 attraverso la pubblicazione di opuscoli. Franceschi si inserì nella discussione confutando sia la tesi “epidemista” che quella “contagionista”, rinvenendo nella fermentazione dell'aria putrescente dei luoghi abitati, una volta entrata a contatto con materie appartenute ai colerosi, la causa della formazione di un'atmosfera colerica cagionante l'estensione della malattia sopra un più vasto numero di persone. Tale interpretazione fu fortemente contestata da Alessandro Orsi, vicino a posizioni “contagioniste”. Si veda sulla polemica G. Franceschi, *Del colera. Dove nasca e come si propaghi e quindi della maniera di curarlo negli individui e di preservarne le popolazioni*, Fano, tipografia Lana, 1855; A. Orsi, *Intorno alla miasmizzazione cholericca e ad alcuni principii filosofici e patologici del prof. Giovanni Franceschi*, Ancona, tipografia Aureli e comp., 1856; A. Orsi, *Riflessioni critiche dirette all'illustre dottor Giovanni Franceschi medico condotto in Ancona sulla memoria intorno al cholera da lui pubblicata nel Raccoglitore medico di Fano il 15 e 31 agosto 1855*, Ravenna, tipografia del seminario arcivescovile, 1855.

¹⁷⁸ *Ibidem*, p. 36.

nell'affrontare la malattia. Rilevante fu l'influenza in municipio di uomini come il puntuale Girolamo Orsi, ma anche, grazie alla direzione centrale di Firenze dell'Associazione medica italiana, di cui faceva parte, in provincia ed in sede di governo. Come affermò in una toccante lettera lo stesso Orsi, che nel colera del 1865 perse anche il padre, «la scienza sperimentale non fu qui ascoltata: non poté prevenire; non poté arrestare! Ma l'esperienza dolorosa ammaestrò, e nel 1866-67 alle frequenti importazioni dall'agro romano si provvide»¹⁷⁹.

Ciò avvenne nonostante l'epidemia avesse colpito la città in un periodo di forte crisi economica, dettata dall'improvvisa decisione del Governo di chiudere l'arsenale, spostato a Venezia dopo la disfatta di Lissa: una decisione inaspettata che gettò Ancona nel più profondo sconcerto morale e finanziario, anche in ragione dei sacrifici compiuti e del forte indebitamento pubblico accumulato per rinnovare la città.

Tutto ciò che era stato concesso alla città dorica, fu tolto: il porto rimase spoglio, l'arsenale abbandonato. Tutta la città rimase incredula e sbigottita per il colpo a freddo subito. Il Governo nazionale cessava di essere considerato provvido e saggio, per diventare ingrato e schiavo dei potenti¹⁸⁰.

A peggiorare le cose si era aggiunta la decisione di abolire il regime di franchigia, di cui Ancona aveva goduto a lungo, votata nel 1865 anche se entrata in vigore solamente dal 1868-69¹⁸¹.

Appena terminata l'epidemia del 1865, in data 5 ottobre, i medici del Consiglio di sanità (oltre ai quattro medici inviati da Genova dalla locale Società di mutuo soccorso dei parrucchieri)¹⁸² si erano adoperati per trasmettere a tutti gli esercenti della provincia le predisposizioni necessarie in caso di un nuovo contagio colerico; inoltre avevano fornito loro una serie di interrogativi scritti ai quali essi avrebbero dovuto rispondere. In un insieme di cinquanta punti si chiedeva, tra le altre cose: di fornire un quadro sulle condizioni ambientali della città di appartenenza (umidità dei suoli, direzione dei venti, presenza di zone paludose, ecc.), sull'alimentazione, sulle condizioni igieniche degli abitanti del centro e del contado, oltre che di ospedali, opere pie, asili, ospizi. L'attenzione veniva anche posta su

¹⁷⁹ Orsi, *Il colera asiatico*, cit., p. 16.

¹⁸⁰ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 55.

¹⁸¹ *Ibidem*.

¹⁸² Orsi, *Salute pubblica*, cit., p. 2.

un’analisi molto dettagliata della recente epidemia di colera, di cui dovevano essere spiegate le misure preventive e curative adottate (espurghi, isolamenti, decomposizioni delle materie fecali) e comunicati i rapporti sui decessi nei vari rioni, nelle singole famiglie ed in base alle condizioni atmosferiche. Si cercava anche di analizzare statisticamente il rapporto tra il numero complessivo delle vittime e la mortalità tra medici, assistenti, infermieri, becchini, addetti agli espurghi: in pratica, tutti coloro che per il lavoro svolto erano più direttamente a contatto con le persone a rischio od infette¹⁸³.

Il lazzaretto, da cui era divampata l’epidemia del 1865, era opportunamente stato abolito come luogo di quarantena per decisione comunale, ma soprattutto si era notato un cambiamento nel rapporto con l’igiene, le cui esigenze si avvertirono con maggior urgenza: le commissioni sanitarie municipali, in base alle decisioni del Consiglio provinciale di sanità del 18 maggio 1866, stabilirono l’obbligo di espurghi e disinfezioni per navi, edifici carcerari, militari ed ospedali; inoltre la distruzione delle materie fecali, gli isolamenti a domicilio, in ospedale ed al casino dell’Olmo, dove il Comune fece radunare per dieci giorni oltre cento componenti di famiglie di colerosi, i quali rimasero immuni¹⁸⁴.

Fu più grave invece l’epidemia del 1867, la più disastrosa in tutto il secolo nel territorio nazionale, sviluppatasi ad Ancona a seguito del ritorno dei coloni dal lavoro nelle campagne romane. Il primo caso in provincia si segnalò nel Comune di Fabriano nel giugno; successivamente il colera si diffuse anche nelle limitrofe Montecarotto, Castelplanio, Serra San Quirico e Jesi. Ad Ancona il primo decesso si verificò il 1° luglio, e fu un contadino reduce da Roma a venir colpito dalla malattia¹⁸⁵. Nella prima fase dell’epidemia, dal 1° luglio al 15 agosto, nel capoluogo morirono 6 persone delle 29 colpite, di cui una buona parte era in stretta relazione con la ferrovia che collegava la città ai paesi già infetti del sud¹⁸⁶. La seconda ondata, iniziata il 12 settembre e terminata il 28, colpì invece il lazzaretto, nel frattempo divenuto carcere e in cui erano state sospese le norme di quarantena, che tuttavia, immediatamente ristabilite, limitarono il numero

¹⁸³ Orsi, *Sulla epidemia della colera*, cit. Si veda, in Appendice, il Documento I.

¹⁸⁴ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto e atti. Adunanza generale del 7 giugno 1868», cit., p. 35.

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 33.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 34.

degli infermi e dei decessi a pochi isolati casi; la terza fase epidemica invece si diffuse nella zona di Pian di San Lazzaro tra il 25 ottobre e il 15 novembre, quando si segnalò l'ultimo decesso del triennio. Nel 1867 si verificarono in tutto 75 casi con 31 vittime e nella maggior parte di questi si constatò con certezza l'importazione del male, da paesi infetti¹⁸⁷.

Agli occhi dei medici locali, e di Orsi in particolare, l'analisi di questa fase epidemica dimostrò ancora una volta l'importanza delle misure preventive prese, perché «ove furono isolati efficacemente gl'infermi ed operati gli espurghi, la malattia non si propagò al di là dell'abitazione o stabilimento isolato» mentre «ove furono serbati i malati nella famiglia avvenne in essa ripetizione di più casi»; inoltre il medico anconetano ribadiva come la gravità del morbo dipendesse dall'efficacia delle misure attuate dall'uomo, riconfermando così la fiducia estrema nella medicina e nei Governi per ridurre la mortalità¹⁸⁸.

Se Orsi metteva soprattutto l'accento sulle misure preventive e coercitive, Cesare Persichetti puntava l'indice sulla necessità di un progresso culturale delle masse al fine di una maggior cura dell'igiene personale¹⁸⁹. Il pericolo delle sostanze putrescenti era risultato particolarmente evidente nel 1867, considerato che la terza ondata, attribuita agli «effluvi delle materie fermentanti», si era diffusa dalle stesse zone dove si erano avute le prime due¹⁹⁰. Persichetti lamentava l'assurdità della noncuranza e dell'abbandono alla sporcizia che rendevano vane le scoperte della scienza degli ultimi decenni; ma soprattutto egli ribadiva l'urgenza di un intervento pubblico per la costruzione di adeguate latrine e di fognature moderne, di cui una parte della città era ancora sprovvista, con chiaro danno per la salute, come le vicine epidemie avevano sperimentato. Lo stesso valeva per l'abitudine di gettare materie escrementizie nel mare e nei fiumi, grave inconveniente e «causa occasionale gravissima di strage e di lutto nelle occasioni nefaste di epidemia»¹⁹¹. Ancora nel 1873, nel commentare una nuova infezione

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 35.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 36.

¹⁸⁹ Persichetti, *Della igiene della provincia*, cit., p. 6. L'autore esprimeva a tale fine il suo voto favorevole all'istruzione obbligatoria delle masse.

¹⁹⁰ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto e atti. Adunanza generale del 7 giugno 1868», cit., p. 36.

¹⁹¹ Persichetti, *Considerazioni relative*, cit., p. 41. L'autore, rivolgendosi ai colleghi del comitato anconetano: «in estate ed in tempo di bonaccia l'acqua di quel sito è ridotta a considerevole

colerica, lo stesso medico avrebbe lamentato l’abitudine di abbandonare le proprie feci nelle strade, l’inadeguatezza delle abitazioni, l’assenza nella maggior parte dei casi di acque potabili, contestando duramente l’atteggiamento dei comuni della provincia, i quali tendevano a volte a respingere i progetti di riforma considerando «ottima» la salute del popolo ed «esagerati» i consigli della scienza; inoltre, alcuni di loro attribuivano ancora alla collera divina ogni epidemia e mortalità su larga scala¹⁹².

Tuttavia dopo il triennio colerico 1865-67 qualcosa cambiò: se il XIX secolo anconetano rimase segnato da ben dieci epidemie (cinque di colera, tre di vaiolo e due di tifo), dopo il 1865 si notò un’inversione di rotta e gran parte del merito andò all’impegno dei medici, il cui ruolo fu lentamente riconosciuto, tanto che il comitato anconetano fu personalmente finanziato dall’amministrazione provinciale per realizzare una grande campagna di vaccinazione contro il vaiolo, riguardante circa 70.000 persone nello spazio di sei anni¹⁹³. Gli interventi ripetuti e insistenti degli uomini di medicina mossero gli amministratori, sia in sede comunale che provinciale, e per la questione fognaria furono chiamati anche esperti da fuori regione come il lombardo Murnigotti; fu anche costruito il tanto atteso acquedotto, inaugurato in pompa magna nel 1882 utilizzando le acque del fiume Esino. Anche le condizioni dell’ospedale migliorarono grazie alla costruzione di un nuovo manicomio distaccato, i cui lavori iniziarono nel 1898 e terminarono due anni dopo¹⁹⁴. Attraverso alcune commissioni di cittadini dislocate in città, corrispondenti locali dell’inchiesta sulle condizioni sanitarie del Regno, furono individuati i quartieri ritenuti più pericolosi per l’igiene cittadina, sia per la mancanza di adeguati impianti idrici e di smaltimento dei rifiuti, sia per l’insalubrità delle case, ricettacolo di ogni lordura e sporcizia: si fecero circa 1.500 intimazioni a proprietari, tra cui figurarono nomi di prestigio come Gustavo Bevilacqua, ingegnere comunale che più volte si era espresso

densità, ed è di colore oscuro per la mescolanza delle materie organiche, e che per la crepitazione di moltissime bolle si sprigiona una imponente qualità di gas idrogeno solforato, di ammoniaca e di altri gas deleteri che non può se non ammorbare e rendere micidiale l’ispirazione di quell’aria che da natura avessimo avuta saluberrima».

¹⁹² Id., *Della igiene della provincia*, cit., pp. 6-14. Persichetti prendeva come punto di riferimento l’opera compiuta dal Comune della limitrofa Senigallia, che si era distinta per le opere di miglioramento igienico, soprattutto per quanto riguarda il deflusso delle acque stagnanti.

¹⁹³ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 360.

¹⁹⁴ *Ibidem*, pp. 337-345.

per il miglioramento della fognatura cittadina. Le spese compiute, al di là di alcune zone d'ombra, individuabili principalmente nella persistente insufficienza d'acqua, apportarono progressi evidenti ed anche la cittadinanza «recepiva le raccomandazioni del Comune volte a migliorare la qualità e la capacità di controllo igienico e sanitario dell'ambiente urbano; qualche problema in più sembrava venire dagli abitanti del territorio»¹⁹⁵.

III.1.7. LE REAZIONI POPOLARI

Anche l'epidemia di Ancona non mostrò sostanziali cambiamenti nelle reazioni popolari della gente, fatte di panico ed esasperazione. Nonostante la testimonianza opposta di Gaspare Finali, anche ad Ancona, col propagarsi del flagello, si ripeterono, quantomeno in alcuni casi, le solite scene già viste in tante città italiane nelle precedenti epidemie di colera. Ancora scene di agitazione e fughe disordinate dettate dalla paura, che non riguardarono solamente le masse ignoranti e facilmente impressionabili ma anche personaggi in vista della città, tra cui alcuni protagonisti delle lotte risorgimentali o dipendenti comunali: è il caso ad esempio di Beniamino Vivanti, il quale fu licenziato per aver riportato un certificato medico falso rilasciato da un medico compiacente, o dell'ingegnere Luigi Daretti, che si inventò minacce dei propri sottoposti per giustificare la sua fuga¹⁹⁶. Anche ad Ancona ogni volta che si diffondevano notizie di epidemie dilagava la psicosi di untori e «vagabondi e accattoni, specie se forestieri, erano i primi bersagli della *vox populi* e delle misure di emergenza: venivano allontanati, segregati e venivano bruciati i loro vestiti»¹⁹⁷.

Spesso i comportamenti della cittadinanza resero inutile il tentativo di salvaguardia della salute compiuto dai medici. Come affermava Cesare Persichetti, tante vittime del colera erano causate dalla superstizione, con danno specialmente per la salute dei bambini:

ogni madre, perchè è madre, benché sia perfettamente ignorante, ne sa più che il medico, e non solo ride dei suoi consigli, ma respinge con orrore le sue prescrizioni, come il massimo dei danni che possa essere arrecato alla sua amata prole. Egli accetta però di gran cuore gli amuleti, le pratiche superstiziose ed i segreti specifici della vecchia comare, la quale perché ha fatti ed allevati molti figli ha grande esperienza, e perché le sue idee e le sue ragioni, essendo parto

¹⁹⁵ *Ibid.*, pp. 361-363.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 107.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 359.

dell'ignoranza e del pregiudizio, si confanno perfettamente colla sua maniera di vedere¹⁹⁸.

Le stesse considerazioni le traeva, nell'analizzare l'epidemia colerica del 1865 in paese, anche il medico comunale di Castelfidardo, il quale ricordava che la maggior parte dei colpiti avesse chiamato troppo tardi il medico, rendendo vano l'intervento della scienza¹⁹⁹. Non era una novità che il medico fosse interpellato nel momento più grave del decorso della malattia, quando ormai poco egli poteva fare, e da questo punto di vista veramente pochi progressi erano stati compiuti in Italia. Nonostante la pressione di autorità e clero, si assisteva ancora ad una certa «ripugnanza al soccorso», che rendeva vane le intermediazioni religiose, spesso avvenute con minacce di non concedere, a coloro che rifiutavano il ricovero, l'assoluzione, l'estrema unzione e la confessione²⁰⁰. Caterina Pigorini Beri affermava la necessità, da parte dei medici, di scrivere testi sprovvisti di un linguaggio alto, incomprensibile ed esplicitamente critico nei confronti dei pregiudizi, invitando invece alla realizzazione di volumi non tanto scientifici, quanto «di sentimento», forti di una «diplomazia fine e arguta come quella di Machiavelli nel suo *Principe*» e così in grado di entrare nel cuore e nella mente delle masse marchigiane del secondo Ottocento²⁰¹. La difficoltà dei medici nel trattare con i ceti popolari era accresciuta dalla vastità del territorio di cura attribuito ad ogni esercente, nonostante remunerazioni ritenute insoddisfacenti, come sembra emergere anche dal carteggio intercorso durante il colera anconetano tra Girolamo Orsi e la Regia direzione di sanità marittima²⁰²: era inevitabile che si avessero quindi disfunzioni e proteste, con la conseguenza che a volte i comportamenti dei medici degenerassero. Come accadde ad esempio a Daniele Ricci, medico anconetano, che nel 1884 in un frangente di logorio, picchiò i suoi pazienti e rifiutò di svolgere alcune visite, venendo sospeso dall'incarico dopo essersi visto recapitare ben 17 ricorsi per ripetuti maltrattamenti²⁰³. D'altronde,

¹⁹⁸ Persichetti, *Della igiene della provincia*, cit., pp. 6-7.

¹⁹⁹ Bonfanti Zuccardi, *Relazione sulla epidemia colerica*, cit., p. 2.

²⁰⁰ Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure*, cit., pp. 76-77.

²⁰¹ C. Pigorini Beri, *Costumi e superstizioni dell'Appennino marchigiano*, Città di Castello, tipografia Lapi, 1889, p. 54.

²⁰² Biblioteca comunale di Ancona, *Serie Orsi*, bb. 180-181-182.

²⁰³ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., p. 357.

anche se le cose stavano in parte cambiando grazie soprattutto a quel manipolo di medici maggiormente legati alle amministrazioni e sensibili agli interessi delle masse, non sempre le stesse istituzioni erano disposte ad assecondare le istanze più rinnovatrici, specialmente quando queste andavano a toccare motivazioni economiche, come si è visto anche per il 1865 anconetano, o gli interessi del vecchio regime e degli ordinamenti che gli erano propri²⁰⁴.

Al rifiuto del medico si unì ancora quello degli ospedali. La legge Lanza, varata dal Governo anche in seguito all’impatto emotivo dei flagelli colerici, tentò di migliorarne le condizioni igieniche attraverso un adeguamento dei posti letto, la separazione tra malati semplici ed infermi da epidemia, la fissazione di un limite massimo di malati per ogni medico²⁰⁵. Seguendo il modello dei più avanzati paesi stranieri l’ospedale italiano mirò inoltre a diventare non più un ricovero di malati e poveri, con funzione quindi più di parcheggio e di carità che di cura, bensì il centro dell’attività della medicina nazionale, dove svolgere analisi sperimentali e ricerche. Nonostante queste riforme legislative, il cammino verso un’organizzazione ospedaliera decisamente diversa da quella del passato fu tuttavia ancora lungo e tortuoso e non sembrarono notarsi sostanziali differenze rispetto all’ospedale della prima metà del secolo. Le norme istituite vennero applicate con troppa elasticità ed i medici generalmente non riuscirono, come si è visto, a guadagnarsi un ruolo importante nell’ambito della gestione della sanità nazionale. Gestito così ancora per alcuni decenni dalle stesse classi che l’avevano amministrato in precedenza, l’ospedale rimase principalmente un luogo di conservazione con compiti di controllo e d’isolamento autoritario di soggetti pericolosi per la salute pubblica, trovandosi, come ha affermato Frascani, «direttamente coinvolto nei processi economici che favoriscono

²⁰⁴ *Ibidem*, pp. 104-106. Gli autori ricordano il caso limite del dottor Filippo Cardona, nominato direttore del manicomio di Ancona ed alla fine licenziato perché «troppe cose voleva cambiare». Forte di un’esperienza accumulata in Europa ed in America si diede da fare per ammodernare l’edificio al fine di migliorarne le condizioni igieniche e l’efficienza amministrativa. Accusato di spendere troppo da un ampio fronte di detrattori guidato da personalità cittadine come il marchese Cesare Benincasa, fu costretto ad abbandonare l’incarico a seguito della discussa morte di un proprio paziente: lo stesso Cardona lamentò però che questa fosse avvenuta proprio perché non si era dato ascolto ai suoi richiami per un aumento del personale interno.

²⁰⁵ A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall’età dei Lumi all’Unità*, in *Storia d’Italia*, cit., p. 284. La distanza minima tra due posti letto era stabilita in un metro e mezzo. Ogni medico poteva curare non più di 50 pazienti contemporaneamente.

l'insorgere della malattia»²⁰⁶. Questa situazione contribuì al rifiuto del ricovero ospedaliero da parte degli strati popolari, per cui venire condotti in ospedale significava anche l'abbandono del proprio microcosmo familiare, con le conseguenze affettive ed economiche che ne derivavano. Come ha affermato a tal proposito Paolo Sorcinelli:

il fenomeno epidemico non interessa, in generale, le plebi rurali ed urbane soltanto nel rapporto soggettivo di uomini singoli di fronte al male e alla morte, ma ne costituisce un condizionamento strutturale e culturale, in quanto frena le attività di sussistenza²⁰⁷.

Come «la morte di chi lavora lascerà infatti gli altri componenti in una situazione precaria, obbligherà l'intero nucleo restante o alcuni componenti a spostarsi in altre regioni, ad abbandonare la casa, a ricorrere alla carità pubblica e privata», così «un periodo di malattia più o meno lungo obbligherà alla chiusura botteghe artigianali, all'interruzione di piccoli giri commerciali, all'abbandono del posto di lavoro, all'arresto insomma di un abituale ciclo produttivo e di sussistenza»²⁰⁸.

Più che la medicina, ancora per tutto il XIX secolo, furono dunque guaritori popolari ed amuleti i principali riferimenti delle masse, pure ad Ancona. Di amuleti ne esistevano un'infinità (pietre, cornetti, frecce) ed erano legati in qualche modo sia a pratiche religiose, sia a tradizioni profane, anche se non mancarono strane mescolanze dei due campi: tali rimedi erano generalmente buoni per ogni occasione, da malattie a pericoli generici o specifici come il malocchio o l'invidia di un vicino²⁰⁹. La figura del guaritore popolare, analfabeta in grado di eliminare ogni ostilità e sconfiggere ogni tipo di malattia attraverso i più sorprendenti prodigi, fu nelle Marche particolarmente apprezzata e godette di prestigio per tutto l'Ottocento, senz'altro più dei medici, quantomeno nelle zone culturalmente più arretrate, nonostante dietro a queste figure si celassero quasi sempre persone spregiudicate ed opportuniste²¹⁰. Regolarmente attivo nelle piazze dei mercati di ogni paese e città, circondato da un buon numero di ascoltatori,

²⁰⁶ P. Frascani, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, cit., p. 307.

²⁰⁷ Sorcinelli, *Regimi alimentari*, cit., pp. 38-39.

²⁰⁸ *Ibidem*, pp. 47-48.

²⁰⁹ G. Crocioni, *La gente marchigiana nelle sue tradizioni*, Milano, Corticelli, 1951, p. 123.

²¹⁰ *Ibidem*, p. 134.

il ciarlatano erborista non è soltanto colui che distribuisce boccette o infusi, pomate e pillole, sfruttando le notissime virtù del papavero, egli appare l'epigono dei maghi e delle streghe e nello stesso tempo usa lo stesso linguaggio, appartiene alla stessa classe sociale di coloro che gli prestano fiducia e a cui egli si rivolge²¹¹.

Le stesse conclusioni le traeva Caterina Pigorini Beri secondo la quale

le streghe e i fattucchieri che morivano qualche secolo fa tra i tormenti, convinti essi stessi di avere la virtù misteriosa e occulta di guarire i mali e di attraversare i dettami del destino che pur paventavano, non sono sepolti nelle rovine del tempo, ma vivono sott'altra forma, per tradizione, per ignoranza, per bisogno di soprannaturale in quella parte del popolo, su cui non è sgocciolata ancora, se mi è permesso dir così, la civiltà moderna educata al culto della ragione²¹².

D'altronde tali figure erano ancora sostanzialmente tollerate: solamente nel 1888 si sarebbe arrivati ad una legge che stabilisse il divieto di esercitare la professione di medico, chirurgo, veterinario, farmacista, dentista e flebotomo senza aver conseguito la laurea universitaria o un attestato equiparabile²¹³.

Gli stessi rimedi curativi adottati dalla gente sembravano più derivare da tradizioni secolari che da una reale comprensione della malattia: mali diversi venivano curati con gli stessi metodi e più che a medicine ci si affidava alla scaramanzia ed a forme di difesa tramandate nel tempo. Nella ricerca di Maurizio Fileni, riferita al piccolo centro della provincia anconetana di Poggio San Marcello, si rileva come dinanzi alle pestilenze vi fosse chi usava come metodo di salvaguardia il fumo delle sigarette o del sigaro: tale pratica era diffusa anche tra i preti chiamati per le estreme unzioni o in confessione, tanto che molte persone a causa del fortissimo tanfo esalato disertavano il confessionale; contro alcune malattie infettive c'era anche chi usava andare in giro con un bastone di frassino o ginepro imbevuto all'interno da una spugna di aceto, che doveva venir respirato saltuariamente²¹⁴. Per il colera esistevano rimedi specifici, la cui efficacia secondo coloro che li producevano e li pubblicizzavano era stata dimostrata più volte dall'esperienza. Sempre a Poggio San Marcello si faceva bollire un bicchiere di vino assieme ad anici; poi il bicchiere, tolto dal fuoco, veniva bevuto tiepido dall'ammalato: nel frattempo dovevano venire strofinati dei

²¹¹ Sorcinelli, *Uomini ed epidemie nel primo Ottocento*, cit., p. 524.

²¹² Pigorini Beri, *Costumi e superstizioni*, cit., p. 31.

²¹³ A. Lonni, *Medici, ciarlatani e magistrati nell'Italia liberale*, in *Storia d'Italia*, cit., p. 828.

²¹⁴ M. Fileni, *La medicina popolare nelle Marche centrali (ricerca condotta nel territorio di Poggio San Marcello)*, Città di Castello, Gesp, 1988, pp. 124-125.

pezzetti di aglio lungo tutto il corpo del paziente, o quantomeno nelle cosce, nel ventre, nel petto e nelle braccia²¹⁵. Tra i rimedi non erano sottovalutate pure sostanze di facile reperimento e consumo come limoni, aceto, olio, vino, the, tiglio, camomilla: a volte erano ancora gli stessi medici a consigliare tali terapie. I prezzi di vendita di questi prodotti salivano regolarmente alle stelle in tempo di colera e la malattia si trasformava così per alcuni in un'occasione di lucro²¹⁶. Le dannose pratiche del salasso, delle sanguisughe e dei vomitativi invece andavano fortunatamente scomparendo, sebbene nelle zone più arretrate dell'anconetano, come i borghi rurali, esse restassero un pregiudizio diffuso ed oggetto di contestazione tra il medico e l'ammalato²¹⁷. In tempo di colera generalmente non ci si accontentava di rimedi di facile reperimento e si cercava la panacea prodigiosa: in alcuni casi furono anche uomini di cultura e di fama a proporre terapie di scarsa scientificità, come accadde per il noto pittore anconetano Vincenzo Podesti, che tentò di dimostrare nell'opuscolo *Metodo di Generale Disinfezione applicabile al Miasma colerico*, l'efficacia del suo metodo di bonifica di case ed ambienti interni²¹⁸. Alla Commissione pubblica di soccorso anconetana arrivarono invece nel 1865 quattro bottiglie di “elisir anticolerico”²¹⁹. Tali proposte facevano sovente intravedere la volontà di approfittare della paura e dell'emotività collettiva tipica dell'epidemia, visto che in molti casi ad emergere era più l'aspetto di lucro e di propaganda che quello scientifico-dimostrativo (specie nei numerosi casi di pastiglie e preparati anticolerici).

Oltre ai guaritori popolari ed ai vari tipi di terapie non scientifiche, anche nel caso della provincia di Ancona ci si rivolgeva alla religione, ed in tempo di colera furono soprattutto le litanie dirette alla Madonna, in particolar modo a quella della vicina Loreto, ad essere ritenute di gran lunga il mezzo di difesa più sicuro dalla malattia. D'altronde presso le classi popolari era ancora diffusa la concezione che la malattia potesse essere effetto delle ire divine, giunte per punire un popolo peccatore²²⁰. Si dava

²¹⁵ *Ibidem*, p. 195.

²¹⁶ Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure*, cit., p. 77.

²¹⁷ Natali, *Topografia e statistica medica*, cit., pp. 74-75.

²¹⁸ Leoni, *Le epidemie di colera*, cit., p. 93.

²¹⁹ Commissione di pubblico soccorso pei danneggiati dal colera del 1865 in Ancona, «Rendiconti», Ancona, Civelli, 1869, p. 102.

²²⁰ Orsi, *Salute pubblica*, cit., p. 3.

quindi grande importanza ai pellegrinaggi, alle processioni, alle cerimonie, all'effigie, alle reliquie, alle feste riempite da luci e rumori di gioia, in cui erano importanti la partecipazione corale ed il canto, anche se molti non capivano bene ciò che si intonava²²¹. Proprio durante una grave epidemia di colera, quella del 1836, la prima che sconvolse la città, si assistette ad una grande processione in onore della Sacra Vergine Maria: questo evento scatenò le polemiche nei confronti di coloro i quali ne avevano contrastato lo svolgimento, sostenendo il rischio di un aumento del contagio in seguito ad un così vasto assembramento cittadino. Come ricordava l'abate Francesco Borioni nelle sue memorie:

la voce del popolo che voleva la solenne processione sgomentò gli animi di molte persone che si ritengono riflessive [...] e tutti insieme gridavano non doversi permettere una riunione di popolo, ora che l'influenza era ancora verde, e che poteva prender lena in sull'istante, quantunque si mostrasse infievolita. [...] Gli altri che tenevano dalla parte popolare, accusavano i suaccennati come persone di fede morta, e corroboravano anch'essi il loro dire cogli esempi di tante volte ch'era stata mossa la santa immagine di Nostra Signora nei tempi di comune disgrazia, e sempre con effetto meraviglioso, perché il prodigio aveva sempre accompagnato quest'atto di esterna devozione²²².

Le pressioni religiose valsero maggiormente dei timori di contagio paventati dagli uomini di scienza e la tanto bramata processione si svolse tra campane a festa, luminarie, grida e solennità, alla presenza del clero, delle autorità e di una folla commossa e piangente: già nel giorno successivo si ebbe però un maggior numero di morti sebbene Borioni, che aveva voluto la processione, ne additasse comprensibilmente la motivazione ad errori volontari compiuti nel conteggio, volti a dar ragione a coloro che si erano dichiarati contrari; poi però «tutti si confermarono nell'opinione che Maria santissima ci aveva ottenuto davvero la grazia, e si era compiaciuta di quell'atto di eterna pietà»²²³.

La Madonna compare anche come destinataria degli ex voto, i quali si sono rivelati negli ultimi anni una testimonianza non disprezzabile della storia della salute e del rapporto nei confronti della stessa in Italia. Tale pratica fu molto diffusa nella provincia anconetana durante tutto il XIX secolo, ma la si può riscontrare anche studiando i secoli precedenti. L'indagine compiuta da

²²¹ Fileni, *La medicina popolare nelle Marche centrali*, cit., p. 56.

²²² F. Borioni, *Il colera del 1836 ad Ancona*, Ancona, il Lavoro editoriale, 1988 (1837), pp. 75-76.

²²³ *Ibidem*, p. 84.

Sergio Anselmi e dai suoi collaboratori conferma la prevalenza delle tavolette negli ambienti popolari rurali ed urbani, nonché la presenza della Madonna come principale destinataria²²⁴. Le tavolette votive risiedevano nei santuari, altro luogo di culto e punto di riferimento privilegiato per coloro che cercavano guarigione per sé stessi e per i propri cari. Il gruppo dei santuari si presentava come «una rete di assistenza sanitaria non dissimile da quella dei medici. A migliaia sono diffusi nel territorio, grandi o piccoli che siano. La loro storia è intrecciata profondamente con momenti di crisi, personale e collettiva, popolare e non»²²⁵. Si creava un continuo rapporto fra santuari, santi protettori, mediatori (sacerdoti, guaritori) e malattie: ad ogni santo o santuario ci si rivolgeva per debellare una precisa malattia, se ne creava una gerarchia rituale in ordine di importanza ed efficacia, con operazioni che non erano generalmente sentite come opposte alla medicina ufficiale ma la completavano²²⁶.

Anche di fronte alla morte si assistette ad una grande varietà di reazioni popolari, che spesso entrarono in stretto rapporto con la religione ed il profano: ad Ancona c'era chi affermava che per porre fine alle sofferenze di una lunga agonia fosse necessario togliere la copertura al tetto in modo che l'anima del sofferente potesse essere liberata verso il cielo; altri invece chiamavano un prete per raccomandare l'anima ed accelerare la morte del proprio caro, visto che, a detta di costoro, una lunga agonia era senz'altro causata dall'aver mancato di rispetto a qualche santo o dall'aver bruciato un giogo²²⁷. Nell'analizzare il comportamento di fronte alla morte, Paolo Sorcinelli, studiando alcuni casi riferiti al colera del 1855 nella provincia di

²²⁴ A. Turchini, *La tavoletta votiva nel territorio jesino-senigalliese*, in S. Anselmi (a cura di), *Religiosità popolare e vita quotidiana. Le tavolette votive del territorio jesino-senigalliese*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1980, pp. 22-25. Le classi sociali raffigurate sono in prevalenza i ceti popolari urbani, nel 41,1% delle tavolette, seguiti dai contadini nel 27,7%, mentre inferiori sono i ceti dominanti nel 21% ed il clero, raffigurato solo nel 2,5% delle tavolette. Maria compare come dedicataria nel 89,9% degli ex voto. Si veda anche dello stesso autore *La malattia dipinta. Suggestioni e immagini della salute negli ex-voto*, in *Sanità e società*, vol. II, *Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, secoli XVI-XX*, a cura di A. Pastore-P. Sorcinelli, Udine, Casamassima, 1987, pp. 143-145: il luogo raffigurato dai dipinti è nella maggior parte dei casi la camera da letto, perché è lì che sono generalmente situati i sofferenti, anche se dalla metà del secolo compaiono, ma raramente, gli ospedali, mentre i medici sono raffigurati in pochi casi, generalmente tra i ceti più elevati.

²²⁵ Id., *La malattia dipinta*, cit., p. 135.

²²⁶ *Ibidem*, pp. 138-140.

²²⁷ Fileni, *La medicina popolare nelle Marche centrali*, cit., p. 130.

Pesaro, ma che certo possono essere ritenuti validi anche per l’epidemia che avrebbe colpito l’anconetano dieci anni dopo, ha evidenziato il timore, diffuso presso i ceti più umili ma anche presso il clero, della “morte apparente”: il caso di don Fortini, che prima di morire si raccomandò di non far passare meno di trentacinque ore tra l’ultimo respiro e la sepoltura, è indicativo della credenza che ancora nel secondo Ottocento sembrava colpire l’immaginario di alcune frange di popolazione, ed è forse espressione di una scarsa fiducia nei giudizi della scienza medica²²⁸. Nonostante i medici di fede positivista contestassero la realtà della “morte apparente”, cioè in definitiva il rischio di una sepoltura affrettata, l’esistenza di uno stato misto miscuglio tra morte e vita, la credenza era ancora diffusa, come ha fatto notare Philippe Ariès, anche in Francia, dove solamente alla fine del secolo essa avrebbe perduto il suo fascino²²⁹.

III.1.8. I SOCCORSI

Come accadde negli altri centri colpiti dal *cholera morbus* anche ad Ancona si crearono apposite commissioni di soccorso pubblico, volte, con aiuti economici e spirituali, ad alleviare il dolore di singoli individui e famiglie vittime dell’epidemia. Come affermò il Ministro dell’interno in una lettera diretta al prefetto anconetano, certo non priva di retorica, da ogni regione d’Italia partirono gli aiuti verso il capoluogo marchigiano da parte di nobili, borghesi, organizzazioni, amministratori, enti pubblici e privati, giornali²³⁰.

A distinguersi nelle associazioni di soccorso furono nella maggior parte dei casi gli uomini più in vista della città, che in parte per spirito filantropico, ed in parte perchè “costretti” dal loro rango di privilegiati, si addossarono molte spese delle operazioni di aiuto. La beneficenza ebbe comunque un ruolo politico perchè raccolse persone vicine al movimento liberale uscito da protagonista dalle lotte di liberazione nazionale, e per le organizzazioni di cui essi facevano parte il colera si rivelò come «l’avvenimento idoneo ad un

²²⁸ Sorcinelli, *Uomini ed epidemie nel primo Ottocento*, cit., p. 536.

²²⁹ Ariès, *L’uomo e la morte*, cit., pp. 467-471.

²³⁰ Commissione di pubblico soccorso pei danneggiati dal colera del 1865 in Ancona, «Relazione», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1865, pp. 10-11.

nuovo e risolutivo collaudo politico»²³¹. Ovviamente ciò apportò anche una notevole pubblicità per questi cittadini, che tennero a rendere pubbliche le loro offerte e i loro nomi, dandone notizia su quotidiani locali come il *Corriere delle Marche*²³². Non mancarono gesti particolarmente significativi e ragguardevoli come quello di don Giovanni Bosco che si offrì, grazie anche all’interessamento del vescovo anconetano Antonucci, di accogliere in appositi istituti un gruppo di trenta ragazzi, divenuti orfani in seguito all’epidemia; lo stesso gesto fu compiuto dal Municipio della limitrofa città di Pergola e dal prefetto della provincia Carlo Torre, anch’esso membro della Commissione anconetana di pubblico soccorso²³³. Essa si pose come ponte tra gli ablatori e il Comune anconetano, mettendo a disposizione dei cittadini, con la maggior solerzia possibile, i fondi raccolti e soprattutto i viveri²³⁴.

Non meno efficace fu l’attività in tempo di colera intrapresa dalla Società *Vittorio Emanuele*, il cui lavoro si inseriva nel tentativo di promuovere un avanzamento economico, morale e culturale delle classi popolari, al fine di migliorarne le condizioni di vita riducendone al contempo le eventuali tendenze rivoluzionarie. Alfiere della società era la borghesia “illuminata” salita al potere dopo le guerre risorgimentali, liberale ma allo stesso tempo garante dell’ordine e fedele alla monarchia. Tra gli esponenti di spicco figuravano personalità particolarmente importanti della vita pubblica cittadina: conti, possidenti, funzionari e l’immancabile, instancabile,

²³¹ W. Angelini, *Lotta politica e medicina ad Ancona nel secondo Ottocento*. Girolamo Orsi, in «Rassegna storica del Risorgimento», a. LXXIV, f. 2, aprile-giugno 1987, p. 155.

²³² Commissione di pubblico soccorso pei danneggiati dal colera del 1865 in Ancona, «Relazione», cit., pp. 12-13.

²³³ *Ibidem*, pp. 30-31. Grazie all’interessamento del prefetto Torre, in data 3 settembre 1865 già 32 orfani erano stati collocati in istituti (conservatori di orfani, ricoveri, alberghi dei poveri, stabilimenti pii) offerti da enti di vario genere (giunte municipali Congregazioni di sanità, consigli comunali, Deputazioni provinciali, Consiglio degli orfanotrofi) di svariate città (Palermo, Lucca, Pisa, Cosenza, Trapani e Ferrara tra le altre). Si veda anche Id., «Rendiconti», cit.: alla fine i posti concessi da Bosco, in cambio di un compenso di 600 lire ognuno, furono solamente 5, ma gli orfani collocati in totale furono 135, 86 maschi e 49 femmine. Gli istituti consultati accolsero gli orfanelli con distinzioni di genere, età, religione, condizione fisica e provenienza geografica. I ragazzi furono sussidiati fino alla partenza dalla Commissione, che li munì di vestiti e di un accompagnatore oltre che di 100 lire a titolo di corredo, somma che alcuni stabilimenti non vollero accettare «come ad accrescere il dono generoso». Le ferrovie e le società di piroscafi garantirono il trasporto gratuito.

²³⁴ Id., «Rendiconti», cit., pp. 100-105. Arrivarono alla Commissione: medicinali, arance, ghiaccio, limoni, digestivi, bottiglie di vino, rhum, cognac, riso, grano, vestiti, oltre ad una cifra in denaro di circa 150.000 lire.

cavaliere Girolamo Orsi, che assunse l’incarico di vice-presidente²³⁵. Anche la *Vittorio Emanuele* intraprese un legame stretto con l’autorità comunale grazie alla presenza in suo seno, oltre ad Orsi, di uomini come Coen e Sturani, presenti anche nella Commissione pubblica: fu proprio il sindaco Fazioli, con lettera del 13 giugno 1865, a chiederle di distribuire gli aiuti per conto del Comune²³⁶. Essa poté muoversi liberamente all’interno della città e della campagna circostante, estendendo i suoi soccorsi ad oltre 13.000 individui, che vennero forniti di viveri (con quotidiane distribuzioni di pane, minestra, carne, vino) mentre oltre 400 infermi furono sostenuti e circa 1.000 abitazioni furono espurgate ed adeguate alle norme igieniche preventive²³⁷. Le due società rimasero distinte, nonostante da alcune parti provenissero inviti ad una fusione. Come spiegava lo stesso comitato permanente della Commissione pubblica nella relazione svolta durante l’epidemia, il compito preposto alla stessa era quello di soccorrere orfani (con precedenza agli orfani di padre e madre o di solo padre) mentre la Società *Vittorio Emanuele* si proponeva di aiutare i malati: emergeva tuttavia anche una certa rivalità tra i due enti nella determinazione con cui si voleva evitare di rinunciare agli impegni presi coi sottoscrittori e di non mantenere fede al proprio programma²³⁸.

III.1.9. LA FIGURA DEL MEDICO GIROLAMO ORSI

La timida comparsa nel secondo Ottocento di una medicina sperimentale, slegata dalle intromissioni teologiche e spirituali del passato²³⁹, si integrò con le aspirazioni della classe liberal-borghese che aveva assunto le redini del paese, condividendone appieno la natura laicista. Non fu certo un

²³⁵ Società Vittorio Emanuele-istituto di moralizzazione e beneficenza in Ancona, «Resoconto dell’adunanza generale dei soci. 22 novembre 1868», cit., pp. V-VI.

²³⁶ *Ibidem*, p. 57.

²³⁷ *Ibid.*, p. VIII. La società inviò un proprio deputato in ognuna delle 14 parrocchie cittadine. Alle parrocchie comunali lontane dalla città non furono offerti soccorsi. A ognuno dei deputati furono assegnati vari compiti di igiene e assistenza. In base alle dichiarazioni dei medici essi distribuirono le razioni quotidiane di sussidi. Furono concessi anche prestiti a 30 famiglie e il baliatico a 70 bambini. Il residuo finale della gestione colera fu di 23.000 lire circa a fronte di un movimento in entrata di circa 100.000 lire, grazie soprattutto al contributo del Comune per le attività di soccorso e le numerose ablazioni di enti pubblici e privati. Si vedano anche, in Appendice, la Tabella XV e i Documenti II-III.

²³⁸ Commissione di pubblico soccorso pei danneggiati dal colera del 1865 in Ancona, «Relazione», cit., pp. 18-19.

²³⁹ Si veda, in questo capitolo, la nota 99.

caso che la maggior parte dei “nuovi” medici provenissero da quello stesso ceto e si fossero formati attraverso la stessa cultura, liberale, laica e monarchica, in molti casi lottando da protagonisti nelle lotte risorgimentali, come accadde per il giovane medico trentino Luigi Pederzoli, che dopo essersi segnalato «fra i prodi volontari in Sicilia per l’entusiasmo patriottico, per la disciplina, per l’imperturbabilità nei pericoli», si offrì «con animo espanso al soccorso dei desolati» dirigendosi nella città di Ancona durante il colera del 1865, «a morir sulla breccia come medico, se non aveva potuto morire come soldato»²⁴⁰. Lo stesso discorso può essere fatto per i fratelli anconetani Alessandro e Girolamo Orsi, medici insigni della città ma anche personaggi celebrati delle guerre d’Indipendenza.

Vale la pena di soffermarsi sulla figura di Girolamo Orsi, principale punto di riferimento medico-sanitario di Ancona, protagonista della battaglia contro il colera, autore di conferenze nazionali sulla profilassi dello stesso e per il miglioramento dell’igiene delle classi popolari. Nato nel 1815 a Forlì da una famiglia aristocratica non particolarmente benestante, attivo dal 1840 ad Ancona e poi a Civitavecchia, dove fu cacciato per la sua compromissione con la Repubblica romana, fu poi di nuovo ad Ancona durante le epidemie di colera della seconda metà del secolo²⁴¹.

Girolamo Orsi rappresentò alla perfezione l’immagine del medico “illuminato” del secondo periodo ottocentesco; nello stesso tempo la sua personalità raffigurava l’uomo borghese uscito da protagonista dalle lotte risorgimentali, ideologicamente ancora legato ai valori propri del passato, sostenitore dell’ordine e della fedeltà alla monarchia, ma comunque promulgatore di un miglioramento delle condizioni igieniche-sanitarie delle classi popolari, convinto che fosse attraverso il progresso delle stesse che passasse il miglioramento dell’intera società. Orsi alternò la pubblicazione di opuscoli, lettere, scritti, studi (principalmente sul colera, ma pure sulla tubercolosi e sul vaiolo della cui vaccinazione fu il principale promotore nella provincia) ad un’incessante varietà di iniziative a carattere sociale e culturale, quali l’apertura di manicomi, brefotrofi, ospizi di vecchiaia, scuole,

²⁴⁰ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Inaugurazione di lapide commemorativa ai medici morti nelle epidemie di colera in Ancona. 23 maggio 1869», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1869, pp. 21-22.

²⁴¹ Angelini, *Lotta politica e medicina ad Ancona nel secondo Ottocento*, cit., p. 139.

asili serali e festivi. Egli fu pure membro attivo delle commissioni territoriali e nazionali a tutela della salute (Società *Vittorio Emanuele*, comitato anconetano dell'Associazione medica italiana, Commissione per la profilassi del colera in Italia), in cui la figura dell'uomo di scienza si mescolava con quella del politico, come nel caso del fratello Alessandro, convinto liberale e acuto critico del potere temporale del papato. Orsi scese più volte sul terreno della politica, occupando anche incarichi all'interno del consiglio comunale al fine di realizzare il suo intento riformatore. Gli obiettivi di Girolamo Orsi erano ben evidenziati dalle finalità che si proponeva il comitato nazionale centrale delle Marche della Società nazionale, i cui intenti anticiparono sostanzialmente quelli della Società *Vittorio Emanuele*: ribadita la fedeltà al Re, al principio dell'ordine, testimoniata da una «politica circospetta», era espressa la necessità di far sì che «siano dalle parole e dall'esempio, intorno ai veri loro interessi illuminate e condotte le masse»²⁴²; inoltre veniva evidenziata la cura di «eccitare lo spirito pubblico a vera vita civile [...], istruire» e «moralizzare il popolo»²⁴³. Come ha affermato Werther Angelini, i continui riferimenti al benessere intellettuale, economico e morale come fonti del progresso civile della nazione rientravano in un modo di pensare caro a molti liberali dell'Ottocento: in tal modo essi sfioravano concetti per certi aspetti vicini alla cultura cristiana ed al democratismo²⁴⁴. Nessuno scrupolo se per raggiungere i propri scopi fosse necessario legarsi anche al clero, gesto che valse ad Orsi l'accusa di traditore dello spirito rivoluzionario, ma che il dottore respinse con forza definendo la sua opera di un progressista e non più di un rivoluzionario: egli non rifiutava quindi di salvaguardare il ruolo dei cattolici negli istituti pubblici quando questo era conveniente alle sue finalità, pur confermando la critica di base all'ente Chiesa come istituzione²⁴⁵. Ovviamente ciò comportò anche attacchi dall'altro lato, dalle frange più radicali vicine alle fazioni repubblicane, che rimproverarono il dottore forlivese di eccessi di paternalismo nei confronti delle classi urbane e rurali, le quali vedevano in lui più un esponente illuminato di un'aristocrazia comunque tradizionalista che un vero

²⁴² G. Orsi, *Relazione al comitato nazionale centrale delle Marche in Ancona nell'adunanza generale dei soci del 20 maggio 1861*, Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1861, p. 4.

²⁴³ *Ibidem*, p. 10.

²⁴⁴ Angelini, *Lotta politica e medicina ad Ancona nel secondo Ottocento*, cit., p. 142.

²⁴⁵ *Ibidem*, pp. 143-144.

riformatore: un esempio ne fa l’annosa polemica del 1871 avente come oggetto la gestione dell’ospedale centrale²⁴⁶. D’altronde, come ha fatto notare ancora Angelini, Orsi «non vuole evidentemente processare una società» e questo può spiegare la scarsa analisi nei suoi scritti del problema sociale del nutrimento e dello scarso vigore dei ceti popolari: il medico anconetano da uomo di medicina quale era si accontentava di «esporre i fatti nella loro realtà ed a prendere come un qualunque triste avvenimento l’abbattersi di una calamità, evidentemente limitandosi a registrare la morte come sottrazione di persone utili alla vita produttiva»²⁴⁷.

Orsi si legò soprattutto agli uomini più influenti della città, come il sindaco Michele Fazioli, il quale personalmente assegnò a lui il ruolo di responsabile medico nell’emergenza colera, così come agli altri medici anconetani (Cesare Persichetti, Pietro Mengozzi, Vincenzo Agostini, Pietro Lepri quelli più attivi) che Orsi sembrò guidare «quasi con piglio militare»²⁴⁸. Politica e medicina dunque unite nel progresso civile e morale della popolazione. Era ben chiaro tra i promotori di iniziative come quelle lanciate da Orsi, ma in generale in tutti gli ambienti culturali anconetani, il ruolo decisivo svolto dalla medicina per il progresso civile delle masse urbane: come affermava Olivi sulla *Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie* essa:

si adopera a tenervi lontani l’aria viziata, il cibo insalubre [...]; spinge i suoi sguardi nelle sale del dovizioso, e nella capanna del povero; quivi esamina le diverse maniere del vivere, e in esse discopre le cagioni di particolari malattie. La civile medicina dimostra, che il lusso, l’ozio, e la crapula sogliono essere principali cagioni dei morbi fisici e morali della gente, cui troppo arrise fortuna; e che nella gente di povera condizione (la quale costituisce la più numerosa classe dei cittadini) causa principale di vizi e di malattie sì è la miseria. [...] La miseria del popolo mantiene in lui quello stato di avvilito, che gli toglie la propria dignità, i sentimenti di cittadino, e l’amor della patria. E come uomini poveri ed ignoranti potranno sentire affetto per quella patria, di cui non conoscono il pregio?²⁴⁹.

Il grande contributo dell’*équipe* guidata da Orsi durante l’epidemia anconetana del 1865-67 fu ricordato anche con l’inaugurazione di una lapide

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 158. Orsi fu accusato duramente dalle frange più radicali, desiderose di abolire completamente gli istituti religiosi, di favorire l’opera del clero monastico all’interno dell’ospedale cittadino: la polemica nel corso degli anni si fece ancora più aspra e nemmeno il contributo dato dal medico nelle epidemie coleriche successive del 1873 e del 1884 servì a sopirla.

²⁴⁷ *Ibid.*, p. 151.

²⁴⁸ *Ibid.*, p. 145.

²⁴⁹ D. Olivi, *Sulla miseria del popolo*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», cit., p. 337.

commemorativa per i medici civili e militari che vi erano caduti: un modo per onorarli come «martiri della scienza e dell’umanità, imperocché colla abnegazione spinta sino al sacrificio fecero olocausto della vita per il bene di tutti»²⁵⁰. Ben sette furono uccisi dall’epidemia, e vi fu chi, come il medico militare lombardo Cesare Palloni, giunto in città in soccorso dei colleghi dell’Associazione medica italiana, fu colto durante lo svolgimento del proprio lavoro, considerato che «fu spento il 30 agosto, dopo aver dato servigi prestanti»²⁵¹.

III.2. *Il colera si espande nel resto d’Italia*

Dopo Ancona e porti come Bari, Napoli e Genova, il colera si diffuse sul resto del territorio italiano lungo varie direzioni, colpendo fino al marzo del 1866 ben 35 delle 59 province italiane. Dopo avere abbandonato Marche, Emilia Romagna ed Umbria, il morbo si espanse violentemente nel 1867 anche a Lombardia, Puglia, Sicilia e Stato Pontificio, arrecando un bilancio finale sul territorio nazionale di circa 160.000 morti (quasi 130.000 nel solo 1867), di cui buona parte al sud, il quale pagò un tributo di vittime più alto che nelle epidemie precedenti²⁵². L’aumento demografico prodottosi nella seconda parte del secolo fu infatti maggiore nel Mezzogiorno ed in Sicilia accrescendo lo squilibrio tra strutture e popolazione; ma più che altrove si soffrì soprattutto la rinuncia ad interventi straordinari, dettata dal non voler aumentare le imposte sui ceti possidenti ed aggravare i bilanci municipali²⁵³. A Napoli, ad esempio, fino al 1884 sarebbero stati presenti solamente due acquedotti, antichi e di portata insufficiente per una città così popolosa, pericolosi per costruzione e manutenzioni che non assicuravano la sanità dell’acqua che vi scorreva; inoltre, anche le fognature erano insufficienti e mal funzionanti²⁵⁴.

²⁵⁰ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Inaugurazione di lapide commemorativa ai medici morti nelle epidemie di colera in Ancona. 23 maggio 1869», cit., p. 8.

²⁵¹ *Ibidem*, p. 23. Si veda anche p. 11: oltre a Palloni, persero la vita il napoletano Giovanni Corbisier, i modenesi Albino Sonetti ed Eugenio Jacoli, il già nominato trentino Luigi Pederzoli, gli anconetani Ercole Stefanini e Gaetano Persichetti. Nelle epidemie del 1836 e del 1855 ne erano periti in tutto 4, di cui 1 solo anconetano.

²⁵² Per un quadro complessivo dell’epidemia del 1865-67 in Italia, si vedano, in Appendice, le Tabelle IV-V-VI-VII-VIII-IX-X-XI.

²⁵³ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., pp. 249-250.

²⁵⁴ Forti Messina, *L’Italia dell’Ottocento*, cit., p. 451.

Analizzando i dati statistici dell'epidemia, emerge, rispetto ai flagelli passati, la miglior reazione di alcune grandi città come Torino, Genova e Milano: l'intervento comunale e medico fu generalmente più incisivo nei grandi centri del nord ed alcuni di loro evidenziarono una mortalità decisamente inferiore, sia rispetto al passato, sia soprattutto rispetto alle città del centro-sud dove invece essa rimase elevatissima²⁵⁵; i centri medi e minori come Ancona e soprattutto San Severo, continuarono un po' ovunque a pagare tributi straordinari²⁵⁶. Non si segnalano sensibili progressi nel campo della letalità che rimase sovente sopra il 50%, incidendo in misura crescente sulle classi popolari, a testimonianza di una sempre forte influenza delle condizioni igieniche e sanitarie nello sviluppo della malattia²⁵⁷.

Nonostante gli avvenimenti del 1865 fossero serviti in alcuni casi a predisporre misure più efficaci negli anni successivi, nel resto d'Italia, a differenza di quanto successe ad Ancona, fu proprio nel 1867 che il colera provocò i maggiori disastri: non sempre le misure preventive adottate si dimostrarono efficaci, sebbene già nel 1866 il Ministero dell'interno, grazie ai dati statistici riferiti ai comuni maggiormente colpiti dal colera dell'anno precedente, raccolti dall'apposito ufficio centrale, avesse stabilito la contagiosità del male, l'utilità degli isolamenti e degli espurghi, nonché l'insalubrità degli ambienti e delle condizioni igieniche delle zone colpite²⁵⁸. Al di là dello scarso rispetto che alcune frange di popolazione continuavano ad avere per tali direttive, anche il Governo aveva le sue colpe, perché la contraddittorietà tra, proibizioni da un lato, e dinieghi sulla presenza dell'epidemia dall'altro, non contribuivano certo a tranquillizzare gli animi e a mantenere la situazione sotto controllo.

Ciò che sconcerta è che nonostante qualche progresso compiuto in campo medico, il cui merito principale fu, come già segnalato per il caso di Ancona, l'abolizione della dannosa tradizione del salasso, i rimedi curativi fossero rimasti anche nel resto d'Italia in gran parte gli stessi del passato: ipecacuana, calomelano, magistero di bismuto, magnesia, valeriana, ratania, arnica, gomma arabica, oppio in polvere, oltre all'uso, più diffuso che in

²⁵⁵ Si veda, in Appendice, la Tabella VI.

²⁵⁶ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 225.

²⁵⁷ Si vedano, in Appendice, le Tabelle VIII-IX.

²⁵⁸ Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto e atti. Adunanza generale del 7 giugno 1868», cit., p. 30.

precedenza, di bevande come vino, anche caldo aromatizzato o *brulè*, caffè, the, rum e di altri liquori vari. Come terapie esterne erano previsti clisteri, bagni molto caldi e l'utilizzo di flanelle di lana per combattere la refrigerazione esterna²⁵⁹.

Non mancarono le solite proposte di panacee prodigiose, ma puntualmente inutili, come quella di un certo Lorenzo Giordano, composta da fumigazioni di quattro differenti piante, che tuttavia l'autore si guardò bene dal nominare²⁶⁰. Anche a causa di terapie così superate ed inefficaci il colera continuò ad avere una letalità assai elevata, sebbene dalla sua prima comparsa sul suolo italiano nel 1835 si fosse ridotta la possibilità di venir colpiti dalla malattia: ancora adesso è difficile comunque stabilire quanto ciò fosse dipeso dall'adozione di norme profilattiche più indicate o dal maggior grado di immunizzazione della popolazione²⁶¹. Inoltre i rimedi rimasero spesso completamente diversi da regione a regione e infatti si può affermare che «l'unificazione delle terapie era ben lungi dal seguire quella politica»²⁶². Si può parlare comunque di un migliore bagaglio di conoscenze epidemiologiche grazie alle intuizioni di Pettenkofer e all'influenza in campo nazionale di uomini di scienza “illuminati” come Namias, il quale ebbe il merito di sostenere la necessità di una migliore attenzione alle feci ed alla sporcizia dei colerosi, alle acque, agli alimenti ed ai pericoli dei quartieri urbani, oltre ad aver dimostrato la contagiosità per via umana della malattia²⁶³.

²⁵⁹ Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., pp. 227-228.

²⁶⁰ Leoni, *Le epidemie di colera*, cit., p. 66.

²⁶¹ Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento*, cit., p. 460.

²⁶² Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., p. 229.

²⁶³ G. Namias, *Storia naturale del colera. Lettura fatta all'ospedale civile di Venezia*, Firenze, editori della Scienza del popolo, 1867, pp. 22-23. Così il professore spiegò come fosse riuscito a dimostrare la contagiosità del colera, dettata dalla presenza di un principio morbifero: «io innestava il sangue dei malati di colera, presso a poco nel modo che ora si tiene per le iniezioni sottocutanee; cioè facendo sulla cute dei conigli un taglio, e col manico del coltellino distaccandola un poco dal sottoposto tessuto congiuntivo, e poi introducendo nella ferita presso a una dramma di sangue. Dei conigli in tal guisa innestati morì circa la metà, e col sangue degli istinti io provocava artificialmente e riproduceva in altri conigli sani, sin per sei o sette esperimenti di seguito, la stessa morte. La quale io sempre osservava succedere più rapida e sicura negl'innesti da coniglio a coniglio, che non da uomo a coniglio; siccome è legge generale per tutti gli innesti, e verificata da tutti in particolare per quello del vaccino, che riescono assai più facilmente nel passaggio per individui della stessa specie, che nel primo passaggio da una specie all'altra. [...] È pertanto indubitabile che molte volte il sangue dei malati di colera contiene un principio morbifico, potente di cagionare la morte degli animali nel cui corpo venga introdotto, e di trasfondere nel loro sangue le stesse sue proprietà. Ho detto le molte volte, perché non sempre

Anche nel rapporto coi medici e con la medicina in generale non si notarono nel resto d'Italia evidenti progressi da parte delle masse urbane colpite dal colera 1865-67. Rifiuti, polemiche ed accuse generalmente furono, nelle regioni italiane, all'ordine del giorno. Come testimonianza vi è la scarsa percentuale di ospedalizzati durante il triennio epidemico, anche nelle più progredite regioni del centro-nord, con la sola felice eccezione della città di Milano²⁶⁴. Questo avvenne nonostante fosse stata da poco approvata l'obbligatorietà e la gratuità, a carico comunale, del sistema delle condotte mediche, che già da tempo si occupavano della salute delle masse, specialmente urbane²⁶⁵. Già i dati riferiti al 1861 erano stati apparentemente positivi in tal senso, considerato che la gran parte dei comuni italiani godeva dei servizi di condotta e una buona parte della popolazione ne avrebbe potuto quindi beneficiare²⁶⁶. Le spese per il servizio sanitario non furono però mai troppo ampie, non solo nei medi e poco ricchi centri ma a volte anche nelle città più grandi.

Affidarsi alla religione più che alla medicina fu ancora la soluzione preferita dalla gente: non meno che negli anni precedenti la malattia aumentò anche nel resto d'Italia le pratiche devozionali nonché il timore ed il rispetto per la collera divina. In Calabria nel 1865 fu addirittura la stampa locale ad esortare alla preghiera per la Santa Vergine Maria²⁶⁷, ma grandi processioni si ebbero pure a Roma, con migliaia di donne smoventesi scalze e piangenti in piena notte, ed a Napoli, dove secondo Tognotti il colera «segnò un punto di arresto nei tentativi del potere civile di imporre la laicità dello spazio urbano e di ridurre la presenza religiosa»²⁶⁸. A volte, come accadeva sovente a Roma, dove l'influenza della Chiesa era chiaramente ancora più forte, anche il ruolo del medico rispondeva non solo a canoni scientifici, ma pure

la morte si effettuò, com'era bene a presumere, sì per la varia resistenza vitale degli animali, sì per la possibilità che il sangue mediante le secrezioni ed escrezioni rimanga spoglio del principio morbifico».

²⁶⁴ Si veda, in Appendice, la Tabella XI.

²⁶⁵ A. L. Forti Messina, *I medici condotti all'indomani dell'Unità*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici*, cit., pp. 683-685.

²⁶⁶ *Ibidem*, p. 667. Forti Messina riporta come nel 1861 circa $\frac{3}{4}$ dei comuni del Regno d'Italia fossero dotati di condotte mediche, per un totale di circa 3.000. Veniva coperta circa $\frac{1}{3}$ della popolazione totale del paese.

²⁶⁷ Preto, *Epidemia, paura e politica*, cit., p. 237.

²⁶⁸ *Ibidem*, p. 232.

etici, ed il suo lavoro trascendeva quello della sua professione per entrare in uno di natura morale e cattolica²⁶⁹.

Molte reazioni popolari non si discostarono da quelle del passato e specie al sud si verificarono episodi in cui paura, politica e malattia si intrecciavano fortemente. L'episodio più noto è senz'altro quello di Palermo dove si scatenò una feroce rivolta, seguita da una repressione militare altrettanto dura da parte delle truppe inviate da Napoli, le quali contagiarono la regione²⁷⁰: innescata dal disagio economico e dalla crescente disoccupazione, capeggiata da alcuni leader della plebe già protagonisti delle ribellioni del 1848, la sommossa si diresse verso gli edifici pubblici che furono assaltati con l'appoggio di fazioni borboniche e dell'estrema sinistra repubblicana²⁷¹. Ancora in Sicilia, a Messina, un'insurrezione urbana distrusse il gasometro nella convinzione che il Governo di Firenze diffondesse il colera attraverso i tubi del gas, al fine di arricchire l'erario con le tasse di successione²⁷². Sempre a Messina, colera e politica si intrecciarono nella diatriba che fu lanciata dalle correnti moderate, le quali sostenevano che la pandemia fosse stata inviata dal Governo per punire una città ideologicamente troppo progressista²⁷³. Episodi come quelli siciliani si verificarono anche in Calabria, dove il colera venne strumentalizzato dalle frange più conservatrici che lo dichiararono conseguenza della scomunica ai danni di papa Pio IX; inoltre non mancarono episodi di inaudita violenza che videro protagonisti non solo la plebe urbana ma anche le classi più agiate: massacri di intere famiglie, di donne, di bambini, strazi di cadaveri, cacce all'uomo, linciaggi, roghi di sospetti untori²⁷⁴.

Non solo al sud si segnalano tuttavia episodi di tale portata: a Genova si ebbero proteste contro guardie municipali e sanitari mentre tra la gente si diffondeva la credenza che il colera si propagasse nell'aria attraverso moscerini prodotti con urina di rospo, bava di serpe e di cane idrofobo²⁷⁵. Nel milanese si ripeterono i deliri sull'avvelenamento operato dai medici, le

²⁶⁹ Leoni, *Le epidemie di colera*, cit., pp. 56-57.

²⁷⁰ Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento*, cit., p. 459.

²⁷¹ Preto, *Epidemia, paura e politica*, cit., pp. 214-215.

²⁷² *Ibidem*, p. 216.

²⁷³ *Ibid.*, p. 217.

²⁷⁴ *Ibid.*, pp. 221-223.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 213.

scene di occultamento di malati, le resistenze ad autorità sanitarie e governative²⁷⁶; anche a Rimini si segnalavano violenze a causa di alcuni fomentatori politici che aizzarono le gente del volgo, accendendo in essa pregiudizi ed odio contro i medici, oltre ad incitarle alla ribellione contro le norme sanitarie ed i luoghi di quarantena²⁷⁷. Ancora una volta dunque la massa assegnò al Governo, stavolta italiano, e ai suoi funzionari, la responsabilità della situazione e si ripeterono le scene usuali di rifiuto di offerte di alimenti, considerati avvelenati, e di medicine, preferendo ad esse rimedi tradizionali come tabacco e olio delle lampade della Madonna²⁷⁸. Scene di fuga disperate per le strade, tumulti, credenze di avvelenamenti, violenze ed omicidi di funzionari, medici, farmacisti, assalti all'esercito ed alle caserme, abbandono di malati e cadaveri, incuria, furono caratteristici anche dell'epidemia del 1865-67: frequentemente anche l'arruolamento della guardia nazionale si rivelò inutile per la salvaguardia della sicurezza, visto che pure molti di loro tendevano ad abbandonarsi ai timori di avvelenamento²⁷⁹.

Come ha notato Paolo Sorcinelli, durante le epidemie coleriche ottocentesche sembra che, nonostante le numerose organizzazioni di soccorso pubblico e privato, mancasse da parte della gente comune una partecipazione sincera ed una pietà cristiana per quello che accadeva al vicino o all'amico, se non addirittura al parente:

non si ispezionano più le case delle vittime, non si ha il tempo di *profumare* persone e oggetti, non si controllano più i cadaveri e le sepolture. Nel frattempo scarseggiano manovali per scavare le fosse e sorgono difficoltà per reperire i terreni da adibire a camposanto, tanto che i cadaveri vengono ammucchiati in grotte naturali o lasciati insepolti per più giorni, o a volte sono gli stessi medici che devono liberare i letti del lazzaretto dai cadaveri e portarli all'aperto²⁸⁰.

Stare a contatto dei morti era ritenuto pericoloso e causava paure di contagio ma era visto anche come un'infamia: quindi spesso tale compito era volentieri lasciato ad individui cinici, emarginati e votati al lucro, come

²⁷⁶ *Ibid.*

²⁷⁷ *Ibid.*

²⁷⁸ *Ibid.*, p. 215.

²⁷⁹ *Ibid.*, pp. 218-219.

²⁸⁰ Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure*, cit., pp. 100-101.

alcuni becchini che vedevano nelle epidemie coleriche l’opportunità per un riscatto sociale²⁸¹.

Nel tracciare un bilancio demografico generale dell’epidemia di colera italiana appena trattata, si può notare come essa abbia influito sull’aumento della mortalità generale nazionale, contraddicendo l’impressione dell’epoca, cioè che durante i periodi di colera tutte le altre malattie fossero meno diffuse, sicché il numero totale dei decessi rimanesse sostanzialmente lo stesso²⁸². Lorenzo Del Panta, nel fornire un’analisi generale delle epidemie sul suolo italiano, e quindi anche del colera, evidenzia come in loro presenza si assista generalmente ad un abbassamento dei matrimoni e delle nascite, che poi iniziano la risalita una volta spentosi il contagio; i decessi invece diminuiscono a livelli più bassi del periodo precedente allo scoppio della malattia, considerato il decremento del numero della popolazione globale ed il fatto che la morte di persone malate ed anziane viene anticipata. Quindi gli anni immediatamente successivi alla malattia sono generalmente contrassegnati dalla crescita della popolazione, che colma lo squilibrio causato dalla crisi, in più o meno tempo a seconda dei vari casi²⁸³. Strategie matrimoniali e familiari post-epidemiche comunemente rispondono a nuove esigenze ma non sempre gli adattamenti sono “perfetti”, tanto che nel caso del colera “italiano” fu ampio il numero di vedovi/e ed orfani/e, come si è visto anche in questa ricerca per la città di Ancona. Curioso comunque il lamento dell’abate Borioni, il quale, nello scrivere la cronaca del colera anconetano del 1836, se la prendeva con l’abitudine di alcune persone rimaste vedove di unirsi in matrimonio in seconde nozze: «e lo sposo a cui era mancata la compagna, e la sposa a cui il compagno era morto, mentre si suffragavano le anime dell’una e dell’altro, già stringevano un nodo novello e poco di poi si rimaritavano»²⁸⁴. Poiché le conseguenze sul lungo periodo possono comunque essere diverse a seconda dell’intensità della crisi e della letalità per classi sociali, sesso ed età, non è possibile tracciare un quadro completo e definitivo delle reazioni di breve e lungo periodo²⁸⁵. Nel caso

²⁸¹ *Ibidem*, p. 102.

²⁸² Si veda, in Appendice, la Tabella X. Si veda inoltre la Tabella XVI per i dati sul movimento della popolazione della provincia di Ancona durante l’epidemia di colera del 1865-67.

²⁸³ Del Panta, *Le epidemie nella storia demografica italiana*, cit., pp. 88-95.

²⁸⁴ Borioni, *Il colera del 1836*, cit., p. 108.

²⁸⁵ Del Panta, *Le epidemie nella storia demografica italiana*, cit., pp. 88-95.

delle epidemie di colera poi, si ha testimonianza di comportamenti opposti a quelli solitamente tipici della morale comune: ne è un esempio la sfera dei comportamenti sessuali, che il colera riusciva a condizionare attraverso «la rinuncia ai rapporti intimi, dettata dalla paura dell'altro corpo e da motivazioni di ordine religioso» ma a cui a volte si opponeva, come a volersi ribellare contro la morte, «un'esasperata accentuazione dell'attività sessuale»²⁸⁶.

²⁸⁶ Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure*, cit., p. 14.

Conclusioni

Il colera è indubbiamente una malattia che ha segnato l'Ottocento europeo ed italiano. In questo lavoro ho analizzato, da un punto di vista sociale, l'impatto che al tempo esso ebbe sull'Italia e su Ancona in particolare. L'approfondimento del caso di Ancona, che ha costituito la parte più rilevante e di ricerca storica del mio studio, ha confermato ciò che numerose fonti bibliografiche sostengono da tempo: il colera ottocentesco ha testimoniato l'arretratezza igienica e culturale delle masse urbane, le più colpite dal morbo, oltre ad evidenziare la scarsa efficacia dei provvedimenti predisposti da medici ed amministratori.

Se la sensibilità mostrata dal tentativo di migliorare le condizioni igieniche-sanitarie delle masse urbane, principale veicolo della malattia, e nel lamentare le carenze strutturali della città, fu senz'altro lodevole, non per questo anche la classe medica anconetana si distinse però dai colleghi delle altre regioni per rimedi curativi efficaci e all'avanguardia. Ciò che è emerso approfondendo il caso di Ancona è però principalmente l'incuria e la miseria della gran parte della popolazione, oltre alla scarsa capacità degli amministratori comunali e provinciali di migliorare la sanità cittadina e ridurre il rischio di epidemie, come si è visto nel caso limite dell'acquedotto.

Se il colera funse da cartina di tornasole evidenziando nel capoluogo marchigiano le pericolose conseguenze della carenza di acqua potabile e di fognature, dell'abbondanza di abitazioni ed alimenti insalubri, dell'abitudine di insozzare le strade con rifiuti, ecc., i fatti del 1865, grazie anche all'attivismo dei medici locali, comportarono una crescita di attenzione alla questione sanitaria da parte degli amministratori. Il grande sforzo economico compiuto dall'amministrazione provinciale per sostenere la vaccinazione antivaiolosa è una prova della maggiore importanza data a tali problemi. Anche per questo l'epidemia del 1865 fu l'ultima grave a colpire la città, che reagì con maggiore efficacia alle successive invasioni epidemiche.

Parlare di svolta improvvisa tuttavia mi sembra prematuro. Fu soprattutto negli anni Ottanta e Novanta, più che nell'immediato, che ad Ancona si sarebbero realizzati importanti interventi pubblici come la tanto attesa costruzione dell'acquedotto, il risanamento dei quartieri dichiarati malsani, la disinfezione di chiaviche, scuole, latrine, la creazione di

regolamenti d'igiene. Come hanno affermato Mario Ciani ed Ercole Sori, con il colera del 1865 si chiuse ad Ancona «l'*ancien régime* demografico»²⁸⁷ ma ancora fino al 1880 il livello di mortalità sarebbe stato nella città intorno al 30 per 1.000 e soltanto alla fine del secolo esso si sarebbe dimezzato fino al 15 per 1.000, ponendo la città ai primi posti in Italia in questa classifica indice di qualità di vita²⁸⁸. Fu soprattutto nell'ultimo ventennio del secolo infatti, che la questione sanitaria venne affrontata con fermezza ed anche ad Ancona, come nel resto d'Italia - si pensi al caso di Napoli - il Comune si impegnò più concretamente che in precedenza al fine di «migliorare la capacità di controllo igienico e sanitario dell'ambiente urbano»²⁸⁹: ciò anche a seguito della scoperta del virus colerico da parte di Koch, avvenuta nel 1883, la quale contribuì a porre in primo piano per la prima volta il momento della prevenzione rispetto a quello terapeutico.

Difficile individuare invece sensibili cambiamenti nelle reazioni popolari, che innanzi alle successive epidemie di colera, ancora per tutto il secolo, sarebbero state, come ha fatto notare Paolo Preto, ancora caratterizzate da psicosi, pregiudizi e superstizioni, e la gente avrebbe reagito innanzi alla malattia di nuovo affidandosi più alla devozione religiosa ed alla tradizione che alla medicina: un fenomeno che è stato confermato da Ciani e Sori anche per il caso di Ancona²⁹⁰.

²⁸⁷ Ciani, Sori, *Ancona contemporanea*, cit., pp. 359-361.

²⁸⁸ *Ibidem.*

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 361.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 359.

Appendice

Tabella I
Funzioni religiose e casi di colera a Livorno nel 1835

<i>Funzione religiosa</i>	<i>Giorni</i>	<i>Casi segnalati di colera</i>
2, 3, 4 agosto Triduo alla Madonna di Montenero	6-8 agosto	8
14, 15, 16 agosto Triduo nella chiesa di Santa Caterina	9-15 agosto	8
20, 21, 22, 23 agosto Triduo nella chiesa di Santa Caterina in onore di san Vincenzo Ferrario	16-22 agosto	21
20, 21, 22, 23 agosto Triduo nella Cattedrale	23-29 agosto	288
	30 agosto-5 settembre	777
Giorni successivi fino al 7 settembre Processioni di uomini e donne scalzi a Montenero	6-12 settembre	439
8, 9, 10 settembre Triduo nella chiesa di Santa Caterina	13-19 settembre	237
	20-26 settembre	118
	27 settembre-3 ottobre	90
	4-10 ottobre	28
	11-17 ottobre	4

E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. 125.

Tabella II
Mortalità nell'Italia preunitaria durante l'epidemia del 1835-37

	1835		1836		1837		Totale		Morti su 1000 abitanti	Popolazione totale
	Casi	Morti	Casi	Morti	Casi	Morti	Casi	Morti		
Regno sardo	5.811	2.962	4.562	2.920	1.240	685	11.613	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	2148	2206	19	9	554	347	?	2562	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 qua dal Faro	-	-	?	60.700	?	29.682	?	90.382	10,0	6.082.900
Sicilia	-	-	-	-	?	69.253	?	69.253	35,3	1.960.951
Italia	17.943		112.275		106.255		236.473		11,0	21.500.000

A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, p. 437.

Tabella III
Le città italiane con il maggior numero di morti
durante l'epidemia del 1835-37

<i>Città</i>	<i>Morti</i>	<i>Morti su 1000 abitanti</i>
Palermo	24.014	135,0
Napoli	19.665	53,0
Roma	5.419	36,3
Catania	5.360	97,4
Genova	3.219	33,5
Venezia	2.769	24,0
Trieste	1.800	50,0
Brescia	1.613	52,0
Milano	1.521	8,5
Livorno	1.490	36,6
Siracusa	1.231	66,6
Cuneo	1.110	62,2

E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. 78.

Tabella IV
Morti complessivi in Italia nelle epidemie di colera

<i>Epidemia</i>	<i>Numero di morti</i>
1835-37	236.473
1849	17.211
1854-55	248.514
1865-67	160.147
1873	1.280
1884-87	33.875
1893	4.270
1910-11	6.950

E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. 223.

Tabella V

Diffusione della mortalità in Italia e nel Mezzogiorno nelle varie epidemie

<i>Anno</i>	<i>Sud e isole</i>	<i>Totale Italia</i>	<i>% decessi sud e isole rispetto al totale nazionale</i>
1835-37	159.635	236.473	67,5
1849	-	17.211	-
1854-55	63.983	248.514	25,7
1865-67	108.519	160.147	67,7
1873	1.280	-	100,0
1884-87	16.053	33.875	47,3
1893	2.657	4.270	62,2
1910-11	5.699	6.950	82,0
Totale	357.826	707.440	50,5

E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. 223.**Tabella VI**

Mortalità in alcune grandi città nelle epidemie di colera (ogni 1.000 abitanti)

<i>Città</i>	<i>Colera 1835-37</i>	<i>Colera 1854-55</i>	<i>Colera 1865-67</i>
Genova	33,5	26,4	10,3
Milano	8,5	6,8	1,7
Napoli	53,0	20,7	14,3
Palermo	135	28,7	42,5
Roma	36,3	9,2	13,9
Torino	7,2	8,1	1,9
Venezia	24	6,4	3,0

E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. 224.

Tabella VII
Comuni colpiti in alcune epidemie di colera

<i>Anno</i>	<i>Decessi</i>	<i>Comuni colpiti</i>	<i>% comuni colpiti</i>
1835	16.190	231	2,8
1836	67.649	1.778	21,5
1837	62.544	989	12,0
1849	13.359	312	3,8
1854	35.030	1.312	15,9
1855	83.500	3.018	36,5
1865	12.901	187	2,3
1866	19.571	560	6,8
1867	128.075	2.143	26,0

L. Del Panta, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino, Loescher, 1980, p. 228.

Tabella VIII
Casi e mortalità in Italia per gruppi sociali (esclusi i senza professione) nell'epidemia del 1865

<i>Gruppo sociale</i>	<i>Casi</i>		<i>Morti</i>	
	<i>Numero</i>	<i>%</i>	<i>Numero</i>	<i>%</i>
Detenuti, poveri, ricoverati e questuanti	672	4,2	361	4,3
Industria domesticità	13.039	82,7	6.819	81,8
Professioni liberali, culto, possidenti e pensionati	2.054	13,0	1.153	13,8
Totale	15.765	100,0	8.333	100,0

A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, p. 477.

Tabella IX

Casi e mortalità in Italia durante l'epidemia del 1866-67 per condizioni economiche (esclusi comune e provincia di Milano)

<i>Condizione economica</i>	<i>Casi</i>		<i>Morti</i>	
	<i>Numero</i>	<i>%</i>	<i>Numero</i>	<i>%</i>
Condizione agiata	23.387	9,0	11.491	8,0
Condizione mediocre	42.262	17,0	22.262	16,0
Condizione povera	185.659	74,0	109.597	76,0
Totale	251.308	100,0	143.350	100,0

A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, p. 477.

Tabella X

Aumento della mortalità in alcune regioni italiane durante l'ondata epidemica di colera del 1867

<i>Regione</i>	<i>Aumento mortalità in %</i>
Abruzzi	5,4
Basilicata	3,1
Calabria	4,8
Campania	3,3
Lombardia	1,9
Piemonte	4,9
Puglie	19,8
Sardegna	16,0
Sicilia	21,6
Umbria	1,3
Media nazionale	13,5

A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 492-493.

Tabella XI
 Ospedalizzazione sul suolo italiano durante l'epidemia del 1865-67

<i>Luogo</i>	<i>Anno/i</i>	<i>% in rapporto ai colpiti</i>
Abruzzo e Molise	1865-67	1,0
Ancona	1865	21,2
Basilicata	1865-67	1,0
Calabria	1865-67	3,0
Campania	1865-67	5,0
Emilia	1865-67	9,0
Italia	1865	12,0
Liguria	1865	26,0
Liguria	1866-67	20,0
Lombardia	1865	25,0
Lombardia	1866-67	15,0
Marche	1865-67	13,0
Milano	1867	77,0
Piemonte	1865-67	10,0
Puglia	1865-67	2,0
Roma	1867	31,0
Sardegna	1865-67	9,0
Sicilia	1865-67	3,0
Toscana	1865-67	14,0
Veneto	1865-67	25,0
Umbria	1865-67	16,0

A. L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, p. 491.

Tabella XII
Distribuzione percentuale della popolazione anconetana nel 1857

<i>Condizione socio-professionale</i>	%
Bottegai, negozianti, artigiani, commercianti, padroni di barche	27,1
Impiegati pubblici, comunali, militari	7,7
Lavoratori dipendenti	52,5
Liberi professionisti	5,9
Possidenti	4,9
Religiosi ed ex religiosi	2,0

M. Ciani, E. Sori, *Ancona contemporanea: 1860-1940*, Ancona, Clua, 1992, p. 202.

Tabella XIII
Professioni ad Ancona città e sobborghi nel 1861 (31.857 abitanti)

<i>Professioni</i>	<i>Numero</i>	<i>Professioni</i>	<i>Numero</i>	<i>Professioni</i>	<i>Numero</i>
Militari	3.436	Acquaioli	109	Nutrici	37
Camerieri, servitori	1.647	Ricoverati	107	Tappezzieri	37
Sarti e sarte	1.319	Impiegati provinciali e comunali	98	Pizzicagnoli	36
Studenti	1.282	Tipografi e garzoni	98	Scrivani	36
Possidenti	857	Cocchieri	86	Farmacisti	29
Calzolai	687	Pittori	80	Illuminatori	28
Facchini	580	Ottonai	78	Bottai	24
Fabbri	299	Macellai	76	Magistrati	20
Preti e monache	242	Canapieri	74	Mercanti di vino	15
Carrettieri e vetturali	227	Orefici	71	Vasai	13
Commessi	225	Avvocati, procuratori, notai	55	Pittori e scultori	8
Locandieri e trattori	188	Artisti, suonatori	50	Tintori	8
Professori e maestri	181	Modiste	50	Becchini	7
Bottegai di commestibili	174	Ingegneri, architetti, agronomi	49	Droghieri	7
Cordai	163	Medici, chirurghi, flebotomi	48	Mercanti di ferro	6
Poveri erranti	145	Ebanisti	43	Veterinari	5
Barbieri	133	Sellai	41	Ottici	2
Pescatori e pescivendoli	126	Stagnai	41	Palombari	2
Agenti di commercio	121	Verniciatori	38	Accordatori	1

M. Ciani, E. Sori, *Ancona contemporanea: 1860-1940*, Ancona, Clua, 1992, p. 37.

Tabella XIV

Distribuzione per condizione socio-professionale della popolazione in alcune parrocchie anconetane nel 1872

<i>Condizione socio-professionale</i>	<i>Parrocchia di San Pietro</i>	<i>Parrocchia di Santa Maria della Piazza e San Rocco</i>	<i>Parrocchia di Santa Maria della Misericordia</i>	<i>Parrocchia di San Domenico</i>
Artigiani	12,2	7,8	6,8	11,5
Bottegai, commercianti	15,0	14,7	13,4	23,8
Impiegati e militari	11,8	12,3	9,2	13,7
Lavoratori salariati	43,2	40,1	28,9	39,1
Marinai	0,8	1,2	31,8	0,3
Possidenti, liberi professionisti e religiosi	17,0	23,8	9,9	11,7

M. Ciani, E. Sori, *Ancona contemporanea: 1860-1940*, Ancona, Clua, 1992, p. 203.

Tabella XV
Colera 1865 ad Ancona: mortalità e soccorsi distribuiti

<i>Parrocchia</i>	<i>Abitanti</i>	<i>Morti</i>	<i>Assistenza alimentare</i>		<i>Assistenza infermi</i>		<i>Espurghi e imbiancature</i>		<i>Spesa totale in lire</i>
			<i>Persone</i>	<i>Spesa in lire</i>	<i>Persone</i>	<i>Spesa in lire</i>	<i>Ambienti</i>	<i>Spesa in lire</i>	
S. Maria e Misericordia	4.230	179	1.545	6.306	41	1.666	96	192	8.164
S. Pellegrino	2.050	84	491	2.217	7	66	49	125	2.408
S. Pietro	4.416	182	1.460	4.181	26	658	147	431	5.271
Ss. Cosma e Damiano	4.113	201	1.604	3.408	30	495	177	494	4.397
S. Domenico	1.242	65	120	825	10	173	1	3	1.001
S. Giovanni	3.006	106	2.452	7.272	41	489	115	231	7.993
S. Giacomo e Rec. Israel.	6.000	183	1.881	4.253	36	843	117	332	5.428
S. Agostino	1.657	67	469	1.544	19	78	10	19	1.641
Ss. Crocifisso e Grazie	4.676	329	1.718	5.765	4	73	95	199	6.037
Fornaci	1.620	-	241	1.290	3	30	32	97	1.417
Torrette	1.121	90	348	1.337	2	14	-	-	1.351
Posatora	1.354	77	321	1.901	13	461	-	-	2.362
Candia	1.771	46	400	820	-	417	90	180	1.417
Varano	1.584	31	320	668	-	150	61	122	940
Totale	38.840	1.640	13.370	41.791	232	5.614	990	2.427	49.834

Società Vittorio Emanuele-istituto di moralizzazione e beneficenza in Ancona, «Resoconto dell'adunanza generale dei soci. 22 novembre 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, p. 13.

Tabella XVI

Movimento della popolazione della provincia di Ancona nel periodo 1862-67

<i>Anno</i>	<i>Nascite</i>	<i>Decessi</i>	<i>Nati sui morti</i>	<i>Morti sui nati</i>	<i>Popolazione totale</i>
1861					254.849
1862	9.701	8.242	1.459	-	256.308
1863	9.921	8.599	1.322	-	257.630
1864	9.792	7.798	1.994	-	259.624
1865	9.831	10.799	-	968	258.656
1866	10.109	7.724	2.385	-	261.041
1867	9.485	7.288	2.197	-	263.238

Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto e atti. Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, p. 51

Documento I
Colera asiatico 1865
Quesiti ai medici della provincia di Ancona

- 1) Quali sono le condizioni topografiche della città o del paese o del comune?
- 2) Quale fu nei pregressi mesi lo stato atmosferico - in quanto a pressione dell'aria - in quanto a temperatura - a stato elettrico - a venti predominanti - a pioggia, nebbia, temporali?
- 3) Quale fu lo stato tellurico in quanto a siccità od umidità di suolo - a corso di torrenti o di fiumi - ad impaludamenti - ed in quanto ad influenza delle cause meteoriche e telluriche sulla salute delle piante e degli animali domestici?
- 4) Quale è lo stato igienico della popolazione dell'abitato e del contado - in quanto ad influenza della pulizia urbana - in quanto ad usi di vita considerati nella alimentazione - nelle abitazioni - nel lavoro?
- 5) Se qualche circostanza speciale abbia potuto influire a modificare o pervertire l'abituale alimentazione dei cittadini e dei coloni?
- 6) Quale era lo stato della salute pubblica anteriore alla manifestazione della colera? Quali gli stati morbosi e le forme morbose predominanti? Quali le cagioni loro apprezzabili? Quali le cure e le risultanze o di risoluzione, o di successioni morbose, o di esiti infausti?
- 7) Descrivere in speciale modo i morbi aventi attinenza colla natura e forma colerica, e pronunciati l'invasione di morbo epidemico o popolare.
- 8) Se cotali condizioni morbose erano insolite, o consuete al luogo ed alla stagione dominante; o se furono meno estese e gravi degli'anni precedenti?
- 9) Se vi furono località nelle quali gli stati e le forme morbose accennassero a disposizione epidemica enterica, e non pertanto la colera non sviluppasse; e se sviluppando assumesse forma epidemica?
- 10) Indicare lo stato sanitario dei pubblici ospedali, dei manicomi, degli ospizi di vita comune; degli asili d'infanzia innanzi allo sviluppo della colera.
- 11) Quando avvenne il primo caso della colera? In chi? Quali i rapporti di quell'individuo immediati o mediati - col luogo - colle persone - colle cose provenienti da parte infetta?

- 12) Quale tempo trascorresse tra i rapporti morbosi dell'individuo, e lo sviluppo del morbo?
- 13) Di quanto precedette la comparsa del primo caso alla manifestazione dei successivi; o se la manifestazione insorgesse di un tratto epidemica, con molti casi e con quanti?
- 14) Quali i rapporti circostanziati del primo caso morbo coi successivi, considerati - nella famiglia - nei parenti - negli assistenti - negli estranei? Quali i rapporti dei casi susseguenti colle cose appartenenti a colerosi, innanzi che il morbo si diffondesse nelle masse?
- 15) Quali effetti di propagazione del male si verificassero in un luogo ove la colera poté essere importata da masse, relativamente al luogo in che poté essere importata da un individuo o cosa?
- 16) Quali le cagioni apprezzabili dello sviluppo dei primi casi, o della epidemia subitanea, quando non si constatarono rapporti col luogo, colle persone, colle cose provenienti da paese infetto; considerando ciò in rapporto ad influenze atmosferiche - a cagioni telluriche - a pervertimenti d'igiene. Quali in tali circostanze la precisa direzione dei venti?
- 17) Se il morbo si propagasse in un luogo per centri intorno ai primi casi; o se si diffondesse per zone secondo il corso dei venti?
- 18) Se al manifestarsi dei primi casi furono praticati isolamenti degli individui e delle famiglie - quali effetti si ottennero? Furono ad un tempo decomposte le materie eiette dai colerosi, e con quali agenti furono commiste per neutralizzarle e renderle innocue?
- 19) Se invece furono gettate le materie nelle latrine, nei letamai, nelle pubbliche vie quali risultanze si ebbero in quanto a diffusione del morbo per entro alla periferia di possibili emanazioni?
- 20) Se si espurgarono le biancherie e come? Se si disinfettarono le case dei colerosi - e se dopo gli espurghi apparvero nuovi casi?
- 21) Quale efficacia fu osservata dagli isolamenti nei lazzaretti - negli ospizi pubblici - nelle ville e castelli privati durante la epidemia?
- 22) Indicare le osservazioni sulla manifestazione e sulla diffusione della malattia negli ospizi pubblici - nei consorzi di convivenza - fra gli individui addetti ad uno stesso dicastero od ufficio pubblico e privato, esponendo la qualità dell'ufficio esaurito, ed istituendo il rapporto fra il numero dei coabitanti, o convenienti ad un ufficio col totale della popolazione.

23) Se in una contrada ed in un casamento stesso vi fossero molte famiglie infette, e quali rapporti avessero? Se in una contrada, od in un casamento stesso vi fossero famiglie notevolmente infette in prossimità d'altre perfettamente immuni, e quali rapporti fra loro? Se nelle case di campagna vi fossero case coloniche molto travagliate dal morbo; e se in prossimità altre fossero immuni. Quali di ciò le cagioni apprezzabili?

24) Si desiderano osservazioni a dimostrare se l'immediato contatto coi malati e nella sfera di attività delle esalazioni erompendi dal loro corpo più influisse a propagare il morbo, o se la propagazione più si operasse per le esalazioni provenienti dalle materie eiette dopo subito un processo di fermentazione e di riproduzione.

25) Se il trapianto di una famiglia invasa dal morbo (separati innanzi gl'infermi) giovasse ad arrestare la sua propagazione nella famiglia?

26) Come furono affetti medici - i farmacisti - gli assistenti - gl'infermieri - i becchini - gli espurgatori di biancherie - i disinfettatori - e le loro famiglie. Stabilire il loro numero in rapporto alla popolazione.

27) Se la manifestazione e la propagazione della malattia tenesse rapporto col grado delle influenze antigieniche? Se la salubrità del luogo campestre e la perfetta igiene della famiglia la rendessero immune dalla manifestazione della malattia? Se la severa regola abituale di vita preservasse dal morbo?

28) Descrivere le condizioni atmosferiche nel corso della epidemia.

29) Quale fu il rapporto della manifestazione del male, ed il suo incremento o decremento collo stato ozonico dell'aria - o collo stato elettrico - o collo stato caldo umido - colla direzione dei venti. Quali influenze si ebbero all'aumento od al decremento le piogge od i temporali se occorsero?

30) Se i casi di diarrea premonitrice o di colerina manifestatisi in una famiglia od in un ospizio vi rimasero isolati; o se furono susseguiti da altri casi identici o da casi di violenta colera, e quale fu la distanza dalla prima ai casi successivi.

31) Se i casi di colera violenta, manifestati per primi in una famiglia e terminati rapidamente colla morte; ebbero successione di altri casi morbosi? A quale distanza? Se avvenne altrettanto o no dei casi fatti salvi dall'arte?

32) Fu maggiore in una famiglia la diffusione della malattia quando apparve in prima la diarrea o la colerina, o quando apparve una colera mortale?

- 33) Quale fu la forma predominante della malattia, descrivendone la sintomatologia?
- 34) Quale il modo di transito dallo stato algido al reattivo semplice, od al tifoide? Nel primo caso se risolvesse il morbo con febbre, o per crisi di sudore od altra eliminazione morbosa. Quali i fenomeni e la condizione patologica determinante lo stato tifoide?
- 35) Quali le complicazioni morbose? Quali le successioni morbose? Quali le più speciali singolarità nelle forme, delineandone le storie?
- 36) Quale il sistema di cura adottato nella diarrea premonitrice, e nella colerina; e se il metodo fu efficace a prevenire sempre la completa ingruenza della malattia?
- 37) Quale il sistema di cura nello stadio algido - nel reattivo semplice - nello stadio tifoide - nelle successioni morbose?
- 38) Quanti gli esiti fausti, e gl'infausti nei diversi periodi e forme?
- 39) Quali le risultanze necroscopiche?
- 40) Si verificarono casi di colera in animali domestici; e se per deglutizione di eiezioni coleriche, o per alitazione di miasmi? Se furono praticati esperimenti d'inoculazioni, o fatte altre indagini fisio-patologiche?
- 41) Quale l'opinione dell'osservatore in ordine alla cagione produttrice del morbo?
- 42) Quale l'opinione in ordine alla essenza della malattia?
- 43) Quale in ordine alla dipendenza assoluta da cagioni comuni cosmoteLLuriche, od in ordine all'influenza di speciale miasma o contagio?
- 44) Quale l'opinione in ordine agli isolamenti parziali, ed alle disinfezioni per la limitazione del morbo? Quale l'opinione intorno alle quarantene?
- 45) Quale l'opinione in ordine alla cura?
- 46) Si chiede un coscienzioso specchio statistico delle cure praticate, nell'interesse della umanità e della scienza distinguendo in esso
 diarrea prodromica
 colerina
 colera mite
 colera violento.
- 47) Se il luogo d'onde partono le osservazioni fosse altre volte affetto dalla colera ed in qual modo vi si manifestasse, vi si propagasse, e quali risultanze avesse sulla popolazione.

48) Quali furono allora, e nella presente epidemia, gl'effetti morali, economici, e civili sulla popolazione.

49) Si ricerca. A quale scuola medica l'osservatore appartenga.

50) Si desidera libera esposizione di tutti quei fatti e di tutte quelle osservazioni o giudizi medici che sono atti a portare luce sopra di un argomento di alto interesse sociale, perché dalle esperienze di tutti si desumano i dati empirici, e si traggano le induzioni atte a stabilire criteri pratici positivi per la preservazione della incolumità dei popoli.

G. Orsi, *Sulla epidemia della colera. Quesiti ai medici del Consiglio di sanità della provincia di Ancona*, Ancona, tipografia Cherubini, Belgiovane e c., 1865, pp. 5-14.

Documento II

Società *Vittorio Emanuele*

Ancona 1° agosto 1865

istituto di moralizzazione e beneficenza

in Ancona

Istruzioni

A limitare gli effetti del morbo che ne travaglia è mestieri che agli infermi, ed alle loro famiglie sia portato soccorso.

Il Municipio provvede di farmachi; è a sperarsi che sorgano istituzioni di aiuto personale agli infermi.

La Società *Vittorio Emanuele* sussidia coi mezzi che le derivano dalla carità cittadina, e con quelli messi a sua disposizione dal Municipio.

Costituisce perciò commissioni di soccorso in ogni rione, e le suddivide per parrocchie.

Ogni commissione stabilirà un punto centrale di sua residenza e farà che sia cognito ai bisognosi.

Alle commissioni è dato incarico di provvedere, sull'avviso di qualsiasi medico, alla assistenza delle famiglie degli infermi del suo quartiere, somministrando loro carne, pane, vino, minestra in quella proporzione che l'uso comune assegna ad ogni individuo che deve adottare parca e nutriente alimentazione.

Sulla dichiarazione del medico, uno dei signori visitatori verificherà il bisogno, ed applicherà il sussidio quotidiano.

Avrà cura inoltre la commissione di verificare, sopra dichiarazione del medico, quei casi straordinari nei quali urge di portare sollievo alle famiglie più miserabili e mal nutrite del quartiere e disporrà che esse pure abbiano sussidio, dando in tutto, od in parte, quell'aiuto sempre in generi che si credesse necessario.

Le commissioni, soccorrendo ai bisogni devono, mirare ancora a cooperare alla limitazione del male; e perciò designeranno nelle proprie parrocchie una lavandaia che espurghi gli oggetti dei colerosi, lavandoli con acqua clorata, e pagando il prezzo dell'opera.

Si avverte per regola delle commissioni, che dovranno applicare la beneficenza ai casi nei quali la carità privata, o quella di altre associazioni

non si manifesti; perché nelle circostanze che ricorrono deve lasciarsi più che mai espandere liberamente la carità dei singoli.

Sussidieranno quindi le famiglie superstiti quando la carità individuale o di altre società non soccorrano; affinché non si accumulino gli aiuti a danno di altri bisognosi.

È deliberato che la carni siano somministrate da qualsiasi macellaio, dietro il ritiro di apposito buono vidimato dalla commissione e munito del bollo attergato alla presente.

Le commissioni designeranno poi quelle botteghe comode alla parrocchia ove far acquisto di pane, di minestra e di vino, garantendo ad ogni singolo spacciatore il rimborso a prezzi equi dei generi somministrati, dietro estinzione degli analoghi buoni, vidimati e bollati.

Ogni fine di settimana le commissioni rimetteranno alla presidenza della Società *Vittorio Emanuele* le bollette madri onde desumere la nota delle famiglie sovvenute, e dei generi somministrati.

Si daranno ulteriori norme alle commissioni, al fine di rendere più proficua l'opera loro, ove siano richieste alla presidenza, e quando siano reclamate dall'esperienza.

Pel consiglio di presidenza

Girolamo Orsi vice-presidente

Società Vittorio Emanuele-istituto di moralizzazione e beneficenza in Ancona, «Resoconto dell'adunanza generale dei soci. 22 novembre 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, pp. 61-62.

Documento III

Comune di Ancona
 ufficio del segretario capo
 n. 1452

Ancona li 28 aprile 1866

oggetto
 Approvazione di rendiconto

Preso ad esame da quest'ufficio il rendiconto dei sussidi somministrati per cura del Municipio dalla benemerita Società *Vittorio Emanuele* nella luttuosa circostanza del colera, si è trovato che la gestione fu condotta colla massima regolarità, e che il rendiconto stesso ha in appoggio i più dettagliati documenti giustificativi.

La carità cittadina ed i soccorsi di tutta Italia non potevano certamente trovare migliore riscontro di quello, che si ebbero dal concorso di filantropici cittadini, che mossi da generosi sentimenti diedero opera a lenire in quella calamitosa vicenda i tristi effetti della sventura, col rendersi dispensatori della pubblica beneficenza.

Il sottoscritto pertanto a nome dell'intera giunta municipale non può fare a meno di tributare i ben meritati elogi alla Società *Vittorio Emanuele* per lo zelo con cui venne disimpegnato il caritatevole assunto, e per l'ordine amministrativo tenuto in mezzo a fatiche le più penose e straordinarie, di cui lo special merito è certamente da attribuirsi a cotesto consiglio direttivo.

Il sindaco
 M. Fazioli

Al consiglio direttivo
 della Società *Vittorio Emanuele*
 Ancona

Società Vittorio Emanuele-istituto di moralizzazione e beneficenza in Ancona, «Resoconto dell'adunanza generale dei soci. 22 novembre 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, p. 67.

Bibliografia

Amatori, Franco, *Dalla protoindustria all'industrializzazione diffusa (1861-1980)*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 171-188.

Angelini, Werther, *Dall'occupazione francese di fine Settecento all'Unità*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 73-88.

Angelini, Werther, *Lotta politica e medicina ad Ancona nel secondo Ottocento. Girolamo Orsi*, in «Rassegna storica del Risorgimento», a. LXXIV, f. 2, aprile-giugno 1987, pp. 139-164.

Ankon. Una città, una regione, in *Ankon*, vol. II, 1860-1945, Ancona, Adriatica, 1994.

Anselmi, Sergio, *L'alimentazione dei contadini marchigiani negli atti della inchiesta Jacini*, in «Proposte e Ricerche», n. 11-12, 1983-1984, pp. 45-52.

Anselmi, Sergio, *Lavoro e vita urbana nei secoli XVII-XIX*, in S. Anselmi (a cura di), *Religiosità popolare e vita quotidiana. Le tavolette votive del territorio jesino-senigalliese*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1980, pp. 55-82.

Anselmi, Sergio, *Nuove fonti per la storiografia e la storia verità*, in S. Anselmi (a cura di), *Religiosità popolare e vita quotidiana. Le tavolette votive del territorio jesino-senigalliese*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1980, pp. 13-17.

Anselmi, Sergio, *Padroni e contadini*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 241-297.

Ariès, Philippe, *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1980 (ed. or. 1977).

Benelli, Bruno, *Il colera. Cronaca di un evento*, Roma, Sovera multimedia, 2005.

Betri, Maria Luisa, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di una ascesa professionale*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 207-232.

Bonazzoli, Viviana, *Due iniziative marchigiane per la storia della medicina e della sanità*, in «Proposte e Ricerche», n. 11-12, 1983-1984, pp. 128-133.

Bonelli, Franco, *Evoluzione demografica ed ambiente economico nelle Marche e nell'Umbria dell'Ottocento*, in «Archivio economico dell'unificazione italiana», s. II, vol. XII, Torino, Ilte, 1967.

Caracciolo, Alberto-Caravale, Mario (a cura di), *Lo Stato Pontificio da Martino V a Pio IX*, in *Storia d'Italia*, vol. n. 14, Torino, Utet, 1978.

Carafoli, Mario, *Alla ricerca delle tavolette perdute*, in S. Anselmi (a cura di), *Religiosità popolare e vita quotidiana. Le tavolette votive del territorio jesino-senigalliese*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1980, pp. 359-363.

Castagnari, Giancarlo, *Linee e tendenze della lotta politica dall'Unità alla Repubblica*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 89-103.

Cecchi, Dante, *Dagli Stati signorili all'età postunitaria: le giurisdizioni amministrative in età moderna*, in S. Anselmi (a cura di), *Economia e società: le Marche tra XV e XX secolo*, Bologna, il Mulino, 1978, pp. 61-92.

Cecchi, Dante, *Le tradizioni popolari*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 285-310.

Ciani, Mario-Sori, Ercole, *Ancona contemporanea: 1860-1940*, Ancona, Clua, 1992.

Cipolla, Carlo Maria, *Miasmi ed umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, Bologna, il Mulino, 1989.

Corridore, Francesco, *La popolazione dello Stato romano: 1656-1901*, Roma, Loescher, 1906.

Cortese, Antonio, *La popolazione tra 1861 e 1981*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 219-228.

Cosmacini, Giorgio, “*Filosofia spontanea*” dei clinici medici italiani dal 1860 al 1900, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall’Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 19-38.

Cosmacini, Giorgio, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Roma-Bari, Laterza, 1988 (1987).

Crocioni, Giovanni, *La gente marchigiana nelle sue tradizioni*, Milano, Corticelli, 1951.

Davanzali, Lidia, *L’attrezzatura da lavoro della mezzadria esina*, in S. Anselmi (a cura di), *Nelle Marche centrali. Territorio, economia, società tra Medioevo e Novecento: l’area esino-misena*, t. II, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1979, pp. 1475-1531.

Del Panta, Lorenzo, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino, Loescher, 1980.

Diani, Marco, *Antinomie e ambiguità del controllo sociale: la medicalizzazione dello spazio urbano nel XIX secolo*, in E. Sori (a cura di),

Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 401-412.

Fileni, Maurizio, *La medicina popolare nelle Marche centrali (ricerca condotta nel territorio di Poggio San Marcello)*, Città di Castello, Gesp, 1988.

Finali, Gaspare, *Le Marche. Ricordanze*, in «Atti e memorie della Regia deputazione di storia patria per le province delle Marche», vol. III, Ancona, tipografia Morelli, 1897.

Fioretti, Donatella, *Persistenze e mutamenti dal periodo giacobino all'Unità*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 33-119.

Fioretti, Donatella, *Università, seminari, scuole tecniche: la via marchigiana all'istruzione*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 723-752.

Foligna, Emanuela, *Il cibo dei pescatori di Senigallia (1890-1920)*, in «Proposte e Ricerche», n. 11-12, 1983-1984, pp. 65-72.

Forti Messina, Anna Lucia, *I medici condotti all'indomani dell'Unità*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 663-697.

Forti Messina, Anna Lucia, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia, Annali n. 7, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 429-494.

Forti Messina, Anna Lucia, *Società ed epidemia. Il colera a Napoli nel 1836*, Milano, Franco Angeli, 1979.

Frascani, Paolo, *La disciplina delle industrie insalubri nella legislazione sanitaria italiana (1865-1910)*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di),

Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 713-735.

Frascani, Paolo, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 297-331.

Gambelli, Mario, *Vari e ridicoli secreti da valersi ne'bisogni: ricette medicinali e di pratica utilità quotidiana nell'Ottocento senigalliese e marchigiano*, Ostra Vetere, Tecnostampa, 1988.

Geddes da Filicaia, Marco, *Le statistiche della salute: dalla «normalità» ai servizi*, in C. Pancino (a cura di), *Politica e salute: dalla polizia medica all'igiene*, Bologna, Clueb, 2003, pp. 45-64.

Giangiacomini, Palermo, *Storia di Ancona. Dalla sua fondazione ai giorni nostri*, Ancona, Fogola, 1923.

Giovannini, Carla, *Un'Italia senza "macchia". Risanamento del territorio tra geografia, medicina e igiene*, in C. Pancino (a cura di), *Politica e salute: dalla polizia medica all'igiene*, Bologna, Clueb, 2003, pp. 65-76.

Leoni, Francesco, *Le epidemie di colera nell'ultimo decennio dello Stato Pontificio*, Roma, Apes, 1993.

Lipparoni, Nora, *Storia e sviluppo della rete stradale*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 229-242.

Lonni, Ada, *Medici, ciarlatani e magistrati nell'Italia liberale*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 799-840.

Magnarelli, Paola, *Società e politica dal 1860 a oggi*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 121-205.

Mariotti, Maurizio, *Ancona nella epidemia colerica del 1866*, in «Minerva Medica», a. XL, vol. I, n. 9, 1949.

McNeill, William H., *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea*, Torino, Einaudi, 1981 (ed. or. 1976).

Minetti, Antonio, *La rete ferroviaria: origini e prima fase di esercizio*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 263-269.

Mondella, Felice, *Sviluppo scientifico ed efficacia della medicina nel XIX secolo*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 453-462.

Moretti, Eros, *La popolazione del comprensorio, 1656-1971*, in S. Anselmi (a cura di), *Nelle Marche centrali. Territorio, economia, società tra Medioevo e Novecento: l'area esino-misena*, t. I, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1979, pp. 249-277.

Natalucci, Mario, *Dal periodo napoleonico ai nostri giorni*, in M. Natalucci, *Ancona attraverso i secoli*, vol. III, Unione arti grafiche, Città di Castello, 1960.

Nejrotti, Mariella, *I problemi della salute dei lavoratori nella stampa operaia dall'Unità al Novecento*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 477-487.

Ognibeni, Giovanna, *Legislazione ed organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*, in M. L. Betri-A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 583-603.

Paci, Renzo, *Nascita, sviluppo e morte della mezzadria*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 147-170.

Pancino, Claudia, *Note sulla riforma sanitaria del 1888*, in C. Pancino (a cura di), *Politica e salute: dalla polizia medica all'igiene*, Bologna, Clueb, 2003, pp. 119-130.

Pigorini Beri, Caterina, *Costumi e superstizioni dell'Appennino marchigiano*, Città di Castello, tipografia Lapi, 1889.

Pirani, Vincenzo (a cura di), *Ricette e segreti in uso delle famiglie anconitane nei secoli XVIII e XIX*, Ancona, Circolo del tempo libero a.m.s., 1992.

Preto, Paolo, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1987.

Ricci, Novella, *Epidemie e rivalità cittadine: Ancona e Senigallia nel colera del 1836*, in «Proposte e Ricerche», n. 28, 1992, pp. 203-219.

Ricci, Novella, *Il morbo asiatico: Senigallia e l'epidemia di colera del 1836*, tesi di laurea, Università degli studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di lettere e filosofia, relatrice Irene Fosi, a. a. 1990-91.

Ruffié, Jacques-Sournia, Jean-Charles, *Le epidemie nella storia*, Roma, Editori riuniti, 1985 (ed. or. 1984).

Sabbatucci Severini, Patrizia, *L'aurea mediocritas: le Marche attraverso le statistiche, le inchieste e il dibattito politico-economico*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 207-239.

Sabbatucci Severini, Patrizia, *Le istituzioni finanziarie a Jesi e Senigallia nel «tramonto» dello Stato Pontificio*, in S. Anselmi (a cura di), *Nelle Marche*

centrali. *Territorio, economia, società tra Medioevo e Novecento: l'area esino-misena*, t. II, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1979, pp. 1221-1263.

Scilacci, Alfredo, *Il ruolo dell'ospedale nel contesto sociale e urbano: la Francia tra XVII e XIX secolo*, in E. Sori (a cura di), *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 413-435.

Scotti, Aurora, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 233-296.

Sorcinelli, Paolo, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari dell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Milano, Franco Angeli, 1979.

Sorcinelli, Paolo, *Nuove epidemie antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1986.

Sorcinelli, Paolo, *Regimi alimentari, condizioni igieniche, epidemie nelle Marche dell'Ottocento*, Urbino, Argalia, 1987.

Sorcinelli, Paolo, *Storia sociale dell'acqua. Riti e culture*, Milano, Bruno Mondadori, 1998.

Sorcinelli, Paolo, *Uomini ed epidemie nel primo Ottocento: comportamenti, reazioni e paure nello Stato pontificio*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 495-537.

Sorcinelli, Paolo, *Vita sociale e condizioni igienico-sanitarie fra Otto e Novecento*, in S. Anselmi (a cura di), *Nelle Marche centrali. Territorio, economia, società tra Medioevo e Novecento: l'area esino-misena*, t. II, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1979, pp. 1603-1640.

Sori, Ercole, *Dalla manifattura all'industria (1861-1940)*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 299-392.

Sori, Ercole, *L'amministrazione provinciale di Ancona dall'Unità alla seconda guerra mondiale*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 415-437.

Sori, Ercole, *Malattia e demografia*, in *Storia d'Italia*, Annali n. 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 539-585.

Sori, Ercole, *Modificazioni dell'assetto territoriale: aspetti demografico-economici*, in S. Anselmi (a cura di), *Economia e società: le Marche tra XV e XX secolo*, Bologna, il Mulino, 1978, pp. 195-214.

Termite, Elena, *Il porto di Ancona e gli approdi di Senigallia, Numana e Sirolo*, in S. Anselmi (a cura di), *La provincia di Ancona. Storia di un territorio*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 243-262.

Tognotti, Eugenia, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000.

Turchini, Angelo, *La malattia dipinta. Suggestioni e immagini della salute negli ex-voto*, in *Sanità e società*, vol. II, *Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, secoli XVI-XX*, a cura di A. Pastore-P. Sorcinelli, Udine, Casamassima, 1987, pp. 135-163.

Turchini, Angelo, *La tavoletta votiva nel territorio jesino-senigalliese*, in S. Anselmi (a cura di), *Religiosità popolare e vita quotidiana. Le tavolette votive del territorio jesino-senigalliese*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, 1980, pp. 19-32.

Verducci, Carlo, *Strategie e dinamiche familiari*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 451-473.

Vernelli, Carlo, *La popolazione: una lettura di lungo periodo*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, vol. n. 6, *Le Marche*, a cura di S. Anselmi, Torino, Einaudi, 1987, pp. 427-449.

Vigarello, Georges, *Il sano e il malato. Storia della cura del corpo dal Medioevo a oggi*, Venezia, Marsilio, 1996 (ed. or. 1993).

Vigarello, Georges, *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo ad oggi*, Venezia, Marsilio, 1987 (ed. or. 1985).

Fonti

Abbruzzese, Francesco, *Conversazione popolare sul colera*, Giovinazzo, tipografia del R. ospizio, 1888.

Agostini, F., *La scuola e gli impieghi*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, pp. 34-37.

Asdrubali, Antonio, *Popolare istruzione preservativa pel cholera indiano redatta per ordine della Commissione provinciale di sanità in Ancona ed approvata da S. E. Reverendis. Monsignor Gasparo Grassellini delegato apostolico e presidente di detta Commissione*, Ancona, tipografia Baluffi, 1835.

Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Inaugurazione di lapide commemorativa ai medici morti nelle epidemie di colera in Ancona. 23 maggio 1869», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1869.

Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto e atti. Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868.

Associazione medica italiana-comitato di Ancona, «Rendiconto ed atti. Adunanza generale del 15 Agosto 1867», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1867.

Bevilacqua, Gustavo, *Gli allargamenti di Ancona dalle origini sino a noi*, in G. Bevilacqua, C. Ciavarini, F. De Bosis, C. Gariboldi, M. Maroni, *Ancona descritta nella storia e nei monumenti*, Ancona, Cherubini, 1870, pp. 97-153.

Bevilacqua, Gustavo, *La fognatura in Ancona*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, pp. 203-204.

Bevilacqua, Gustavo, *L'arsenale militare ed il cantiere mercantile*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, pp. 6-8.

Biblioteca comunale di Ancona, *Serie Orsi*, bb. 180-181-182.

Bonfanti Zuccardi, Antonio, *Relazione sulla epidemia colerica dominata in Castelfidardo nel 1865*, Ancona, tipografia del Commercio, 1866.

Borioni, Francesco, *Il colera del 1836 ad Ancona*, Ancona, il Lavoro editoriale, 1988 (1837).

Borioni, Francesco, *Le feste anconitane. La città, la festa e il potere: dispositivi e macchine della sovranità*, Ancona, il Lavoro editoriale, 1981 (1841).

Casali, C., *L'educazione popolare*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, pp. 23-24.

Commissione di pubblico soccorso pei danneggiati dal colera del 1865 in Ancona, «Relazione», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1865.

Commissione di pubblico soccorso pei danneggiati dal colera del 1865 in Ancona, «Rendiconti», Ancona, Civelli, 1869.

Congregazione speciale di sanità, *Istruzione popolare sul cholera- morbus*, Sinigaglia, tipografia Farina.

Contro il colera. Norme e pratiche igieniche ad uso delle famiglie, Sinigaglia, tipografia Pattonico, 1884.

De Bosis, Francesco, *Ancona e il territorio*, in G. Bevilacqua, C. Ciavarini, F. De Bosis, C. Gariboldi, M. Maroni, *Ancona descritta nella storia e nei monumenti*, Ancona, Cherubini, 1870, pp. 3-35.

Franceschi, Giovanni, *Del colera. Donde nasca e come si propaghi e quindi della maniera di curarlo negl'individui e di preservarne le popolazioni*, Fano, tipografia Lana, 1855.

Lesti, Enrico, *Le arti e le industrie in Ancona*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, pp. 4-6, pp. 37-40, pp. 105-107, pp. 146-149.

Namias, Giacinto, *Storia naturale del colera. Lettura fatta all'ospedale civile di Venezia*, Firenze, editori della Scienza del popolo, 1867.

Natali, Salvatore, *Topografia e statistica medica di Senigallia*, Milano, Civelli, 1889.

Olivi, D., *Sulla miseria del popolo*, in «Rivista marchigiana di scienze lettere arti e industrie», a. I, vol. I, 1871, pp. 337-340.

Orsi, Alessandro, *Intorno alla miasmizzazione cholericca e ad alcuni principii filosofici e patologici del prof. Giovanni Franceschi*, Ancona, tipografia Aureli e comp., 1856.

Orsi, Alessandro, *Riflessioni critiche dirette all'illustre dottor Giovanni Franceschi medico condotto in Ancona sulla memoria intorno al cholera da lui pubblicata nel Raccoglitore medico di Fano il 15 e 31 agosto 1855*, Ravenna, tipografia del seminario arcivescovile, 1855.

Orsi, Girolamo, *Il colera asiatico. Lettere*, Ancona, tipografia Sarzani e c., 1884.

Orsi, Girolamo, *La colera e gli isolamenti. Proposta al Consiglio provinciale di sanità di Ancona*, Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1865.

Orsi, Girolamo, *Necessità di uniformi provvidenze igienico-sanitarie contro il colera*, Ancona, tipografia del Commercio, 1871.

Orsi, Girolamo, *Preserviamoci dal colera. Ammonimenti*, Ancona, tipografia Sarzani e comp., 1884.

Orsi, Girolamo, *Relazione al comitato nazionale centrale delle Marche in Ancona nell'adunanza generale dei soci del 20 maggio 1861*, Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1861.

Orsi, Girolamo, *Relazione al VI Congresso Medico di Bologna della Commissione preposta alla profilassi del Colera in Italia*, Roma.

Orsi, Girolamo, *Salute pubblica. Il colera: norme e consigli alle popolazioni*, Ancona, 1873.

Orsi, Girolamo, *Sulla epidemia della colera. Quesiti ai medici del Consiglio di sanità della provincia di Ancona*, Ancona, tipografia Cherubini, Belgiovane e c., 1865.

Orsi, Girolamo, *Sulle pratiche moderatrici della diffusione del colera nella provincia di Ancona. 1866-1867*, in «Rendiconto e atti dell'Associazione medica italiana-comitato di Ancona. Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, pp. 29-37.

Orsi, Girolamo, *Sull'uniformità della statistica medica ed igienica in Italia*, in «Rendiconto e atti dell'Associazione medica italiana-comitato di Ancona. Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, pp. 43-44.

Orsi, Girolamo, *Sul patronato civile delle moltitudini. Discorso all'adunanza generale dei soci della Società Vittorio Emanuele con resoconto dell'istituto di moralizzazione e beneficenza per l'esercizio 1864*, Ancona, tipografia del Commercio, 1865.

Persichetti, Cesare, *Considerazioni relative ad istruzione e ad igiene*, in «Rendiconto e atti dell'Associazione medica italiana-comitato di Ancona.

Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, pp. 38-42.

Persichetti, Cesare, *Della igiene della provincia di Ancona*, Ancona, tipografia del Commercio, 1873.

Piolanti, Giuseppe, *Il medico di sé stesso pel cholera morbus asiatico*, Roma, tipografia Giunchi e Menicanti, 1836.

Società in accomandita per l'impresa dello spurgo dei pozzi neri della città e borghi di Ancona, «Programma e statuto», Ancona, tipografia Sartori Cherubini, 1865.

Società Vittorio Emanuele-istituto di moralizzazione e beneficenza in Ancona, «Resoconto dell'adunanza generale dei soci. 22 novembre 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868.

Zavagli, Ercole, *Consigli al popolo sul colera*, Fano, tipografia Lana, 1865.

Indice delle tabelle

Tabella I Funzioni religiose e casi di colera a Livorno nel 1835	94
Tabella II Mortalità nell'Italia preunitaria durante l'epidemia del 1835-37	95
Tabella III Le città italiane con il maggior numero di morti durante l'epidemia del 1835-37	96
Tabella IV Morti complessivi in Italia nelle epidemie di colera.....	96
Tabella V Diffusione della mortalità in Italia e nel Mezzogiorno nelle varie epidemie	97
Tabella VI Mortalità in alcune grandi città nelle epidemie di colera (ogni 1.000 abitanti)97	
Tabella VII Comuni colpiti in alcune epidemie di colera	98
Tabella VIII Casi e mortalità in Italia per gruppi sociali (esclusi i senza professione) nell'epidemia del 1865	98
Tabella IX Casi e mortalità in Italia durante l'epidemia del 1866-67 per condizioni economiche (esclusi comune e provincia di Milano).....	99
Tabella X Aumento della mortalità in alcune regioni italiane durante l'ondata epidemica di colera del 1867	99
Tabella XI Ospedalizzazione sul suolo italiano durante l'epidemia del 1865-67.....	100
Tabella XII Distribuzione percentuale della popolazione anconetana nel 1857.....	101
Tabella XIII Professioni ad Ancona città e sobborghi nel 1861 (31.857 abitanti).....	102
Tabella XIV Distribuzione per condizione socio-professionale della popolazione in alcune parrocchie anconetane nel 1872	103
Tabella XV Colera 1865 ad Ancona: mortalità e soccorsi distribuiti	104
Tabella XVI Movimento della popolazione della provincia di Ancona nel periodo 1862-67	105

Indice dei documenti

Documento I Colera asiatico 1865 Quesiti ai medici della provincia di Ancona	106
Documento II.....	111
Documento III	113

LIBRISenzaCARTA.it

LIBRISenzaCARTA.it è un esperimento di editoria su web. Pubblicherà ricerche storiche focalizzate sul senigalliese, ma anche racconti, poesie e tesi di laurea di carattere storico-letterario, o comunque di interesse umanistico, che siano state discusse da studenti del nostro territorio. Lo stesso vale per tesi riguardanti il nostro territorio e scritte da studenti residenti altrove.

Questo blog non sarà un semplice raccoglitore di testi, ma vuole stimolare la *produzione* letteraria, gli studi e le ricerche, innanzitutto sulla nostra città, Senigallia. Il tutto viene inserito in un contesto vivo, fatto di conversazioni, di critiche, di suggerimenti, di domande e risposte, che è, appunto, il mondo dei blog.

Per qualsiasi informazione sui promotori, le prossime iniziative e i testi pubblicati: **info@librisenzacarta.it**