

Napoli e il controllo della frontiera marittima al tempo del colera

RAFFAELLA SALVEMINI*

Abstract

Naples and the control of the maritime frontier at the time of cholera (1830-37). How to reconcile the protection of health with the defense of commerce by sea and land, the production of work as well as social, economic and financial balances in times of epidemics? Centuries after the Black Death and cholera epidemics, the current Covid19 pandemic has re-produced coping mechanisms characterized by absence, exclusion, bans on movement and strict border controls and daily rhythms marked by the fear of economic and sanitary collapse. The aim of this paper is to analyze the public health measures adopted in the Kingdom of the Two Sicilies to contain the spread of cholera epidemic in the early nineteenth century, with a specific focus on maritime policies. In particular, it will examine how the Bourbon health legislative plan, initially developed in the mid-eighteenth century and later revised in 1820, influenced practices and trade relations on the maritime border of one of the Italian peninsula's largest states until the national Unification.

Keywords: maritime frontier, trade, cholera epidemics, the Kingdom of the Two Sicilies.

1. *Premessa*

Come conciliare al tempo delle epidemie la salvaguardia della salute con la difesa del commercio, degli scambi via mare e via terra, della pro-

* Dirigente di ricerca presso l'Istituto di Studi sul Mediterraneo del CNR di Napoli (ISMED, CNR, Napoli), e-mail: raffaella.salvemini@ismed.cnr.it.

duzione, del lavoro, degli equilibri sociali, economici e finanziari? Sono questioni di grande attualità sul tavolo dei governi colpiti dal Covid-19.

Sebbene la globalizzazione e la forte interdipendenza tra gli stati abbiano amplificato gli effetti della crisi sanitaria sulle economie nazionali e reso più problematico e per molti aspetti impossibile l'isolamento, è tuttavia doveroso ricordare che esiste un *file rouge* tra passato e presente negli interventi per contenere i contraccolpi sull'economia al tempo del Covid-19, della peste prima e del colera poi. Fino alla scoperta dell'agente patogeno del colera da parte di Koch nel 1884 e del batterio *Yersinia pestis* nel 1894 da parte di Alexandre Yersin si discusse congiuntamente sull'opportunità e l'efficacia delle misure restrittive come quarantene e cordoni sanitari (Preto, 1988) o sulla prevenzione sanitaria e igienica; sull'adozione delle variabili spazio-temporali e cioè quando, dove e per quanto tempo introdurre i limiti alla circolazione.

Per il Covid-19 siamo ripartiti da alcune di quelle domande e i ritmi della nostra vita quotidiani sono nuovamente scanditi dalla paura combattuta attraverso l'assenza, l'esclusione, divieti alla circolazione e serrati controlli alle frontiere. E se dell'isolamento in case private lontane dai contagi narra anche Boccaccio nel suo *Decameron* trattando della peste nera a Firenze, a Ragusa e Venezia si deve la creazione di luoghi specifici per la quarantena come i lazzaretti di mare per le pratiche di spurgo per uomini e merci "suscettibili" di contagio (Vanzan Marchini, 2004). E mentre pulci e topi, insospettabili vettori della peste continuarono a infestare le navi e le città, il destino dei contagiati dipendeva dai decreti cittadini: si smembravano nuclei famigliari con gli infetti trasferiti coattivamente oppure rinchiusi all'interno delle loro case. Si serravano le strade, i porti, le città. A difesa delle frontiere terrestri e di mare furono creati cordoni sanitari affidati a soldati e imbarcazioni che pattugliavano le coste. Si trattò di organizzazioni costose e in molti casi inefficienti, sensibili alla corruzione e incapaci di opporre una valida resistenza al contrabbando e alla frode.

Anche il tracciamento non è un'invenzione contemporanea. Per attraversare la frontiera di terra e di mare erano necessarie attestazioni e bol-

lettini di sanità dove si registrava l'identità, la provenienza degli uomini e dei carichi e la qualità di questi ultimi. Nel caso del porto l'accesso dipendeva dal rilascio dall'ufficio di sanità marittima della libera pratica, una formale attestazione che esiste e regola ancora oggi i traffici via mare (Salvemini, 2009).

Obiettivo di questo intervento è l'analisi delle misure di sanità pubblica e in particolare marittima adottate nel Regno delle Due Sicilie per contenere la diffusione delle epidemie di colera nel primo Ottocento. Partendo dal piano legislativo sanitario borbonico non emergenziale nato alla metà del Settecento e poi rivisto nel 1820 si vedrà quanto e come condizionò pratiche e scambi commerciali alla frontiera marittima di uno dei maggiori stati della penisola italiana fino all'Unità.

2. La frontiera marittima nella legislazione sanitaria borbonica

Pier Carlo Padoan ha commentato per così dire “a caldo” l’eccezionalità della crisi che stiamo vivendo dove per “migliorare i parametri di salute, è stato necessario un deterioramento delle condizioni economiche e viceversa”. Privilegiando le misure di prevenzione e contenimento del virus abbiamo subito gli *shock* negativi sulla domanda e sull’offerta (Pier Carlo Padoan, *Prefazione*, 2020).

Non è mai stato facile bloccare in occasione di epidemie gli scambi via terra e via mare. Si agiva con ampi margini di discrezionalità, tanti erano gli interessi in gioco e le pressioni, anche di segno contrapposto, degli attori pubblici e privati. Ciò premesso sui limiti di un sistema che continuerà a destare preoccupazioni anche a secoli di distanza è bene ricordare che nel Regno di Napoli c’era al tempo degli Aragonesi un servizio di sanità terrestre e marittimo per i controlli alle frontiere (Lopez, 1989).

«Fin dai tempi di Ferdinando I d’Aragona si diede a questa città la cura della general salute. Fin da allora gli Eletti nel loro tribunale spedivano le fedì e patenti per coloro che partivano da questo porto e destina-

vano persone perché assistessero nei luoghi ove le robbe sospette si portavano per far la purga di 40 giorni. Fin da allora insomma era incombenza della città creare tutti i subalterni necessari fra questi i medici» (Archivio di Stato, 496).

Tale servizio sanitario affidato a un magistrato, alle deputazioni di salute, a medici oltre poi a un guardiano del porto, diventò permanente nel Settecento quando con la ripresa dei traffici e degli scambi nel Mediterraneo e nel Regno di Napoli aumentarono i rischi di contagio per la peste nei porti che si confermarono sorvegliati speciali (Restifo, 2005). Fu Carlo di Borbone nel 1734 ad avviare una significativa opera di riorganizzazione del commercio e del traffico via mare. Le condizioni della marineria erano disastrose e, fatta eccezione per il piccolo cabotaggio, la navigazione era affidata quasi per intero alle navi straniere. Si decise dunque di puntare sull'espansione dei traffici senza trascurare l'impegno nel controllo delle frontiere. Una spinta in tale direzione giunse dalla terribile peste che colpì Messina del 1743 cui seguirono la pubblicazione nel 1749 del libro sul *Governo Generale di Sanità del Regno della Sicilia*, (Palermo, 2015, pp. 115-121) e nel 1751 per il resto del regno delle *Istruzioni Generali in materia di sanità* (Salvemini, 2015, p. 89) dove si ribadiva che il primo controllo sulle navi in arrivo nei porti toccava all'ufficio di sanità marittima.

Dopo i Francesi (1806-1815) e la fine del Blocco Continentale il governo borbonico ritornò a sostenere il commercio, la navigazione e la marineria. E poiché la peste continuava a circolare in tutta l'Europa si riaprì l'annosa questione dell'isolamento e delle quarantene e della difficile conciliazione tra la circolazione di merci e uomini da un lato e tutela della salute dall'altra. Nel 1819 fu così redatto il primo Regolamento di sanità pubblica sul funzionamento del servizio sanitario interno e marittimo (Regolamenti Sanitari per lo Regno delle Due Sicilie sanzionati da sua Maestà, 1847). Rispetto al passato il quadro delle funzioni era molto più dettagliato. Fu rivisto l'organigramma carolino e fu creata la figura del Supremo Magistrato di salute pubblica ed una Soprintendenza generale a

Napoli e a Palermo. Il Supremo Magistrato di Sanità con funzioni deliberative era composto da dieci deputati ed un segretario per i *Domini al di qua del Faro* e da sei deputati ed un segretario per la Sicilia. Compito principale dei due Supremi Magistrati era di deliberare su tutte le misure generali che la garanzia della salute pubblica esigeva nelle diverse circostanze. Ogni Soprintendenza generale era composta dal Soprintendente e dal segretario. Loro compito era quello di rendere esecutive le delibere del Supremo Magistrato e di amministrare i fondi destinati alla sicurezza sanitaria. Affiancava il Supremo Magistrato e la Soprintendenza una Facoltà Medica, composta di sei professori di medicina, un professore di chimica ed un architetto. C'erano poi gli Intendenti considerati come i Direttori di tutto il servizio sanitario nelle rispettive province, coerentemente con le disposizioni ricevute dal Supremo Magistrato. E mentre le deputazioni locali erano gli agenti di esecuzione per il servizio sanitario marittimo, gli ufficiali comunali si occupavano del servizio sanitario interno.

Per la sanità marittima si ribadiva la necessità di creare “in tutti i litorali del regno deputazioni di salute” (Regolamento, p. 8). Nel frattempo in base al peso strategico del porto di riferimento le deputazioni di salute furono divise in quattro classi. Alla prima classe appartenevano le deputazioni di Napoli, Palermo, Messina e Siracusa. Oggi tutte queste operazioni sono espletate dagli Uffici di Sanità marittima ubicati nei maggiori scali marittimi italiani e del Mediterraneo e di ogni altro paese marittimo.

Dall'appartenenza alle varie classi dipendevano una serie di interventi. Le deputazioni di prima classe erano le uniche abilitate ad assegnare: 1) la durata delle contumacie; 2) la durata degli espurghi; 3) l'imbarco e lo sbarco da navi in contumacia di generi *suscettibili* e *insuscettibili*. La competenza delle altre deputazioni era sotto la vigilanza dei Supremi Magistrati di Salute (Alibrandi, 2012, pp. 90-94).

Non si trattò tuttavia di una classificazione rigida. La questione dei porti di sanità, soprattutto per quanto concerneva le deputazioni di seconda e terza fascia era estremamente fluida. Del resto, fu la stessa legisla-

Tab. 1 - Deputazioni di salute nei porti del Regno (1820)

I	II (al di qua del Faro)	II (al di là del Faro)	III (al di qua del Faro)	III (al di là del Faro)
Napoli	Manfredonia	Trapani	Castellammare	Marsala
Palermo	Barletta	Augusta	Vietri	Mazzara
Messina	Bari	Catania	Pisciotta	Sciacca
Siracusa	Brindisi	Milazzo	Maratea	Girgenti
			Paola	Licata
			Pizzo	Lipari
			Corigliano	Patti
			Taranto	Cefalù
			Gallipoli	
			Otranto	
			Monopoli	
			Molfetta	
			Trani	
			Vasto	
			Pescare	
			Giulia	
			Gaeta	

Fonte: Regolamento, pp. 7-19

zione a riconoscere la possibilità ai porti, previa approvazione e valutazione delle dotazioni previste, di cambiare classe. Al passaggio di classe ambivano i porti espressione di territori e comunità locali che mal tolleravano l'esclusione da scambi e circuiti commerciali attivati dalle stesse pratiche di sanità marittima (Dell'Osa, 2015, p. 114). La nave ferma in un porto per motivi sanitari attivava un importante circuito di servizi e forniture che si traduceva in vantaggi per gli abitanti del luogo stesso.

La legge del 1819 e il Regolamento del 1820 furono sostanzialmente un *vademecum* di carattere amministrativo sulle tecniche di gestione della sanità pubblica. Centrale il ruolo assunto dal Ministro dell'Interno, nato

nel 1806, affiancato dagli Intendenti, dagli ufficiali sanitari, dai magistrati e soprintendenti tutti di nomina regia e con pieni poteri decisionali. Agli organi tecnico-sanitari venivano attribuite solo funzioni preparatorie o consultive. Netta era la prevalenza del numero dei burocrati e dei tecnici rispetto al personale medico. La facoltà medica, ad esempio, sebbene ammessa a partecipare alle sedute del Magistrato di salute, era un organo che dava solo voto consultivo sui temi ritenuti di sua pertinenza mentre esclusi dal consesso erano l'architetto e il chimico (Regolamenti, p. 184).

I contenuti della riforma della sanità pubblica marittima e terrestre appaiono come il frutto di un lento processo di adattamento del regno alle esigenze di controllare e definire le responsabilità nei due differenti settori. Punto di riferimento importante per la gestione delle emergenze epidemiche sia di peste sia di colera appaiono le norme sul servizio sanitario marittimo. Il Regolamento che comprendeva ben 235 articoli precisava gli obiettivi del servizio di sanità marittima che aveva per oggetto di «vigilare sull'igiene e sulla sanità pubblica, nei porti e sulle navi ancorate nonché sugli arrivi e sulle partenze per via di mare».

3. Tempi e modalità di controllo nei porti del Regno

La normativa sul controllo a bordo delle navi non era difforme da quanto stabilito fino all'arrivo dei francesi (Nardone, 2008, p. 39). Immutata era anche la classificazione dei luoghi che in rapporto alla loro vicinanza ai focolai di contagio venivano contrassegnati sulla patente come: *infetti, sospetti, sospesi e liberi*, cui corrispondevano quattro ordini di patenti sanitarie: *sporca, tocca, netta e libera* (Salvemini, 2009, p. 276). Toccava ai Magistrati di Sanità del regno aggiornare la mappa dei luoghi mentre ai Soprintendenti spettava la comunicazione agli Intendenti di Province e Valli responsabili a loro volta dell'invio dell'elenco aggiornato alle deputazioni di salute e alle autorità sanitarie estere.

Le prescrizioni, i divieti e l'elenco dei paesi a rischio di contagio inviato agli uffici di sanità locali, denominati deputazioni di salute, erano oggetto di continue verifiche e aggiornamenti. Tuttavia, per alcuni paesi in

cui la peste era endemica i divieti non registrarono modifiche. Per lungo tempo il regno ma così anche lo Stato Pontificio (Motu Proprio, 1817) negarono l'approdo alle navi in arrivo dall'Egitto e dalle Antille, sedi abituali della peste e della febbre gialla, o dalle coste dell'Africa, del Levante Ottomano che in assenza di servizi sanitari si reputavano luoghi *perpetuamente sospetti*. Colpiti dall'esclusione erano anche i paesi confinanti detti *perpetuamente sospesi* come gli stati della Dalmazia austriaca confinante con i domini ottomani (Regolamento, p. 26).

In effetti Tunisi nel biennio 1818-1820 fu colpita duramente dalla peste. La fragilità del territorio sotto il profilo socio-economico-sanitario e la vicinanza ad Algeri, da cui solitamente arrivava la peste ne favorirono la diffusione (Passeri, 1821; Speziale, 2013, p. 97; Restifo, 2005, pp. 153-159). Solo negli anni Trenta dell'Ottocento, grazie al colera e alla conquista dell'Algeria da parte dei francesi, si arrivò alla rimozione di quelle resistenze opposte agli scambi con un sincretismo tra medicina orientale e occidentale. Per aprirsi ai porti e ai traffici con quei territori fu necessaria un'omologazione sanitaria sotto la stretta sorveglianza degli europei. Nel 1832 nacque così ad Alessandria la Commissione consolare di sanità pubblica composta dai consoli di Austria, Inghilterra, Francia, Russia e Svezia che avrebbero dovuto affrontare il tema delle contumacie dei bastimenti. Nel 1838 toccò a Costantinopoli attivare un piano sanitario (De Giaxa, 1879).

In assenza di notizie certe sullo *spillover* la battaglia per la tutela della salute e del commercio puntava sullo spurgo di generi caricati sulle navi e classificati a seconda della pericolosità in *suscettibili*, *per accidenti insuscettibili* e *insuscettibili*. Si trattava di un lungo elenco con generi già presenti al tempo della peste del 1656 che inseriva per la prima volta l'uomo (Regolamento, pp. 27-28).

Per il controllo dell'identità e delle condizioni di salute dell'equipaggio e dei passeggeri si faceva riferimento alla patente, al costituito e alla visita.

La patente era un documento che accompagnava la nave rilasciato dalle autorità sanitarie, soprintendenze, deputazioni di salute ai capitani o padroni di bastimenti quando lasciavano un porto. Come il passaporto e

Tab. 2 - Tempi della contumacia art. 50 del regolamento 1820

Condizione luoghi di provenienza dei legni	Durata della contumacia
Sospesi	Dai 14 ai 21 giorni
Sospetti	Dai 21 ai 40 giorni
Mari soggetti a riserve	Dai 7 ai 21 giorni
Altri	Da stabilire

Fonte: Regolamento, pp. 7-19

i lasciassero erano certificazioni collettive dove bisognava indicare: nome, cognome, patria, statura e “pelo” dell’equipaggio e dei passeggeri sia servitori sia parenti. Il costituito era un atto legale giurato e sottoscritto dal capitano o padrone del bastimento. Si presentava sotto forma di domande e risposte. Naturalmente le informazioni contenute nel costituito dovevano coincidere con i fatti indicati nella patente e nella visita realizzata dai deputati della salute e dal capitano del porto.

Qualora fossero stati riscontrati dei motivi sanitari le navi giunte nel porto potevano poi essere sottoposte a: rifiuto, contumacia, espurgo, pratica e misure straordinarie in caso di peste. La contumacia toccava a coloro che per ragione dei “luoghi” o dei “mari” si temeva avessero contratto la malattia. Aveva una durata variabile e a seconda della gravità partiva da sette giorni fino ai 40 giorni da effettuare a bordo o nel lazzaretto. In effetti questo lasso di tempo era abbastanza flessibile e si poteva anche stabilire un tempo inferiore o superiore.

Il rifiuto poteva scattare per la deficienza, difformità o incongruenza delle attestazioni richieste ma soprattutto per la presenza della peste a bordo. L’imbarcazione a quel punto veniva scortata in un “lazzaretto a peste” che Napoli non aveva. Nel caso fosse danneggiata e impossibilitata a riprendere la navigazione o fosse sprovvista di viveri se ne garantiva l’assistenza.

Nel Regolamento del 1820 si ricordava che il lazzaretto napoletano era semplicemente di “osservazione” e non aveva quelle caratteristiche “a peste” presenti a Livorno, Genova, Marsiglia, Venezia. Eppure, sin dal Settecento si discuteva sulla necessità di intensificare gli scambi con la Sublime Porta (Restifo, 2005, p. 13) e di riprogettare un lazzaretto più sicuro

a Nisida per intercettare quel traffico prezioso di merci seppure “pericoloso” che arrivava da Levante dirottato in strutture più idonee ad accogliere tali navi. «S’egli giova aprire ne’ porti i più efficaci sbocchi allo scambio delle derrate, conviene pur chiudere l’adito alle più perniciose influenze che ne potrebbero venire alla pubblica salute colle merci o colle persone (Annali Civili, 140)». Il piano per Nisida fu ripreso più volte, con scarsi risultati al tempo dei francesi prima con Murat e poi con la Restaurazione quando si ipotizzò un trasferimento del polo sanitario a Pozzuoli con la costruzione di magazzini per lo stoccaggio delle merci unitamente ad un lazzaretto di «osservazione» e «sporco» a Miseno e un porto franco a Nisida (Buccaro, 1992, p. 143). Il progetto del 1826 era dell’ingegnere Giuliano De Fazio che tentò di mostrarne la valenza economica soprattutto in termini di rilancio dell’attività commerciale via mare in forte affanno rispetto a quanto invece accadeva in altre città di mare. Decisamente favorevole a tale trasformazione era anche Afan De Rivera (Carelli, 1857). L’ipotesi naufragò anche per il sopraggiungere del colera in Europa e a partire dal 1836 si puntò nuovamente su Nisida (Buccaro, 1993, pp. 152-154).

4. *Sull’epidemia di colera che colpì Napoli (1836-1837)*

L’impianto normativo del regno era di certo sostanzioso ma non bastò a rendere efficiente gli uffici deputati ai controlli. In una cornice di costante e quotidiana emergenza igienico-sanitaria e diffusa desolazione umana il colera arrivò in Europa. Si trattava di una malattia infettiva causata da un vibrione detto *Vibrio cholerae asiaticae*, per il suo aspetto, bacillo virgola, che si manifestava con dolori addominali e diarree, vomito, disidratazione, arsuria, bassa pressione, freddo, sudore freddi, occhi infossati e crampi ai piedi, alle mani e al petto (Ruffié, Sournia, 1985). Stupiva per l’imprevedibilità dei percorsi, per la velocità di propagazione e la brevità del contagio. A incidere su tutto ciò c’era l’incremento degli scambi e il veicolo di cui si avvaleva per diffondersi e cioè l’acqua (Speziale, 2013, p. 53). Come attestò nel 1831 in Francia Alexandre Moreau de Jonnés, nel *Rapport au Conseil Supérieur de Santé sur le choléra-morbus pestilentiel*, la

sua diffusione dipendeva dalla circolazione degli uomini, seguiva le navi e i mercanti oltre che le carovane.

Il suo viaggio verso l'Europa cominciò nel 1817, nel 1823 lasciò il golfo di Bengala per arrivare in Asia e colpì la Cina e il Giappone; arrivò in Russia per approdare negli anni Trenta in Europa e nel Mediterraneo (Speziale, 2013, pp. 150-153). La diffusione fu rapida: Polonia, Ungheria, Germania, Inghilterra e Parigi nel 1831, arrivando nel regno sardo-piemontese a Nizza e Cuneo nel 1835. L'Italia fu colpita per ben sei volte: 1835-37; 1849; 1854-55; 1865-67; 1884-86; 1893 (Tognotti, 2000, pp. 1-14; Tagarelli - Piro, 2002). Due furono le ondate di contagio nella capitale delle Due Sicilie: la prima durò 158 giorni dal 2 ottobre 1836 all'8 marzo 1837 con 5.669 morti e un indice di letalità del 54,7%; la seconda dal 13 aprile al 24 ottobre 1837 fu più lunga e maggiori furono le vittime con 13.810 morti e un indice di letalità del 63,3% (Forti Messina, 1979, p. 21).

Alla notizia del colera in Europa scattarono nel Regno delle Due Sicilie le misure d'emergenza e la difesa delle coste da sbarchi/imbarchi pericolosi portò alla nomina, il 4 agosto del 1831 su parere favorevole del Supremo Magistrato di Salute e del Ministro degli Interni di sette commissari regi con pieni poteri per il litorale al di qua del Faro (Coll. LL. e DD. 1831, n. 431, II). Il 26 agosto fu ordinato un cordone sanitario marittimo (Sirleo, 1910, p. 76). Il 29 agosto fu nominata una Commissione di sanità voluta dal Ministero degli Interni. Oltre al presidente nella persona del Ministro Segretario di Stato degli Affari Interni, c'era un vicepresidente che apparteneva alla Regia Marina, otto membri e un segretario (Coll. LL. e DD. 1831, n. 507, II). Il primo atto della Commissione fu la pubblicazione l'8 marzo del 1832 di un *Regolamento generale per difendere la città di Napoli dal colera morbo* che contava ben 106 articoli. Si trattava di un piano articolato e complesso che comprendeva un vertice con una Commissione Sanitaria Centrale da cui dipendevano dodici Commissioni circondariali responsabili a loro volta di dodici Deputazioni rionali. Nel *Regolamento* c'erano disposizioni sui cordoni terrestri e l'attraversamento delle frontiere solo grazie a bollettini di salute, rilasciati dai sindaci di ogni

comune di transito. Erano previsti due ordini di cordoni terrestri esterni alla città. Il primo partiva dalle foci del Volturno e includeva Capua, Caserta, Maddaloni, Marigliano, Nola, e Scafati fino alle foci del Sarno. Il secondo invece riguardava una barriera doganale di recente costituzione: il *Muro finanziario*. Superati i due cordoni, l'accesso in città avveniva attraverso la Porta di Capua, Porta di Capodichino, Porta di Nuovo che precedeva i Granili cui si univa la Porta di Pozzuoli.

La barriera doganale cui si è accennato fu voluta da Ferdinando I nel 1827 e fu realizzata in circa sette anni secondo il progetto di Stefano Gasse. Il *muro* prevedeva una cinta lunga undici miglia, contrassegnata da diciannove barriere e posti di dogana. Il progetto nato per un controllo del territorio urbano a fini fiscali fu reputato utile ad arginare la frode e il contrabbando anche sanitario, cioè relativo all'ingresso in città di merci *pericolose* (Buccaro, 217-222). In realtà il controllo affidato a truppe di linea e di gendarmeria, disposte a precisa distanza l'una dall'altra e alloggiato in baracche di legno veniva spesso violato. E a poco valsero i rastelli, strutture già note ai tempi della peste nel Medioevo (Cipolla, 1977, p. 35), le baracche per generi e persone per la contumacia e le osterie.

Qualora il contagio fosse giunto in città il *Regolamento* del 1832 segnalava la necessità di creare una rete di ospedali, per curare i vivi, senza dimenticare i cimiteri, richiamando drammaticamente quanto era già accaduto al tempo della peste del 1656. Si programmarono interventi igienico-sanitari con la pulizia delle strade e delle case in città e nelle periferie agricole e azioni a tutela della salubrità dell'aria nelle campagne oltre che negli ospedali e carceri (Catalano, 1835). Non mancarono misure a tutela dei colerosi con i contributi e le rendite degli istituti di beneficenza oltre alle generose offerte degli ecclesiastici, dei pubblici ufficiali e dei proprietari. In perfetta sintonia con quanto si diceva per altre località era opinione diffusa che la malattia dipendesse dalle cattive abitudini alimentari ed igieniche della gente del popolo (Sorcinelli, 1986). Alla fine della prima ondata colerica del 1836 Fortunato Cristini, medico all'ospedale dei Pellegrini e a Santa Maria delle Fede scriveva: «I fatti hanno dimostrato che le

cause predisponenti al terribile flagello sono i patemi di animo, l'intemperanza, i cattivi cibi, l'aria umida, bassa e preta di esalazioni per l'affollamento di uomini, di animali: e pei magazzini e laboratori di ogni genere. Il quartiere Porto che riunisce tutte queste circostanze, n'è stato il luttuoso bersaglio; mentre sulle colline che circondano la città o nessun caso di Colera si è verificato o pochissimi ed in quei disgraziati che fuggendo la strage cercavano altrove più sicuro asilo» (Cristini, 1836, p. 8).

Dalla enorme letteratura, più o meno scientifica, prodotta in quegli anni nel Regno delle Due Sicilie e negli altri stati emerge un'incapacità ad adottare protocolli sanitari chiari ed uniformi. La diversa risposta alle emergenze era di certo il portato dell'enorme confusione in materia di cura e profilassi. La scienza medica in Europa e nel regno era stata chiamata a pronunciarsi sulla natura del colera: malattia contagiosa o epidemica? La comunità scientifica era divisa. Gli stati anticontagionisti negarono la diffusione del colera per contatto privilegiando come veicolo della malattia l'aria, l'igiene, la cattiva alimentazione, i miasmi (Forti Messina, 1979, pp. 11-16). Nella penisola italiana indugiarono sull'adozione di restrizioni al commercio con il ricorso a cordoni sanitari marittimi: Genova, Livorno e Venezia. (Tognotti, 2000, pp. 47,48). Sulla stessa linea di condotta liberista erano l'Inghilterra e la Francia sostenitori della teoria miasmatica in opposizione a ogni intervento statale nella convinzione dogmatica del *laissez-faire*. (Snowden, 2020). Per gli stati italiani l'unico allineato su posizioni sempre più liberiste in campo sanitario fu il Regno di Sardegna. Tra gli stati propensi ai cordoni, ai lazzeretti e alle quarantene in merito agli scambi marittimi c'erano il Regno delle Due Sicilie e lo Stato Pontificio, definiti e inquadrati come stati *reazionari* o autoritari. Lo scontro fu molto duro ma alla fine si affermò una linea sanitaria per così dire mista e compromissoria dove ai limiti alle frontiere e alle quarantene, tipiche dei contagionisti, si unì l'attenzione alla prevenzione sanitaria degli epidemisti e miasmatici che non puntavano sull'isolamento ma sull'igiene dei quartieri fatiscenti.

Il Regno delle Due Sicilie non rinunciò dunque ai cordoni sanitari, alle quarantene e alle pratiche di spurga. Si giocò in molti casi sui tempi.

Naturalmente non fu facile passare dalla teoria contemplata nei *Regolamenti* e nelle *Istruzioni* alla pratica. Il mar Mediterraneo era sotto stretta osservazione per il traffico di uomini e merci ma i cordoni con la militarizzazione delle frontiere marittime e terrestri non bastarono. Il *vibrio cholerae* come la peste giunse da mare nascosto nell'intestino di marinai e passeggeri, nei loro abiti. Arrivando in un porto colpiva la popolazione più fragile che abitava nei quartieri fatiscenti come accadde a Napoli (Snowden, 2020, p. 264).

Dopo la prima stagione del 1836 il colera colpì nuovamente Napoli. Dichiarata libera dal contagio nel mese di marzo del 1837 in aprile il contagio ritornò a colpire e questa volta con maggiore forza.

5. *La corrispondenza dell'ufficio della Soprintendenza di Salute di Napoli*

Studiando la corrispondenza dell'Ufficio della Soprintendenza di Salute di Napoli, contenuta in un volume conservato presso l'Archivio di Stato di Napoli e relativo agli anni 1837-1842 ci siamo soffermati su quanto accadde proprio nel corso del 1837. Il volume è una sorta di indice commentato con data, mese e oggetto della comunicazione e con un rimando a dei fascicoli più corposi. Per la nostra indagine sono state considerate solo le annotazioni sui rapporti tra la Soprintendenza, le località all'interno del regno e gli stati esteri coinvolti negli scambi via mare al tempo del colera. Dalle informazioni raccolte nelle varie sezioni, e soprattutto in quelle sezioni relative alla corrispondenza estera e alle contumacie, emerge un quadro non uniforme sugli interventi degli stati diretti a contrastare i contagi via mare. Non sembra tuttavia che il colera bloccò il traffico via mare. Da gennaio a settembre transitarono 561 navi nei vari approdi del regno. Si tratta di un dato purtroppo complessivo e non analitico ma è l'unico rinvenuto per il 1837 di cui mancano del tutto notizie sul movimento della navigazione con l'estero o con i porti del regno (Clemente, 2013).

Dall'analisi della corrispondenza sappiamo che a gennaio del 1837, mentre il colera era ancora presente nella capitale, il magistrato di Palermo

continuò a rifiutare i legni dei porti posti *al di là del Faro*. Di contro si riaprivano invece i collegamenti tra Napoli e i porti di Salerno, Agropoli, Pisciotta per il trasporto di sale (ASN, a. 1837-1842).

Dalla richiesta sull'allentamento delle misure restrittive d'isolamento e quarantena si può comprendere il diverso orientamento degli stati in merito alla lotta ai contagi che vedeva contrapposti contagionisti ed epidemisti. In realtà le richieste alla Soprintendenza attestano che per ragioni politico-diplomatico anche le rigide regole degli stati sui cordoni venivano aggirate. E così grazie a *un patto di reciprocità* che ritorna spesso nella corrispondenza nel gennaio del 1837 al Console austriaco a Napoli fu garantita la libera pratica alle navi in arrivo, visto che nessuno ostacolo era stato riservato a Venezia alla nave che trasportava il re. Trattamento diverso agli arrivi dalla Reggenza di Tripoli dove in gennaio c'era la peste. Nello stesso mese anche alle navi in arrivo dagli Usa, e precisamente da Charleston, si applicò la contumacia di osservazione di 14 giorni (ASN, a. 1837-1842).

Stando alle affermazioni della Soprintendenza la condizione di Napoli a fine gennaio sembrava migliorare. A quel punto Corfù allentò i controlli per le navi in arrivo dal Regno e la contumacia fu ridotta a 14 giorni. In febbraio il Soprintendente modificò parzialmente le bollette di sanità e finalmente il 21 marzo, come peraltro annotava anche un testimone coevo (Parisi, 1838), giunse la decisione tanto attesa: il magistrato di salute rimuoveva ogni limite alla circolazione nel regno, rilasciando le patenti limpide e nette. Ma la tregua stava per finire. Secondo le cronache del tempo il colera ritornò in aprile. Ne fu colpita anche la Sicilia che aveva allentato i controlli verso le navi del regno. Il risentimento verso la capitale fu tale che re Ferdinando II fu accusato di aver voluto contagiare apposta l'isola (Alibrandi, 2015, p. 204). In giugno il governatore di Gaeta annunciava che Napoli era di nuovo in pericolo e le navi in arrivo dalla capitale sarebbero state sottoposte a contumacia 14 giorni. Anche il console di Ancona ne rifiutò l'approdo. Ma il Ministro dell'Interno denunciava che lo stesso trattamento non era stato riservato alle provenienze da Malta e dai domini austriaci dove imperversava la peste bubbonica. A Marsiglia scattò

una quarantena di 12 giorni e mentre nei porti della Grecia furono imposti 17 giorni di *osservazione* (ASN, a. 1837-1842).

Sul fronte degli stati anticontagionisti il 26 luglio Londra affermava di non adottare alcun *mezzo sanitario per impedire la propagazione del cholera*. Stessa indicazione giungeva il 27 luglio dai regi consoli di Genova e Livorno dove pur essendoci il colera il supremo magistrato non emetteva alcun provvedimento. Seguendo la corrispondenza estera risulta che anche il Regio Ministro di Berlino mentre informava sul ritorno del colera al contempo aggiungeva che non veniva presa alcuna precauzione sanitaria (12 luglio). Analogo scetticismo (9 agosto) verso l'efficacia di misure restrittive esprimeva il regio ministro di San Pietroburgo (ASN, a. 1837-1842).

Il 16 settembre il Soprintendente scriveva che grazie ai *segnali di miglioramento dalla capitale e dalle sue province* si aboliva la postilla sul colera che le deputazioni di I classe apponevano sulle patenti. Il giorno dopo un Rescritto di sua Maestà con la firma del Ministro degli Interni diceva di rimuovere ogni limite alla comunicazione e al commercio limitando le restrizioni alle sole *fumigazioni* per le merci. Per i rapporti con gli stati esteri ci si affidava ai «principi di reciprocità». Finalmente il 30 settembre s'informavano i magistrati esteri che sarebbe stata rimossa ogni postilla sulle patenti provenienti dal Regno essendo terminato il colera. Il 28 ottobre i consoli di Livorno, Marsiglia e Ancona scrivono al Ministro dell'interno informandolo che le navi del regno circolano ormai liberamente e senza restrizioni nei porti. Nel frattempo, all'ufficio di sanità continuavano a giungere notizie sulla presenza del colera e anche di morti sulle navi come quella del capitano dello *scuner* inglese Lord Anson che in arrivo da Liverpool comunicava al deputato del porto di Napoli di avere un uomo in meno d'equipaggio (ASN, a. 1837-1842).

Le differenti posizioni in merito alle pratiche di quarantena erano chiare. L'Inghilterra ne sosteneva l'abolizione mentre il Regno continuò a sostenerne l'efficacia fino all'Unità d'Italia. Si legge nella corrispondenza per il 3 gennaio del 1838: «Il Regio Console Britannico dietro varie considerazioni fa premura che le quarantene di osservazioni di giorni 10 per i

legni inglesi siano ridotte a soli giorni 3. Il Supremo Magistrato si nega» (ASN, a. 1837-1842).

6. *Conclusioni*

Nel 1838 la Francia incaricò il segretario del consiglio superiore di sanità di studiare le differenze di trattamento sanitario adottate in Europa. Si decise di convocare un'assemblea con i rappresentanti delle varie nazioni che avessero spiagge e porti nel Mediterraneo per stabilire un diritto comune sul piano sanitario e mettere fine ai vari reclami relativi alla disparità di trattamento nei vari punti del litorale. La sanità marittima aveva ormai superato i limiti imposti dalle frontiere di ciascuno stato per assumere una dimensione più ampia. Per garantire la salute e non limitare i traffici bisognava uniformare le regole di trattamento a uomini e merci pericolose, dare una certezza sui tempi di quarantena, sulle tecniche di spurgo, sui costi (Sirleo, 1910, p. 54). Ma i tempi per un incontro sulla globalizzazione sanitaria non erano ancora maturi. Una prima conferenza sulla salute nel Mediterraneo sempre su iniziativa della Francia ci fu a Parigi nel 1851 cui parteciparono 12 paesi compreso il Regno delle Due Sicilie (Cappello, 1852). Nonostante non fosse stata proposta la rimozione della quarantena la convenzione fu alla fine firmata solo dalla Francia, dall'Inghilterra e dai Savoia.

Quanto accadde a partire dagli anni Trenta in Europa in occasione del colera evidenzia che in assenza di certezze sul piano delle pratiche di sanità gli stati continuarono a sottoscrivere accordi bilaterali, che da un lato garantivano privilegi alle varie bandiere ma dall'altro rendevano vano ogni tentativo di uniformare gli interventi alle frontiere. Anche il Regno delle Due Sicilie pur partecipando proprio in quegli anni ai confronti internazionali non modificò le posizioni assunte in materia di quarantena (Cea, 2020). Nonostante i limiti di quegli incontri, che continueranno fino agli inizi del Novecento, in essi si ritrova il bisogno di affrontare i temi della globalizzazione sanitaria nell'interesse del commercio e della salute della popolazione (Salvemini, 2017, p. 203).

*Bibliografia**Archivio*

- (ASN) ARCHIVIO DI STATO DI NAPOLI, SUPREMO MAGISTRATO DI SALUTE, Registri di deliberazioni, fascio 496.
 (ASN) ARCHIVIO DI STATO DI NAPOLI, SUPREMO MAGISTRATO DI SALUTE, Registro di deliberazioni, a. 1837-1842.

Fonti a stampa

- ALIBRANDI R., *In salute e in malattia. Le leggi Borboniche fra Settecento e Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 2012.
 ALIBRANDI R., "Il colera va per mare. Misure di polizia sanitaria in Sicilia nel 1837", ANTONELLI L. (a cura di), *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2015, pp. 197-206.
 BUCCARO A., "I porti flegrei e l'alternativa alla scalo napoletano dal XVI al XIX secolo", SIMONCINI G. (a cura di), *Sopra i porti di mare*, Firenze, Olschki, vol. II, 1993, pp. 125-154.
 BUCCARO A., *Opere pubbliche e tipologie urbane nel Mezzogiorno preunitario*, Napoli, Electa, 1992.
 CAPPELLO A., *Sul sanitario congresso internazionale aperto a Parigi nel dì 23 luglio 1851 e chiuso nel dì 19 gennaio 1852 cenni storici*, Roma, Tipografia delle Belle Arti, 1852.
 CARBONARO G., *Intorno al cholera-morbus osservazioni pratiche fatte in Napoli nel 1836 e 1837 dal cav. G. Carbonaro*, Napoli, dalla tipografia Trani, 1849.
 CARELLI G., "Di alcuni principali porti, fari e lazzeretti" *Annali Civili del Regno delle Due Sicilie*, 59(1857), p. 139-148.
 CATALANO E., "Alcune considerazioni di pubblica igiene fatte all'apparir del colera in Italia", *Annali Civili del regno delle Due Sicilie*, 9(1835), vol. V, pp. 23-33.
 CEA R., "Le epidemie di colera nell'Ottocento: i modelli sanitari in Europa e in Italia" GUIDONI A. - FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020, La vita quotidiana in Italia con il Covid 19*, M&J Publishing House, National Library of Korea 2020, p. 18-22.
 CIPOLLA C.M., *Chi rompe i rastelli a Monte Lupo?*, Bologna, il Mulino, 1977.
 CLEMENTE A., "Le comunicazioni via mare", MALANIMA P. - OSTUNI N. (a cura di), *Mezzogiorno prima dell'Unità. Fonti, dati, storiografia*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2013.
 COLLEZIONE DELLE LEGGI E DE' DECRETI REALI DEL REGNO DELLE DUE SICILIE, n. 431, 14, II, Napoli, 1831 (Coll. LL. e DD.)
 COLLEZIONE DELLE LEGGI E DE' DECRETI REALI DEL REGNO DELLE DUE SICILIE, n. 507, II, 57,58,59, Napoli, 1831. (Coll. LL. e DD.)
 COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 1995.
 CRISTINI F., *Cenno sulla condizione patologica e metodo curativo e preservativo del cholera-morbus*, Napoli, tip. Salvatore De Marco, 1836.
 DE FAZIO G., *Sistema generale dell'architettura de' lazzeretti*, Napoli, Tip. di A. Treni, 1826.
 DELL'OSA D., "Una potenzialità territoriale compressa. Sanità marittima e attività economiche nell'Abruzzo preunitario", *Epidemia, sanità e controllo dei confini, Storia Urbana*, 147(2015), pp. 99-114.
 DE GIAXA V., "L'igiene internazionale", *Giornale della Società italiana d'igiene*, 1(1879), vol. I, p. 495.

- DE RENZI S., *Osservazioni sulla topografia medica del regno di Napoli*, Napoli, Tip. Del Filatre Sebezio, 1838.
- FORTI MESSINA A.L., *Società ed epidemia. Il colera a Napoli nel 1836*, Milano, Franco Angeli, 1979.
- FORTI MESSINA A.L., "L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera", DELLA PERUTA F. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984, vol. VII, pp. 431-494.
- FUSCO I., *Peste, demografia e fiscalità nel Regno di Napoli del XVII secolo*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- ISTRUZIONE POPOLARE formata dal Supremo Magistrato di Salute, 27 luglio 1835, Napoli, Tipografia Carlo Cataneo, 1835.
- LOPEZ P., *Napoli e la peste, 1464-1530. Politica, istituzioni, problemi*, Napoli, Liguori, 1989.
- MOTU PROPRIO della Santità di Nostro Signore Papa Pio Settimo in data del 25 novembre del 1818, sulla Sanità Marittima de' Porti, e Lidi dello Stato Pontificio, Roma, 1818.
- NARDONE P., *Portualità e navigazione in Abruzzo nella prima metà del XIX secolo*, Bari, Caccucci, 2008.
- PALERMO D., "La Suprema Deputazione Generale di Salute Pubblica del Regno di Sicilia dall'emergenza alla stabilità", *Epidemia, sanità e controllo dei confini, Storia urbana*, 147(2015), pp. 115-138.
- PARISI A., *Annuario storico del Regno delle Due Sicilie dal principio del governo di Ferdinando II di Borbone*, Napoli, Tip. Trani, 1838.
- PASSERI G., *Della peste col ragguglio della peste di Tunisi avvenuta negli anni 1818, 1819 e 1820*, Siena, Presso Jacopo Balatresi, 1821.
- PRETO P., *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Bari, Laterza, 1988.
- REGOLAMENTO GENERALE per difendere il Regno di Napoli contro l'invasione o la ferocia del colera morbus, Napoli, Dalla Tipografia di Carlo Fafaneo, 1835.
- RESTIFO G., *I porti della peste. Epidemie mediterranee fra Sette e Ottocento*, Messina, Mesogea, 2005.
- RUFFIÉ J. - SOURNIA J.CH., *Le epidemie nella storia*, Roma, Editori Riuniti, 1985.
- SALVEMINI R., "Politiche e interventi su sanità e territori marittimi nel Regno di Napoli", *Epidemia, sanità e controllo dei confini, Storia Urbana*, 147(2015), pp. 75-97.
- SALVEMINI R., "A tutela della salute e del commercio nel Mediterraneo: la sanità marittima nel Mezzogiorno pre-unitario", SALVEMINI R. (a cura di), *Istituzioni e trasporti marittimi nel Mediterraneo tra età antica e crescita moderna*, Napoli, ISSM-CNR, 2009, pp. 259-296.
- SALVEMINI R., "Il Regno delle Due Sicilie e la globalizzazione marittimo-sanitaria alla metà dell'Ottocento", CALCAGNO P. - PALERMO D. (a cura di), *La quotidiana emergenza. I molteplici impieghi delle istituzioni sanitarie nel Mediterraneo moderno, Studi e Ricerche - 3*(2017), New Digital Frontiers, Palermo, pp. 168-203.
- SIRLEO L., *La sanità marittima a Napoli, origini e vicende: odierna organizzazione dell'ufficio sanitario del porto Ministero dell'Interno*, Direzione generale della sanità pubblica, Napoli, R. Stab. Tip. F. Giannini & f., 1910.
- SNOWDEN F.M., *Storia delle epidemie. Dalla morte nera al Covid 19*, Gorizia, La Clessidra, 2020.
- SORCINELLI P., *Nuove epidemie, antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1986.
- SPEZIALE S., "Itinerari di contagio: il colera e il Mediterraneo (XIX-XX secolo)", TAGARELLI A. - PIRO A. (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Atti del convegno (Spezzano (CS), 19/10/2002), IV voll., San Giovanni in Fiore, Pubblisfera, 2002, vol. I, pp. 31-58.

- SPEZIALE S., *Le altre guerre del Mediterraneo. Uomini ed epidemie tra XVIII e XIX secolo*, Reggio Calabria, Città del Sole, 2013, pp. 95-112.
- TAGARELLI A. - PIRO A. (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, 4 voll., San Giovanni in Fiore, Pubblisfera, 2002.
- TOGNOTTI E., *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*. Prefazione di G. Berlinguer, Bari-Roma, Editori Laterza, 2000.
- VANZAN MARCHINI E. (a cura di), *Rotte mediterranee e baluardi di sanità*, Ginevra-Milano, Skira, 2004.

Résumé

Naples et le contrôle de la frontière maritime au moment du choléra (1830-37).

Comment concilier la protection de la santé au moment des épidémies avec la défense des échanges, des échanges maritimes et terrestres, de la production, du travail, des équilibres sociaux, économiques et financiers? Ce sont des questions très actuelles présenter sur la table des gouvernements touchés par Covid19.

L'objectif de cette intervention est l'analyse des mesures de santé publique et en particulier des mesures maritimes adoptées dans le Royaume des Deux-Siciles pour contenir la propagation des épidémies de choléra au début du XIXe siècle. À partir du plan législatif de santé établi par le Bourbon au milieu du XVIIIe siècle puis révisé en 1820, nous verrons dans quelle mesure et comment il a affecté les pratiques et les échanges commerciaux à la frontière maritime de l'un des grands états de la péninsule italienne, jusqu'à l'Unification.

Mots-clés: frontière maritime, échanges, épidémies de choléra, Royaume des Deux-Siciles.

Resumen

Nápoles y el control de la frontera marítima en la época del cólera (1830-1837).

¿Cómo conciliar la protección de la salud en tiempos de epidemia con la defensa del comercio, el comercio marítimo y terrestre, los equilibrios productivos, laborales, sociales, económicos y financieros? Estos son temas de gran actualidad en la mesa de los gobiernos afectados por Covid19.

El objetivo de esta intervención es el análisis de las medidas de salud pública y, en particular, las medidas marítimas adoptadas en el Reino de las Dos Sicilias para contener la propagación de las epidemias de cólera a principios del siglo XIX. A partir del plan legislativo de salud borbónico nacido a mediados del siglo XVIII y luego revisado en 1820, veremos cuánto y cómo influyó en las prácticas e intercambios comerciales en la frontera marítima de uno de los principales estados de la península italiana hasta la Unificación.

Palabras clave: frontera marítima, intercambios, epidemias de cólera, Reino de las Dos Sicilias.