

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Dottorato di ricerca in Studi Umanistici.

Tradizione e Contemporaneità.



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

IL COLERA A BRESCIA NELL'OTTOCENTO: CARATTERI EPIDEMIOLOGICI, POLITICHE SANITARIE E DINAMICHE SOCIALI.

Relatore:

Prof. Alberto Tanturri

Tesi di dottorato di:

Cinzia Vicini

N. Matricola: 5014051

Ciclo XXXVI

Indice

INTRODUZIONE	1
I. La comparsa del colera nel Lombardo Veneto e la strategia adottata dal Governo austriaco per contenere la malattia	6
1.1 La comparsa del colera e il viaggio della malattia dal fiume Gange al regno Lombardo- Veneto.....	6
1.2 Il Governo austriaco fra contagionismo e anticontagionismo: il ruolo delle strutture amministrativo-sanitarie del Lombardo-Veneto	22
1.3 Provvedimenti assunti per contrastare l'avanzata del colera nel Lombardo- Veneto	29
1.4 Mansioni degli impiegati negli stabilimenti di contumacia.....	43
1.5 Procedure di disinfezione e di spurgo	48
1.6 Certificati sanitari	53
1.7 L'allocazione dei costi e il ruolo delle finanze comunali	57
II. Un caso locale: Brescia durante l'epidemia del 1836	61
2.1 Modificazioni strutturali del sistema sanitario del Regno Lombardo-Veneto e sue ripercussioni sulla gestione dell'emergenza colerica	61
2.2 Provvedimenti assunti nella città di Brescia per contrastare il colera tra il 1831 e il 1836.	67
2.3 Il sistema ospedaliero cittadino e la sua collocazione nella topografia urbana....	80
2.4 Il contagio all'interno del manicomio femminile	86
2.5 La rete idrica bresciana.....	90
2.6 Analisi dei dati quantitativi.....	102
III. La Chiesa locale di fronte all'epidemia: strategie pastorali e modalità assistenziali	133
3.1 Le istituzioni ecclesiastiche lombarde durante la Restaurazione	133
3.2 L'azione della Chiesa al sopraggiungere del colera nel Lombardo Veneto.....	140
3.3 Gestione degli enti assistenziali di beneficenza.	151
3.4 Funerali e seppellimenti	158
3.5 Le Ancelle della Carità.....	166
APPENDICE ICONOGRAFICA	176
CONCLUSIONI	193
BIBLIOGRAFIA	197

INTRODUZIONE

Tra le malattie che hanno avuto il maggior impatto sociale e demografico nell'Italia dell'Ottocento va annoverato il colera, che sacrificò più vite umane di quante ne stroncarono tutte le guerre risorgimentali messe insieme. Nessun'altra malattia fu così intimamente legata a una fase storica come questo morbo. Eppure, almeno nel nostro paese, le storie degli stati preunitari, nelle quali il colera provocò autentiche catastrofi demografiche, ignorano quasi del tutto la distruttiva ondata epidemica del 1835-37, e anche alle epidemie verificatesi dopo l'unificazione dedicano uno spazio esiguo rispetto a quello generalmente riservato ad episodi anche minimi delle vicende politico – istituzionali. Questa rimozione fa parte di una tendenza generale della storiografia, che ha condotto alla esclusione dalle ricostruzioni di taglio generale di tutte le calamità naturali e dei vincoli climatici e ambientali, che spesso hanno giocato un ruolo decisivo nella vita dei grandi aggregati umani.

Nel caso specifico del Lombardo Veneto, i pochi libri scritti a ridosso dell'epidemia si concentrano su qualche aneddoto e su una rielaborazione semplicistica di alcuni dati statistici. Questi testi non consentono una ricostruzione storica generale, perché, da un lato gli autori di queste monografie si limitano ad assumere le vesti del cronista della città d'origine, tralasciando tutto ciò che si era verificato nelle città o nei paesi limitrofi. Dall'altro, gli aneddoti raccontati, spesso neppure inseriti in una adeguata cornice contestuale, appaiono del tutto slegati dalle coordinate spazio-temporali di riferimento. Questi aspetti si ritrovano, ad esempio, nelle opere ottocentesche di Wilhelm Menis, di Benedetto Manzini, di Francesco Freschi e di Giuseppe Ferrario, anche se gli *Annali statistici* di quest'ultimo, rappresentano, per la raccolta sistematica di dati, un fondamentale punto di riferimento.

Solo nel 2000, la studiosa Eugenia Tognotti ha pubblicato *Il mostro asiatico*, che ancora oggi rappresenta un *vademecum* per gli studiosi dell'epidemia colerica in Italia. Il testo, che merita di essere ricordato per il pregio di trasmettere una visione di insieme di quanto era accaduto in tutta Italia durante l'incursione epidemica del 1835-1837, non approfondisce però l'impatto che il colera ha avuto sulle diverse realtà statuali della penisola. Sul Lombardo Veneto si può affermare che, nonostante la pubblicazione non

troppo recente (1982), del volume di Paolo Corsini e Laura Graz, non esistono opere storiograficamente mature dedicate all'epidemia colerica del 1836.

Ci si chiede quale sia il motivo di una tale omissione. La prima spiegazione è attribuibile alle difficoltà di ricostruzione di un quadro generale attraverso i numerosi documenti sparsi negli archivi provinciali, spesso ancora non inventariati. La seconda è imputabile al fatto che lo studio di questa epidemia avrebbe comportato anche un'ammissione di colpa da parte delle autorità civili, che non erano state in grado di provvedere, in alcune province, all'immediata costruzione di un ospedale-lazzaretto, alla raccolta fondi e alla nomina dei commissari di sanità. A Brescia, ad esempio, sono state proprio la cattiva gestione della rete idrica, l'incapacità di risolvere il problema del seppellimento dei morti in ospedale e l'inesistenza di un lazzaretto a causare l'altissimo tasso di mortalità.

La copiosa documentazione archivistica e iconografica di cui la presente indagine ha potuto giovare ha consentito di ricostruire, partendo dal contesto storico del Lombardo Veneto precedente all'incursione colerica, l'impatto che la malattia ha avuto sull'intera realtà lombarda, le ripercussioni che ha avuto sulla crescita demografica, sulla psicologia collettiva, sull'economia, sulle istituzioni civili e sul clero. In primo luogo, sono state prese in esame le politiche pubbliche di indole preventiva, sulla base del fatto che alla luce delle cognizioni del tempo, l'insalubrità degli ambienti urbani era reputata una delle origini del contagio. In molte città si mise capo a una vera e propria rivoluzione dello spazio urbano. Si moltiplicarono le riforme per modificare l'architettura e la localizzazione degli ospedali e si presero numerosi provvedimenti per la rimozione dei rifiuti. Si rafforzarono le iniziative per sanificare le strutture urbane e si diffusero i cimiteri extramuranei che soppiantarono una volta per sempre l'inveterato uso delle inumazioni nei pavimenti delle chiese. È stato affrontato in maniera organica il problema della costruzione delle reti fognarie e sono state prese in esame le misure legislative di contenimento dell'epidemia, attraverso strumenti quali le limitazioni al traffico di persone e merci, la soppressione di fiere e mercati, le quarantene, e l'istituzione di cordoni sanitari. Una ulteriore parte dell'indagine ha riguardato l'evoluzione della medicina, che ha compiuto un immenso sforzo ermeneutico testimoniato dai numerosi trattati, che a cavallo degli anni '30 furono dedicati al colera. A tal proposito si è approfondita la contesa fra contagionisti e anticontagionisti, ossia

fra coloro che attribuivano al colera modalità di trasmissione legate ai contatti interumani, e coloro che invece si concentravano sulle cause ambientali come mezzo principale di insorgenza del morbo. In realtà, questa contrapposizione (che naturalmente aveva ben precise conseguenze a livello di politiche sanitarie) era ben lungi dall'esaurire la ricchezza del dibattito medico, che si diffuse con ardite formulazioni teoriche sugli aspetti eziopatogenetici e nosografici. In quarto luogo, il progetto proposto ha indagato le reazioni popolari che si innescarono di fronte all'imperversare di una malattia sconosciuta. La paura del colera disarticolava le strutture sociali, dissolvendo persino i più solidi legami affettivi e familiari: chi era colpito dalla malattia era di rado visitato dagli stessi medici, molti dei quali li avvicinavano con ogni possibile precauzione. Sotto questo profilo, una particolare attenzione è stata dedicata al ruolo svolto dalle istituzioni ecclesiastiche nel prevenire la disperazione e le più incontrollate manifestazioni di panico. In tal modo, se nelle campagne e nei piccoli agglomerati rurali riemersero la magia, le pratiche superstiziose e l'astrologia apotropaica, nelle grandi città le forme della vita religiosa tendevano a volgersi alle forme tipiche della devozione dei ceti popolari, come la preghiera, le pubbliche penitenze, le processioni. A tale proposito si è analizzato l'atteggiamento delle autorità ecclesiastiche, strette da un lato dall'esigenza di sollecitare preghiere e pubbliche penitenze, alla luce della diffusa interpretazione dell'epidemia come conseguenza della collera divina per i peccati, e dall'altro dalla necessità di evitare tridui e processioni quali possibili occasioni di contagio. In Lombardia, la Chiesa e la nobiltà cittadina hanno collaborato per restituire alla popolazione il sentimento religioso della carità, che il processo di secolarizzazione aveva cercato di spazzare via. La fondazione della Congregazione delle Ancelle della Carità, da parte di Maria Crocifissa di Rosa, al secolo Paola, è solo una delle tante testimonianze di questo ritorno alla spiritualità, di una Chiesa che da una situazione tanto luttuosa ha cercato di farsi sempre più vicina alle esigenze dettate dalla nascita delle nuove città industrializzate.

Nel valutare le ricadute che la malattia ha avuto sulla devozione popolare si è tentato di portare alla luce alcune opere pittoriche, come gli ex-voto, inseriti in un'apposita appendice, collocata in calce alla tesi. Si tratta di opere realizzate dal popolo per scongiurare l'arrivo della malattia o per allontanare la morte dai propri cari.

La metodologia di ricerca ha tenuto conto dei diversi nuclei tematici fin qui evidenziati. Per quanto concerne l'analisi dei pubblici interventi, tanto di natura preventiva che di contenimento dell'epidemia, ferma restando la già rilevata scarsa utilità delle ricostruzioni storiografiche ottocentesche, l'ossatura dello studio è costituita dalla massa documentaria, in gran parte inedita, conservata negli archivi di Stato delle principali città lombarde, in alcuni dei quali, vari sondaggi da me effettuati hanno evidenziato particolare vastità e ricchezza delle fonti. In relazione all'analisi del pensiero medico, la ricerca si è orientata invece sullo studio della vasta letteratura medica, ricca di corposi trattati come di un ampio opuscolame di eterogeneo valore, in parte depositato nei fondi antichi delle principali biblioteche lombarde, in parte fortunatamente digitalizzato e disponibile alla pubblica consultazione in biblioteche online quali google books e archive.org. Per la parte relativa alla psicologia di massa e agli atteggiamenti devozionali, si è fatto riferimento alla documentazione d'archivio, ma anche a fonti iconografiche, come gli ex-voto, malamente conservati presso chiese e santuari. L'ampiezza del fenomeno ha reso necessaria la consultazione del materiale conservato presso i numerosi archivi della provincia. Si precisa che per la ricostruzione di quanto avvenuto nella città di Milano si è potuto fare unicamente riferimento al materiale conservato nell'archivio Diocesano della città, perché buona parte del fondo ottocentesco, conservato nell'Archivio di Stato, è andato distrutto durante i bombardamenti della Seconda guerra mondiale. Per la resa di un quadro storico complessivo, sono stati consultati dieci archivi situati in Lombardia, mentre per la ricostruzione del caso specifico di Brescia, città annoverata tra le più colpite della penisola dopo Napoli e Palermo, sono stati recuperati materiali del tutto inediti. In effetti, molti testi, anche se di recente pubblicazione, pur citando l'altissimo tasso di letalità registrato all'interno del nosocomio femminile di Brescia, ripropongono le parole dei già citati Menis e Manzini, senza che venga data la giusta importanza alla collocazione dell'edificio all'interno di un tessuto urbano fortemente degradato e senza che vengano considerate le modificazioni strutturali dell'edificio in ragione anche di un'amministrazione ospedaliera sempre più polarizzata, secondo le tendenze positiviste ottocentesche. Con il presente lavoro si è voluto riproporre l'episodio del nosocomio bresciano inserito in una trattazione più ampia. Fondamentale, a tale proposito, il manoscritto del dottor Giacomo Uberti, medico primario dello Spedale femminile di

Brescia, che ha personalmente assistito alla strage avvenuta all'interno del nosocomio e quello del medico Alessandro Bargnani, anch'esso impegnato nell'assistenza alle alienate. Non è l'unico caso, all'interno della tesi, in cui sono stati adoperati scritti inediti, inseriti in una apposita sezione della bibliografia.

Non è stato possibile consultare il materiale archivistico conservato presso tutti gli archivi comunali e provinciali della Lombardia. Punto di riferimento per la costruzione del caso bresciano è stato l'Archivio di Stato di Brescia. Sono state escluse dalla mia ricerca, per questioni logistiche, le province venete.

Dal punto di vista strutturale la tesi si compone di tre parti: la prima dedicata all'illustrazione del percorso del colera dal Caucaso al Regno Lombardo Veneto e alle misure preventive adottate dal Governo austriaco per contenere i danni causabili dalla malattia; la seconda rivolta al caso locale di Brescia, con riferimenti all'ambiente urbano, all'organizzazione dei soccorsi, degli ospedali e all'analisi statistica; infine, la terza presenta la situazione della Chiesa a seguito del ventennio francese, la rinascita spirituale dell'istituzione ecclesiastica e il servizio prestato dal clero lombardo.

Sono molte le persone che mi hanno sostenuta in questi tre anni. A loro va il mio sentito ringraziamento. Innanzitutto, sento il dovere di esprimere la mia riconoscenza al professor Alberto Tanturri, che ha creduto in me e che con attenzione ha seguito ogni fase del lavoro. Tra i ricercatori, vorrei ricordare il dottor Alberto Vaglia, Federico Vaglia, Alessandra Braga e Andrea Busi. Vorrei anche ringraziare il personale degli archivi di Crema, Cremona, Salò, Milano e le Ancelle della Carità di Brescia, mentre con grande dispiacere mi corre l'obbligo di sottolineare le difficoltà di accesso riscontrate presso gli archivi storico e diocesano di Brescia. In ultimo, credo sia doveroso esprimere un sentimento di gratitudine alla mia famiglia, che in questi anni mi ha sostenuta e incoraggiata.

I. La comparsa del colera nel Lombardo Veneto e la strategia adottata dal Governo austriaco per contenere la malattia

1.1 La comparsa del colera e il viaggio della malattia dal fiume Gange al regno Lombardo- Veneto.

Nel XIX secolo, le interconnessioni create dalle società moderne, i flussi migratori, i mutamenti climatici, l'adattamento dei patogeni e l'aumento della suscettibilità umana avevano creato le condizioni ideali per la proliferazione di alcune malattie infettive, tra cui il colera, che, con ben sette pandemie, dilagò per tutto il pianeta¹.

Denominatore comune tra i diversi fattori che consentirono la sua manifestazione in luoghi che mai avevano avuto occasione di osservare una malattia tanto funesta, fu la diffusione dell'economia di mercato, avvenuta soprattutto nei paesi più progrediti d'Europa, quegli stessi, cioè, che avevano visto nei loro territori le manifestazioni più concrete del progresso industriale e che avevano esteso a cavallo del Settecento e dell'Ottocento i propri domini coloniali. La velocizzazione delle comunicazioni, resa possibile dalla locomotiva e dal battello a vapore, consentì un notevole incremento dei flussi commerciali, che vedevano, ogni giorno, importanti spostamenti di materie prime dalle colonie agli stabilimenti europei e il continuo movimento di persone da una parte all'altra del globo. La nuova rete viaria, infatti, favorì la circolazione di microrganismi infettivi con una velocità assai maggiore rispetto ai secoli passati e annullò il potere del tempo nel saper estinguere o consumare la virulenza dei portatori. A ciò si aggiunga l'impressionante potere diffusivo dell'agente patogeno del colera, che si calcola viaggi con una velocità da

¹ Sei delle quali colpirono in maniera più o meno intensa anche l'Italia: 1835-37/ 1849/1854-55/1865-67/1884-86/ 1893. Cfr. E., Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 2000, p. 3.

nove a sedici volte superiore a quella della peste².

La classe medica, che, proprio in questo secolo, stava attraversando un periodo di ripensamento dei fondamenti epistemologici e metodologici della scienza medica, in occasione del colera, aprì nel 1823 un dibattito che si sarebbe esaurito solo nel 1884: quello, cioè, instauratosi tra i contagionisti e gli anticontagionisti: controversia difficile da dirimere, perché le osservazioni attorno all'origine e propagazione del male trovavano una spiegazione plausibile in entrambe le posizioni dottrinali³. Certo è che i paesi, che preferirono anteporre al benessere collettivo gli interessi economici, non tardarono ad assumere un atteggiamento oppositivo verso tutto ciò che potesse compromettere i flussi commerciali e furono, quindi, più propensi ad abbracciare le teorie anticontagioniste, secondo le quali il colera non era da ritenersi una malattia epidemica, che si sviluppava in precise condizioni atmosferiche, topografiche e igieniche. Infatti, paesi liberisti come Francia e Inghilterra rifiutarono di erigere cordoni sanitari lungo i propri confini e lasciarono libero corso a persone, merci e vibrioni⁴.

Al contrario, i paesi che solo marginalmente erano stati interessati dal progresso economico, come la Russia, furono più propensi ad appoggiare la teoria contagionista, che attribuiva al colera un carattere contagioso. Fu così che il morbo asiatico, definito anche malattia dal “volto urbano”, trovò nelle città densamente popolate, carenti di infrastrutture e male amministrate, le condizioni ideali per la sua

² A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore(CS), 2002, vol. I., p. 46.

³ Questo, naturalmente, solo fino a quando Robert Koch isolò il *vibrio cholerae* nel 1884. Fra gli studi dedicati al dibattito, cfr. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla Peste nera ai giorni nostri*, Laterza, Roma-Bari, 2010, pp. 298-302; G. Cosmacini, *Medicina nella storia d'Italia. Per una tipologia della professione medica*, Laterza, Roma-Bari, 1996, pp. 27-35; per il punto di vista di un medico coevo alla diffusione dell'epidemia, cfr. D. Meli, *Risultamenti degli studi fatti a Parigi sul cholera-morbus per ordine di S.S. Papa Gregorio XVI*, Stamperia dell'Ancora, Napoli, 1837, vol. II., pp. 16-23;

⁴ Scrive in proposito il medico Rocco Brandonisio come le personalità mediche eminenti francesi avrebbero negato la contagiosità del colera, anche di fronte all'evidenza, per non rompere i rapporti commerciali con l'Inghilterra, cfr. R. Brandonisio, *Il cholera morbus che nel 1836.1837 travagliò Bari ed altri luoghi della provincia sotto l'impero dell'analisi*, Fratelli Cannone, Bari, 1839, p.22; cfr. A. Forti Messina, *Società ed epidemia, il colera a Napoli nel 1836*, Franco Angeli, Napoli, 1979, p.13;

proliferazione⁵.

Conosciuto sin dal 1438 nella regione del Gange e descritto dai viaggiatori europei a partire dal XVI secolo il colera, uscì per la prima volta dalla sua zona endemica nel luglio del 1817⁶. Il morbo seguì due diverse rotte di propagazione: Orientale e Nord Occidentale⁷. Si palesò, dapprima, nei suoi luoghi di origine, nella metropoli

⁵ L'espressione è di G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 1997, p.342.

⁶ La prima testimonianza documentata si riferisce alla città di Goa, nell'India Occidentale. Goa era caduta in mano portoghese nel 1510 e l'epidemia colerica si svolse nel 1543. I portoghesi la conobbero con il nome di Moryxy. L'epidemia successiva, quella del 1563, fu descritta minuziosamente da Garcia d'Orta.

⁷ In generale per la ricostruzione del percorso del *vibrio cholerae* si è fatto riferimento a diversi testi.

Fra i contributi più antichi si sono utilizzati gli ancor utili testi di G. Auxilia, *Monografia sul cholera morbo, sua storia, progressi, natura e trattamento*, Stamperia Spampinato, Palermo, 1837; A. Corradi, *Annali delle epidemie occorse in Italia, dalle prime memorie fino al 1850*, Tip. Gamberini e Parmeggiani, Bologna, 1880, Vol. VI; P. Rossignoli, *Del cholera osservato in Bergamo*, Tipografia Bizzoni, Pavia, 1837; G. Ferrario, *Cenni storici e statistici del pestilenziale cholera-morbus asiatico in Lombardia ed in altre regioni per l'anno 1835*, estratto dalla *Gazzetta ufficiale di Milano*, dei giorni 16 aprile e 11 giugno 1856; A.D. J., Moreau, *Relazione al Consiglio di Superiore di Sanità sul cholera-morbus pestilenziale*, Tipi del Boulzaler, Roma, 1831; B. G. Hamilton, *Teatise on cholera asphyxia, or epidemic cholera: as it appeared in Asia, and more recently in Europe*, Logman & co, Edinburgh, 1831; A. Ottaviani, *Cenni storici sul cholera asiatico*, Società Tipografica, Firenze, 1855; G. Pellizzari, *Dai climi boreali sino agli equatoriali quale la intiera progressione geografica di febbri e di pesti paludogene, memoria letta nell'adunanza del 28.07.1878*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 216; S. Acquista, *Del cholera-morbus. Cenno storico – profilattico – sintomo – terapeutico*, Da 'Torchì di Raffaele Miranda, Napoli, 1831; Broussais, *Lezioni sul Cholera morbus*, Per V. Batelli e Figli, Firenze, 1832; [F.- J.- V.] Broussais, *Lezioni sul cholera morbus... professate nell'ospedale militare del Val-de-Grace di Parigi*, Da 'Torchì del Tramater, Napoli, 1832; D. Bucco, *La colera, monografia*, Tipografia Vico Figurari, Napoli, 1855; L. Caggiati, *Lezioni sul cholera morbus*, in *Annali Universali di medicina*, s.n.t, Milano, 1857, vol. 159; C. Calderini, *Cenno istorico del Cholera-morbus che ha regnato nel 1835 in Nizza, Cuneo, Genova, Torino e altri luoghi dello Stato Sardo, dal suo primo apparire fino al 18 settembre 1835*, in *Annali Universali di medicina*, Vol. LXXVI, fasc. 228. Dicembre 1835; A. Cappello, A. Lupi, *Storia medica del cholera indiano, osservato a Parigi*, Stamperia Camerale, Roma, 1835; G. Carbone, *Sopra il cholera-morbus, Discorso*, Per V. Batelli e Figli, Firenze, 1835; G. Carbonaro, *Intorno al Cholera morbus, osservazioni pratiche fatte nel 1836 e 1837*, Tipografia Trani, Napoli, 1849; G. Cleopazzo, *Lettera sul cholera morbus diretta all'eccellentissima signora principessa D. Adelaide Pignatelli Ruffo*, Dalla Tipografia di Francesco Lao, Palermo, 1836; G. D'Alfonso, *Sul colera morbo*, Stamperia e Cartiera del Fibreno, Napoli, 1839; E. Minzovenò., *Compendio delle migliori memorie sul morbo indaco cholera-morbus*, Stamperia del Pierro, Napoli, 1832; [Anonimo] *Lettera di un giovane di Marsilia ad una amica sul colera morbus*, Tipografia Guasti, Prato, 1835; E. Fanti, *Opinioni sul cholera morbus, scritte in Varsavia*, Stamperia Carmignani, Parma, 1833; G. Grassi, *Cenni sul cholera morbus indiano, osservato sulla real fregata Urania, ancorata nel porto di Genova in agosto 1835*, Dai Tipi di Giuseppe Azzolino e Comp., Napoli, 1836; F. Lavagna, *Saggio di osservazioni per servire alla storia del colera asiatico, seguite da nuova teorica sulla causa di questa malattia*, Tipografia Ferrando, Genova, 1836; G. Tiemermans, *Sulle epidemie colerose degli Stati Sardi: relazione alla Consulta centrale dell'associazione medica*, Tipografia Italiana di Martinengo, Torino, 1857.

Nell'ambito della recente storiografia, si sono tenuti presente, invece: S. Ujvari, *Storia delle epidemie*, Odoia, Città di Castello, 2020; G. Sanarelli, *Il colera, epidemiologia, patologia, batteriologia, terapia e profilassi*, Istituto Editoriale Scientifico, Milano, 1931; S. Speciale, *Itinerari di contagio: il colera e il Mediterraneo (XIX – XX secolo)*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...* Vol. I, pp. 31-58; A. Tanturri, *Il flagello delle indie, l'epidemia colerica del 1836-37 nel*

britannica di Jessora, situata presso il delta del Gange, dove in pochi giorni si videro perire più di 6.000⁸ abitanti e da qui, dopo circa un mese, comparve a Calcutta, dove uccise in media più di 500 persone al giorno, così tante che nel fiume Gange galleggiavano solo cadaveri, preda di cani e uccelli⁹. Da Jessora, il colera proseguì il suo inarrestabile tragitto, verso Oriente; invase la penisola indocinese, insinuandosi nella capitale, Bangkok, dove una festa religiosa celebrata al fine di scacciare lo spirito maligno ritenuto causa del contagio, non fece altro che peggiorare la situazione, perché dopo tale evento, il morbo raddoppiò la sua furia e sterminò più di 7.000 persone¹⁰. Si insinuò, poi, sull'isola di Java, toccò Singapore, nell'ottobre del 1821 fece il suo ingresso in Cina e, nel 1822, entrò in Giappone.

Per altra direzione, quella occidentale, attraversò il Golfo d'Oman e nel maggio del 1819, dal Malabar, il morbo giunse sulle coste del Golfo Persico, portato da un battello carico di sessanta persone, delle quali soltanto tre sopravvissero. Nello stesso anno approdò in Africa, per mezzo di una fregata, che, partita dal subcontinente indiano, approdò, con l'equipaggio dimezzato, a Port Louis, nelle isole Mauritius. Nel 1821, attraverso gli scambi commerciali tra Masqat e il Medio

Mezzogiorno, Morcelliana, Brescia, 2022; F. Di Orio, *Il colera*, Edises, Napoli, 2006; F. Engels, J. Snow, *Vibrio: il viaggio del colera verso l'Europa e il caso inglese di metà Ottocento*, La Vita Felice, Milano, 2016; S. Speziale, *Itinerari di contagio: il colera e il Mediterraneo (XIX-XX secolo)*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali, ...*, Vol. I., pp. 34-47; S. Arieti, *La popolazione ebraica italiana e le epidemie di colera: prime ricerche*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, Vol. I.; R. Barnett, Cholera, in «The Lancet», 393 (2019), p. 219; A. Bertoli, A. Vaglia, *Brescia, 1836, anno del cholera, nelle lettere di Gaetano Scandella*, EBS, Brescia, 2017; C. Bevilaqua, *Il colera a Trieste*, in A. Tagarelli- A. Piro (eds.), *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, Vol. III, pp. 1181-1192; S. De Carolis, *Un singolare revival, il trattato sul colera di Michele Rosa (1731-1812) e l'epidemia riminese del 1855*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, Vol. I, pp. 117-128; C. Hamlin., *Cholera. The biography*, Oxford University Press, Oxford, 2009; S. L. Kotar, J. E. Gessler, *Cholera. A worldwide history*, Mc Farland & Company, Jefferson, 2014; S. Ludmil, *Il colera*, Edizioni Paoline, Bari, 1966; D. Pieri, *Il colera giunge in Romagna: l'epidemia di Cesenatico*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia*, cit., vol. I., pp. 59- 78; A. Tagarelli, A. Piro, P. Lagonia, A. Savaglio, A. Barone, G. Tagarelli, *Statistiche del Regno d'Italia, il cholera morbus*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia*, cit., vol. I, pp. 147-277; E. Tognotti, *L'anno del Colera, Sassari 1855. Uomini, fatti e storie*, Editrice Democratica Sarda, Sassari, 2000; A. Vaglia, *L'epidemia di colera del 1836 a Bagolino e Ponte Caffaro, cenni storici*, Grafiche Tumminello, Gavardo, 2009.

⁸ Cfr. G. Auxilia, *Monografia sul cholera morbo, sua storia, progressi, natura e trattamento*, Stamperia Spampinato, Palermo, 1837, p. 2.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Cfr. G. Auxilia, *Monografia sul cholera morbo...*, p.4.

Oriente, giunse in Arabia, estendendosi seguendo le coste del Golfo Persico e le rotte delle navi mercantili. Attraversò la Mesopotamia, dove attaccò tutte le città situate lungo il Tigri e l'Eufrate, invase Bagdad e nel 1822 divampò ad Aleppo e a Tripoli. Nel frattempo, dalle rive del fiume Indo, il colera proseguì il suo cammino e, dal Golfo Persico, si insinuò in Persia, sui litorali del Mar Caspio, luogo di incontro tra l'Impero russo e il continente europeo. Nel settembre del 1823 fu attaccata Astrakan, città all'epoca appartenente alla Russia e situata lungo il letto del Volga, fiume noto per la sua facile navigazione. Nell'inverno di quello stesso anno, il colera subì una battuta d'arresto, probabilmente per il sopraggiungere del clima rigido, meno propizio alla proliferazione dei vibrioni ¹¹. Si interruppe così il tragitto della prima pandemia, senza che la malattia avesse toccato le città economicamente più attive d'Europa. Si assistette a una pausa che dal 1823 durò fino al 1828, anno in cui si riaccese un focolaio in Medio Oriente e che diede inizio alla seconda ondata epidemica.

Partito sempre dal Bengala, dopo aver fatto stragi a Teheran e nelle città sulle coste meridionali del mar Caspio, il colera si stabilì ai piedi del Caucaso. Da qui, il vibrione prese due strade: verso Sud e verso Nord. Verso Nord, il bacillo, al seguito delle carovane, riuscì a valicare anche la catena montuosa del Caucaso, penetrando, nel giugno del 1830 in Georgia. A luglio giunse nuovamente ad Astrakan e nello stesso anno si riaccese a Mosca, anche qui, attraverso le rotte commerciali del fiume Volga. In Russia i primi casi della seconda pandemia si verificarono nel settembre del 1830 e nonostante le temperature rigide della stagione invernale, che avevano arrestato l'avanzata della prima pandemia, la malattia non diede tregua alla popolazione, che in un primo momento non volle ammettere la presenza del colera. Si riuscì tuttavia a contenere i tassi di mortalità e letalità, grazie all'immediata

¹¹ Secondo Alessandro Moreau de Jonnès, membro corrispondente dell' Accademia di Francia in Medio Oriente e in Russia, il colera, non solo era reputato una malattia dal carattere contagioso, ma secondo quanto aveva osservato nelle province russe, le basse temperature non servirono a impedire l'ingresso del colera in Russia, perché gli abitanti utilizzavano le pellicce, spesso imbrattate dalle deiezioni dei colerosi e perché nelle abitazioni si mantenevano temperature molto alte con l'utilizzo di grandi stufe, che garantivano un ambiente ideale per la proliferazione dei vibrioni. Cfr. A. D. J. Moreau, *Relazione al consiglio superiore di sanità sul cholera-morbus pestilenziale*, Tipografia Boulzaler, Roma, 1831, p.58.

adozione di misure profilattiche restrittive, perché la classe medica russa reputò la malattia contagiosa. Mentre infieriva a Mosca, il colera si propagò verso le province occidentali, seguendo altre due direzioni: la prima diretta verso le frontiere orientali dell'Impero austriaco e la seconda verso il Golfo di Finlandia, il Mar Baltico e le frontiere della Prussia. Nel gennaio del 1831 invase le province della Galizia e della Polonia austriaca, che riuscì a mantenere immuni le zone interne fino all'aprile dello stesso anno. Nel maggio del 1831 giunse nella Prussia Occidentale e alla fine di giugno a Pietroburgo, mentre nel luglio invase la Finlandia. Sempre nel mese di giugno si manifestò sulle spiagge del Mar Nero, in Bessarabia, in Moldavia, in Valacchia e in Bulgaria. Le truppe russe, impegnate nella guerra russo persiana (1826-1828) e nella guerra russo turca (1828-1829), non adottarono misure volte a prevenire il rischio di infezione e consentirono la propagazione della malattia in tutti quei territori che erano rimasti immuni dalla prima ondata epidemica¹². Qualche anno più tardi, i moti insurrezionali in Francia, Belgio, Polonia, Grecia e in Italia non consentirono ai paesi europei di opporre una resistenza efficace al contagio. Le guerre divennero, così, occasione per il vibrione di attaccare territori ad esso sconosciuti. La Galizia austriaca dovette il contagio principalmente alla presenza della guerra. In Russia, fu al passaggio del corpo delle truppe, comandate dal generale Phalem, che le città di Minsk, Wilna e Salsawel si videro invase dalla malattia. Tutte le contrade di queste città, attraversate dall'armata russa, si videro attaccate dal colera e ugual sorte toccò alla Polonia, che a causa della guerra, fu costretta a rimuovere i cordoni sanitari lungo i confini. Dopo la battaglia di Jagnie del 10 aprile del 1831, il colera proruppe nell'esercito polacco e dopo due settimane a Varsavia, quindi da Kalish, il 20 giugno, giunse ai confini prussiani. Dalla Galizia orientale, da cui erano passati sia l'esercito russo sia quello polacco, scese in Moldavia, in Valacchia, in Bulgaria e Romania. La Prussia si munì di un doppio

¹² Il dottore e deputato del Parlamento nazionale Gioachino Valerio, ricordando l'invasione del Piemonte, narra di come il colera fosse stato portato in Europa dalle armate russe. I cosacchi avrebbero infatti, contratto la malattia combattendo contro i popoli della Circassia, poi disseminandola per tutta Europa; cfr. G. Valerio, *Igiene pubblica delle cause che favorirono lo sviluppo del cholera morbus in Piemonte e in Liguria*, Tip. Canfari, Torino, 1851, p.4

cordone verso la Polonia infetta, per una lunghezza di quasi 200 miglia; il provvedimento non servì a nulla, perché il morbo riuscì a infrangere anche tale barriera¹³. Nel frattempo, 500 battelli carichi di cereali partirono dal cuore della Russia, attraversarono i suoi territori transitando sul Don e approdarono in Lettonia, a Riga, sul Mar Baltico¹⁴. Tre settimane dopo il loro arrivo, il colera fece terribili stragi nella capitale lettone, dove i commercianti, per non subire il danno derivante dai cordoni, dalle chiusure e dalle quarantene, sostennero che il colera non ci fosse, così, senza aver adottato precauzione alcuna, infettarono l'intero territorio. Mentre a Riga le imbarcazioni proseguirono a partire senza controlli e certificati di sanità, Pietroburgo continuava ad essere assalita dal colera. Lo zar adottò tutte le misure possibili di isolamento, come nella prima pandemia, ma quarantene, fumigazioni, allontanamento dalla capitale degli ammalati e cordoni sanitari non furono sufficienti a circoscrivere il colera, a causa delle continue marce e retromarce dell'esercito. Il 12 giugno un cittadino di Pietroburgo cadde ammalato a bordo dell'imbarcazione Solena¹⁵. Dopo questo primo caso, la popolazione, presa dal panico, cercò la salvezza mettendosi in fuga, solo in parte impedita dal cordone sanitario. Così, da Pietroburgo il focolaio si propagò nelle province stanziato attorno al lago Ladoga, mentre i commercianti lungo il Don aiutarono a spargere il contagio in tutta la Russia e in Prussia, dove il colera giunse nell'agosto del 1831, toccando la capitale Berlino. Anche qui non fu adottata alcuna misura di contenimento, perché i medici prussiani appoggiarono la teoria anticontagionista agevolando in tal modo la diffusione del colera nell'area germanica, prima a Vienna e poi ad Amburgo, nel settembre del 1831. Da Amburgo le imbarcazioni che partivano per approdare sulle coste inglesi trasportarono il colera nel Sunderland, dove il morbo si manifestò dapprima nelle abitazioni situate lungo il fiume Wear, a soli 30 chilometri da Londra e poi, progredendo per le principali vie di comunicazione, giunse nella capitale nel febbraio del 1832. A marzo toccò Dublino, Glasgow e il resto delle isole

¹³ Cfr. A. Corradi, *Annali delle epidemie occorse in Italia, nelle prime memorie fino al 1850*, Tipografia Gamberini e Parmeggiani, Bologna, 1880, p. 1016.

¹⁴ Cfr. G. Auxilia, *Monografia sul cholera morbus ...*, p.10.

¹⁵ Ivi., p.11

britanniche. Dall'Irlanda il colera, valicando inaspettatamente il vasto oceano Atlantico, giunse in America. Così, nell'ottobre del 1832, mentre New Orleans soffriva i danni causati dalla febbre gialla, dovette affrontare anche quelli portati dal colera¹⁶.

In Europa, nel frattempo, nella primavera del 1832 comparve a Calais e nello stesso mese, tolte le quarantene, fece il suo ingresso a Parigi, dove i primi casi sospetti erano comparsi nel gennaio dello stesso anno¹⁷. Molti parigini incolparono della disgrazia dapprima gli esuli polacchi e poi l'atmosfera e il clima, che giusto in quegli anni aveva subito numerose variazioni. Dalla capitale francese, che ospitava gente proveniente da tutto il mondo, priva di qualsiasi cautela sanitaria, il colera si diffuse in tutta la Francia. In un solo mese si contarono nella sola Parigi 18.000 vittime¹⁸. Il cammino incessante della malattia proseguì furioso per tutto il mese di aprile e cominciò ad arrestarsi solo sul finire della stagione estiva. Per tutto l'inverno del 1833 il colera si acquetò, per ricomparire all'inizio della primavera dello stesso anno. Dalla Francia, dove si erano verificati gli ultimi casi a ottobre, il contagio passò al vicino Belgio e da qui all'Olanda, per mezzo delle truppe belga-francesi, nel contesto della guerra allora in corso fra Belgio e Paesi Bassi ad Anversa. La presenza delle milizie rese più difficoltosa l'individuazione dei primi casi, perché la malattia dominante tendeva a mescolarsi con altre malattie gastrointestinali, che tradizionalmente affliggevano le truppe. In Olanda, tuttavia, non fece grandi stragi, nonostante le prevalenti caratteristiche dell'insediamento urbano, che rispondevano perfettamente alle esigenze del vibrione: centri situati in luogo basso e umido, frequentemente bagnati da corsi d'acqua o intersecati da una fitta rete di canali.

¹⁶ Per quanto riguarda la diffusione del colera in America, cfr. C. E. Rosenberg, *Cholera in the 19th century in Europe: a tool of social and economic analysis*, in «*Comparative studies in society and history*», Vol. 8, Verlag nicht ermittelbar, Aja, 1966; C.E. Rosenberg, *The cholera years. The United States in 1832, 1849, and 1866 with a new afterword*, University of Chicago Press, Chicago, 1962, pp. 13-16; D. Atkins, *Reports of hospital physicians and other documents in relation to the epidemic cholera of 1832*, G. & C. & H. Carvill, New York, 1832, pp. 6-14.

¹⁷ Per la diffusione del colera a Parigi, cfr. L. Barraco, *Cenni sul cholera morbus epidemico, osservato in Parigi nell'anno 1832*, Tipografia del Reale Albergo de' Poveri, Napoli, 1834, pp. 11-15; A. Cappello, A. Lupi, *Storia medica del cholera indiano, osservato a Parigi*, Stamperia Camerale, Roma, 1835, pp. 7-13;

¹⁸ Cfr. G. Auxilia, *Monografia sul cholera morbus...*, p. 14.

Verso Sud, i percorsi via mare condussero il morbo dall' India alla penisola arabica, dove i pellegrini trasportarono il colera in Siria, Palestina e Tunisia. Nel Nord Africa non furono solo i pellegrini a portare la malattia, ma diedero un ulteriore contributo alla diffusione del contagio anche i francesi, che controllavano l'Algeria, perché, noncuranti delle restrizioni, avevano mantenuto attivi i traffici commerciali con le città algerine. Nel frattempo, dalla Francia il colera giunse nella penisola iberica, attecchendo a Oporto nel gennaio del 1833, portato anche qui dalle truppe francesi e inglesi, che stavano combattendo a fianco di Pietro I nella guerra di successione portoghese. Lisbona non tardò a ricevere il flagello e così il Portogallo si trovò ad essere afflitto sia dalla guerra civile sia dal morbo colerico. Da qui il contagio giunse in Spagna, travolta anch'essa dalle discontinue e persistenti guerre carliste. In breve, Siviglia fu invasa e nel febbraio del 1834 il colera si insediò a Madrid e a Granada, dove le stesse autorità si misero in fuga al comparire dei primi casi. Il vibrione si fece strada a Valencia, Barcellona, Bilbao e giunse, nello stesso anno, anche in America Latina, sempre al seguito dei traffici commerciali. Nel frattempo, il flagello non trascurò di colpire quei luoghi che aveva già visitato. Riapparve a Londra nell'agosto del 1833, a Dublino nel 1834, in Scozia, in Belgio, in Prussia, in Svezia, in Francia. Nel gennaio del 1835 si stabilì a Marsiglia, dove le temperature invernali limitarono le stragi che il colera avrebbe potuto fare, ma i casi di colera si registrarono fino all'estate dello stesso anno. Nel frattempo, il contagio si diffuse a Tolone e in tutto il territorio francese costiero.

Presto il colera attaccò anche i territori italiani. Il primo caso si registrò nel lazaretto di Villafranca, a giugno si manifestò a Nizza e nello stesso mese a Livorno, in due individui, giunti al porto per mezzo di due bastimenti diversi: uno proveniente da Bona e uno da Marsiglia¹⁹. Il Regno di Sardegna, che per mezzo di

¹⁹ L'8 giugno 1835 giunse nel porto di Lìmpia a Nizza, la bombarda sarda, chiamata l'Angiolina, proveniente dall'Inghilterra, carica di merci e che teneva a bordo un malato sospetto di colera. Il 23 giugno fu registrato il primo caso di colera a Nizza, cfr. G. G. Maraschin, *Relazione storico-statistica del cholera asiatico che regnò nel vicentino negli anni 1835-1836*, Tipografia Paroni, Vicenza, 1846, p. 12; le opinioni su come il colera fosse entrato a Nizza risultano discordanti. Secondo Domenico Meli la malattia giunse a Nizza da un'imbarcazione partita dal porto di Sète, ancora oggi secondo porto francese per importanza dopo Marsiglia, cfr. D. Meli, *Risultamenti degli studj fatti a Parigi sul cholera-morbus per*

una circolare a stampa aveva dichiarato di non voler stabilire alcun cordone sanitario interno e di non voler ricorrere a misure di isolamento, perché ritenute dannose per il commercio, lasciò il via libera al colera, che in tal modo penetrò in tutta la penisola italiana²⁰. Il morbo, colpita Nizza, invase nell'agosto del 1835 Torino, Genova, Livorno e Mondovì. Gli amministratori di Genova, appena videro che il colera era giunto a Nizza da Marsiglia e Tolone, decisero di stabilire un cordone sanitario lungo il confine marittimo²¹. La città, convinta che in questo modo l'avrebbe scampata, non introdusse altre precauzioni, facendo affidamento sulle qualità del suo clima mite. Tuttavia, il 23 luglio 1835 morì un taverniere genovese, che era solito ospitare i contrabbandieri, che arrivavano in città da Cuneo, dopo che era stata loro impedita la via del mare²². Poco dopo, ammalò un capitano marittimo, che aveva eluso la sorveglianza del cordone genovese, sostenendo che il suo carico giungesse dalla Spagna e non da Marsiglia. Nonostante i casi continuassero a salire, la popolazione non voleva sentir parlare di colera e, terrorizzata dall'impotenza della classe medica, ricorse all'aiuto divino per allontanare il flagello, che si era abbattuto con tanta violenza sulla città. Così, dopo il 23 agosto, data in cui si tenne un'affollatissima processione penitenziale, il numero degli ammalati toccò il suo

ordine di S.S. Papa Gregorio XVI, Stamperia Piatti, Firenze, 1837, vol. II., p. 30; cfr. *Gazzetta ufficiale di Torino del 16 luglio 1835*. Per il colera a Nizza, cfr. D. Meli, *Il cholera asiatico in Italia, seguito dall'opera che ha per titolo: Risultamenti degli studj fatti a Parigi sul cholera morbus per ordine di S.S. papa Gregorio XVI*, Stamperia dell'Ancora, Napoli, 1837, pp. 26-40; cfr. C. Calderini, *Cenno storico del Cholera-morbus che ha regnato nel 1835 in Nizza, Cuneo, Genova, Torino e altri luoghi dello Stato Sardo, dal suo primo apparire fino al 18 settembre 1835*, in *Annali Universali di medicina*, Vol. LXXVI, fasc. 228. Dicembre 1835, p. 404.

²⁰ «Che se i cordoni sanitari poi non hanno preservato altri popoli dall'infezione, non dee sorprenderci, se altrettanto fosse avvenuto fra noi; [...] Che se l'essere questi casi accaduti, in molta distanza la più parte gli uni dagli altri, e sopra alcuni, che non parve avessero comunicazioni sospette, dimostra essere quasi illusorie le soverchie precauzioni sinora praticate; [...] che da tutto ciò deve indursi l'inutilità degli isolamenti soverchi in qualche luoghi praticati, e che furono dagli ordini Ministeriali e di questo Magistrato disapprovati», cfr. *Manifesto dell' Ecc.mo R. Magistrato di Sanità, in Genova*, in *Gazzetta di Genova*, 13 Agosto 1835, cit. p. 4.

²¹ L'irruzione del colera a Nizza sarebbe da imputarsi al comportamento dei forzati, impiegati presso il porto, che in cambio di viveri e di denaro aiutavano le navi mercantili provenienti da altri paesi a scaricare illegalmente le merci in quarantena; cfr. G. Valerio, *Igiene pubblica...*, p. 13.

²² G. Fantonietti, *Del cholera vagante nella Liguria coll'indicazione del miglior metodo di cura e di preservamento*, Col. Tipi di Paolo Andrea Molina, Milano, 1835, p.1.

apice con 342 nuovi casi al giorno²³. Le città del Regno di Sardegna furono colpite dal colera con intensità diverse per circa due mesi. Nizza su 26.000 abitanti ne perse 224²⁴; Cuneo, che ne contava 18.000 ne vide perire 425, mentre Genova, i cui abitanti ammontavano a 80.000 ne perse 2.151²⁵. Non furono risparmiati i paesi limitrofi. Sul principio di ottobre il morbo infierì, partendo dal porto di Genova, a Loreo, Tre Ponti ed altri luoghi del litorale veneto, dove giunse per mezzo delle imbarcazioni genovesi, cariche di panni e cenci usati. Al sopraggiungere dell'autunno la malattia cominciò a regredire, così, nel novembre di quello stesso anno si annunciò lo scioglimento del cordone sanitario stabilito lungo il confine con il Ducato di Modena. Le relazioni tra i due Stati ripresero tranquillamente e il colera non diede segni di vita per tutto l'inverno, tanto da far credere che fosse finalmente sparito. Nel frattempo, si ebbero nuovi contagi in Veneto, dapprima nei pressi di Ariano, nel Polesine, a quanto pare sempre per colpa di alcuni piemontesi impegnati nella raccolta di sanguisughe, e poi a Venezia, dove dal 9 ottobre al 18 dicembre del 1835 morirono 359 abitanti su una popolazione di 100.000²⁶. Contemporaneamente, la malattia ricominciò a infierire a Genova, dove il re Carlo Alberto cercò di sovvenire la popolazione più indigente attraverso opportune misure assistenziali, e proseguì il suo veloce cammino verso le province lombarde. Così, mentre nell'aprile del 1835 cominciò un'eruzione violenta del Vesuvio, che si protrasse fino all'anno successivo e, mentre forti scosse di terremoto interessarono tutta l'Italia centrale e meridionale, nel Nord della penisola si aprì la stagione invernale con un freddo

²³ Scrive a tal proposito G. Sanarelli: «è bene ricordare come l'onorando Arcivescovo Tadini di Genova, alcuni giorni prima, con intendimento certamente pio, volendo occorrere a diminuire il flagello che sì ferocemente invadeva verso la metà d'agosto, mandò fuori una circolare, con cui invitava i cittadini ad una solenne processione, onde invocare, in tanto lutto della città, le benedizioni della religione. La voce del pastore, come quello che per pietà e dottrina era veneratissimo, fu accolta universalmente dal popolo, e la processione solenne ebbe luogo nel mattino del 23 agosto. [...] Quaranta mila e più cittadini [...] procedevano scarmigliati, laceri nelle vestimenta, coi piedi scalzi ed in atto di penitenti; altri portavano teschi di morte; i più erano involti nelle capanelle [...]. La processione fece il giro della città e si recò poscia alla chiesa di S. Lorenzo, da cui l'Arcivescovo impartiva la benedizione all'onda immensa di popolo»: cfr. G. Sanarelli, *Il colera*, p. 5. Sulle processioni come occasioni di contagio, cfr. anche G. Valerio, *Igiene pubblica delle cause che favorirono lo sviluppo del cholera morbus in Piemonte ed in Liguria*, Tip. Canfari, Torino, 1851, p. 39.

²⁴ Cfr. A. Corradi, *Annali delle epidemie...*, p. 986;

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ivi, p. 987.

glaciale e inconsueto, tanto che a Milano, tra gennaio e febbraio del 1836, caddero 90 centimetri di neve. Queste calamità naturali rinfocolarono il dibattito tra contagionisti e anticontagionisti, ma in definitiva rafforzarono le tesi degli anticontagionisti, convinti dell'esistenza di un preciso legame tra la malattia e caratteristiche ambientali²⁷.

Nonostante le basse temperature, a novembre, il colera da Venezia giunse a Padova e a Vicenza, dove però ebbe manifestazioni abbastanza miti. A Vicenza, dal 16 dicembre sino alla fine di gennaio del 1836 si contarono soli 23 casi. Dal 29 di gennaio ai primi di marzo gli ammalati furono così pochi che i vicentini pensarono di essere stati risparmiati dalla malattia e cominciarono a trascurare ogni precauzione, provocando, così, una recrudescenza del morbo nell'estate dello stesso anno²⁸. Nel frattempo, Verona fu invasa il 24 ottobre del 1835, mentre la sua provincia fu interessata nel novembre di quello stesso anno. Anche qui i casi furono così pochi che non si provvide ad adottare alcuna misura di contenimento del male e ciò contribuì a diffondere la malattia anche a Chioggia, Treviso e Rovigo. Da Venezia, il colera passò a Trieste e nel 1836 si diffuse anche in Dalmazia. Qui, il 19 luglio, si manifestarono i primi casi nel borgo di Lucaz, appena fuori dalla città di Spalato, in una famiglia dedita al commercio di mercanzie provenienti via mare da Trieste, già da qualche tempo infetta. Quelle merci erano dirette a due case di commercio di Spalato, nelle quali comparvero altri casi, che provocarono la diffusione del morbo al resto della città²⁹. Contemporaneamente, la malattia procedette la sua corsa verso le province occidentali del Regno.

Di tutte le città lombarde, Bergamo fu la prima ad essere invasa. Secondo Paolo

²⁷ Per la correlazione colera - ambiente, cfr. M. L. Betri, *Le malattie dei poveri: ambiente urbano, morbilità, strutture sanitarie a Cremona nella prima metà dell'Ottocento*, Angeli, Milano, 1981; S. Onger, *La città dolente*, Angeli, Milano, 1993; B. Grassi, G. Ferrario, *Per difendersi dal colera, istruzioni popolari*, Treves Editore, Milano, 1884; C. Pavesi, *Nozioni di igiene popolare*, Tip. Cortellezzi, Mortara, 1878, p.20; cfr. M. L. Betri, *Le grandi malattie sociali*, in «Vita civile degli italiani». 4. *Ambiente e società alle origini dell'Italia contemporanea 1700-1850*, Electa, Milano, 1989.

²⁸ I casi notificati a Vicenza tra gennaio e febbraio furono solo 23. Cfr. G. Grabner-Maraschin, *Relazione storico-statistica del cholera asiatico che regnò nel vicentino negli anni 1835-1836*, Tipografia Paroni, Vicenza, 1846, p. 13.

²⁹ Cfr. F. Lanza, *Relazione nosografico-statistica sull'epidemia colerosa che invase la Dalmazia nell'anno 1836*, Co' tipi di M. Weis, Trieste, 1838, p. 22.

Rossignoli, medico presso uno degli ospedali cittadini, la malattia fu importata dai cosiddetti *camalli*, cioè i facchini che lavoravano per il porto di Genova, ma che domiciliavano a Bergamo, in contrada dei Genovesi³⁰. Fu proprio qui che si verificarono i primi casi. Il primo caso sospetto si registrò il 26 novembre del 1835 nella persona di un sarto, che risiedeva nei pressi nella contrada dei Genovesi. La classe medica locale, tuttavia, anche di fronte all'evidenza dei sintomi che si erano riscontrati, si rifiutò di ammettere la presenza del morbo in città. Peraltro, la lontananza di Bergamo dai luoghi infetti, quelli cioè, che erano già stati contaminati in quello stesso anno, e, l'incolumità di tanti altri, che geograficamente risultavano più vicini alle zone colpite dalla malattia, indussero a escludere il sospetto che si trattasse proprio di *cholera morbus*. A causa del freddo, la malattia procedette lentamente, senza destare grandi preoccupazioni e cominciò a infierire seriamente solo ai primi di dicembre del 1835, tanto che secondo il medico milanese Giuseppe Ferrario, il primo caso ufficialmente riconosciuto come colera a Bergamo risalirebbe al 23 dicembre 1835, quasi un mese dopo la morte del primo infetto³¹. Il morbo, secondo il Rossignoli, procedette lentamente nei primi mesi, facendo registrare 20 casi al giorno in città e circa 10 in provincia, mentre andò crescendo nei mesi di aprile e di maggio, toccando la punta massima in giugno³². Fu nel mese di marzo del 1836 che la malattia si diffuse, attraverso lavoratori stagionali e viaggiatori provenienti dalla provincia, nei paesi situati tra il bergamasco e il bresciano, quelli cioè di Paratico, Palazzolo, Pontoglio, Urago d'Oglio e Coccaglio. Gli individui accorsi dal modenese e dal parmigiano in provincia di Brescia, per occuparsi della raccolta delle foglie di gelso, per l'allevamento dei bachi da seta, chiamati *pelarini*, divennero degli involontari tramiti per la trasmissione del

³⁰ Cfr. P. Rossignoli, *Del cholera osservato in Bergamo*, Tip. Bizzoni, Pavia, 1838, p. 7.

³¹ Cfr. G. Ferrario, *Cenni storici e statistici del pestilenziale cholera-morbus asiatico in Lombardia ed in altre regioni per l'anno 1835*, estratto dalla *Gazzetta ufficiale* di Milano, dei giorni 16 aprile e 11 giugno 1856, p. 3. A tal proposito è interessante notare come il medico bresciano Menis sostenga che intorno alla fine di dicembre a Bergamo fosse scoppiata una malattia simile al colera, cfr. W. Menis, *Saggio di topografia statistico-medica della provincia di Brescia, aggiuntevi notizie storico-statistiche sul cholera epidemico*, Tip. Della Minerva, Brescia, Vol. II, p. 214. Per approfondire il colera a Bergamo si veda anche C. Facchinetti, *Bergamo o sia notizie patrie*, Stamperia Mazzoleni, Bergamo, 1838.

³² Nel mese di giugno i casi ammontarono tra città e provincia a 6927 con 3134 morti. Cfr. A. Corradi, *Annali delle epidemie*, p. 1023.

contagio dalle località infette a quelle ancora sane³³. Presto furono invase anche le città di Brescia e di Cremona.

Dopo la registrazione del primo caso a Brescia, il 16 aprile del 1836, il 21 dello stesso mese furono invasi i paesi di Montirone, Paratico e Bagnolo, mentre dal 14 maggio furono colpiti Pontoglio, Palazzolo, S. Zeno, Ghedi, Orzinuovi³⁴. La maggior parte dei casi si registrò nei paesi situati lungo l'asse stradale che metteva in comunicazione la città di Brescia con quella di Bergamo. In effetti, tutti gli individui bresciani colpiti erano in diretta o indiretta comunicazione (per affari e interessi) con i bergamaschi. A Brescia il primo caso di colera si registrò, come detto, il 16 aprile del 1836, in persona di una lavandaia, che contrasse la malattia dopo aver maneggiato indumenti di persone provenienti da paesi infetti³⁵. A lei seguirono, nei giorni successivi, tre uomini di umile condizione, domiciliati nel quartiere di S. Alessandro, rinomato per la sua insalubrità. Il colera scomparve da Brescia il 20 aprile e riapparve il 14 maggio nello Spedale delle Pazze, dove con una furia inaudita, fece una vera e propria strage. Infatti, su 40 ricoverate, ne perirono 27³⁶. Il colera infierì in tale struttura sanitaria fino a quando, nel mese di giugno si celebrò

³³ Termine che definiva gli stagionali addetti alla raccolta delle foglie del gelso, utilizzate per nutrire i bachi da seta.

³⁴ Nella ricostruzione del percorso del vibrione nel territorio bresciano si è fatto riferimento alle seguenti opere: B. Manzini, *Cenni storici intorno al cholera morbus*, Girolamo Quadri Editore, Brescia, 1837; F. Odorici, *Storie bresciane, dai primi tempi sino all'età nostra*, Pietro di Lor. Gilberti, Brescia, 1861; W. Menis, *topografia-statistico medica della provincia di Brescia, aggiuntevi le notizie storico-statistiche sul cholera epidemico che desolò nell'anno 1836*, Tip. Della Minerva, Brescia, Vol. II, 1837; P. Corsini, L. Graz, *Epidemia e salute pubblica: il colera del 1836*, in *Aspetti della società bresciana nel primo Ottocento*, Grafo Edizioni, Brescia, 1985; G. Ferrario, *Statistica medica di Milano e statistica del cholera morbus dell'anno 1836 (escluso il militare)*, Tipografia di Paolo e Andrea Molina, Milano, 1837; *Giornale patrio bresciano X, l'anno 1837-1841*, Brescia; A. Borlotti, *Pandemie 1836, 1855, 1867 a Sale Marasino*, COM & PRINT, Brescia, 2022.

³⁵ B. Manzini, *Cenni storici intorno al cholera morbus*, Girolamo Quadri Editore, Brescia, 1837, p.14

³⁶ Cfr. A. Bargnani, *Sulle cause che hanno ultimamente dato origine al cholera morbus nella sala delle pazze di Brescia*, in ASB, Atti Accademici, b. 196. La moria nello Spedale cittadino delle pazze è testimoniata anche da F. Odorici, *Storie bresciane, dai primi tempi sino all'età nostra*, Gilberti Tipografo-Libraio, Brescia, 1861, Vol. X., p. 254 e da G. Uberti, *Cenni storico-medici del cholera morbo che disertò la sala delle Pazze dell'Ospedale femminile in Brescia e alla casa di soccorso o lazzaretto ivi attuato*, in ASB, Atti Accademici, b. 223; W. Menis, *Topografia statistica... Vol. II*, p. 182; B. Manzini, *Cenni storici...*, p.14; A. Fappani, *Fatti della vita. Il colera a Brescia nel 1836*, in *El Sedas*, 11, 1973, p.19; *Enciclopedia bresciana*, La Voce del Popolo, Brescia, 1977, Vol. II, ad vocem., p.271. Manzini, circa la comparsa del colera a Brescia, individua il primo infetto in una certa Agostina Arado e non in Maria Mazza, come riportano sia Menis sia Fappani. Anche secondo il *Registro dei morti del Vantiniano* il primo caso di colera non risulterebbe essere nella persona di Maria Mazza, ma di Agostina Arado, per altro deceduta il 17 aprile e non il 16 come vorrebbero Menis, Manzini e Fappani.

in città il *Corpus domini*. Alla celebrazione parteciparono moltissimi *terrazzani*, che contribuirono a diffondere il germe colerico³⁷. Dallo Spedale delle Pазze il colera si trasmise al Pio istituto della Mercanzia, in cui erano ricoverate le anziane indigenti e da qui, come un fuoco, si allargò a tutti gli altri ospizi cittadini. La malattia, secondo i coevi storici locali (proclivi ad attribuire ai fenomeni tellurici e atmosferici un arcano potere diffusivo delle epidemie) si propagò con violenza inaudita dopo una forte scossa di terremoto, avvenuta il 12 giugno, e dopo un violento uragano, verificatosi il 18 dello stesso mese. Dalla metà del mese di giugno il colera raggiunse in effetti l'apice del suo furore, colpendo tutti i centri abitati che sorgevano lungo la strada che da Palazzolo conduceva a Desenzano. A Brescia, il morbo si spense del tutto il 15 settembre 1836, mentre in provincia l'ultimo caso si registrò il 10 novembre dello stesso anno a Manerbio³⁸. Nella sola città, il colera uccise 1.613 individui, con un tasso di mortalità variabile tra il 4,7% e il 5,2% e di letalità del 50,1%³⁹.

A Milano il primo caso di colera conclamato si verificò il 17 aprile, nella persona di un possidente terriero giunto a Milano dalla già infetta Bergamo⁴⁰. Costui morì di colera il 18 dello stesso mese e fino al 27 di maggio non apparvero ulteriori casi. La modalità di propagazione della malattia sembrava seguire le orme di quello che stava accadendo nella vicina Brescia. Solo in luglio la malattia toccò il suo apice,

³⁷ Termine con cui si indicavano le persone, provenienti dai paesi limitrofi alla città o dal suburbio, Cfr. W.Menis, *Saggio di topografia statistica...*, cit., Vol.II, p. 216.

³⁸ Cfr. A. Corradi, *Annali delle epidemie...*, cit., pp. 1027-1028.

³⁹ Gli storici locali riferiscono dati discordanti rispetto al numero complessivo degli abitanti di Brescia. Sappiamo che il totale della popolazione nel 1836 oscillava tra le 31.000 e le 34.000 anime. Per tale ragione non è possibile indicare il tasso di mortalità in maniera precisa, possiamo tuttavia, dare un intervallo compreso tra il 4,7% e il 5,2%. Le cifre riferibili alla popolazione complessiva sono riportate dal Menis nel *Saggio di topografia statistico-medica della provincia di Brescia, aggiuntevi le notizie storico-statistiche sul cholera epidemico, che la desolò nell'anno MDCCCXXXVI*, Vol. II; stando, invece, a quanto riportato dal Manzini in *Cenni storici sul cholera morbus che afflisse Brescia nel giugno, luglio e agosto del 1836*, il numero di abitanti ascenderebbe a 34.000. Cfr. A. Corradi, *Annali delle epidemie...*, cit., p. 1028.

⁴⁰ Cfr. C. G. Calderini, *Rapporto fatto alla Direzione dell'ospedale Maggiore di Milano sugli ammalati di cholera morbus asiatico, curati nell'ospedale Maggiore di Milano dal 17 aprile fino al 27 settembre inclusivi nell'anno 1836*, in *Annali di Medicina*, 1837, cit., p. 257.

registrando 1.604⁴¹ casi al giorno, così tanti, che per utilizzare le parole di uno storico locale «tanta mortalità in un solo mese non si ebbe a Milano che per la prima volta in quest'anno dopo la tremenda peste bubbonica degli anni 1629-31»⁴².

Anche a Crema il colera giunse da Bergamo⁴³. Il primo ad essere attaccato fu un cittadino che era stato a Bergamo ad assistere i colerosi e che abitava nella contrada dei Tre Palmi. Presto, tutte le vie cittadine situate nei pressi di questa contrada furono invase dal colera⁴⁴. Si registrarono invece pochi casi nel cremasco e a Lodi; in quest'ultima provincia gli ammalati furono 64 e i morti 38⁴⁵.

Nel contempo, nel 1836, da Como, il morbo giunse nel Canton Ticino, a Mendrisio e a Lugano, invase il Trentino e, dal Veneto, proruppe in Istria, infierendo soprattutto a Trieste. La Lombardia, a sua volta, infettò nuovamente, nel corso del 1836, il Piemonte. Nell'agosto dello stesso anno il morbo penetrò nello Stato Pontificio attraverso la città di Ancona e poco tempo dopo, nel settembre del 1836, furono invase Napoli, Bari e la Capitanata, mentre Sardegna e Corsica, grazie alle misure di isolamento rigorose, rimasero immuni dalla seconda pandemia, che si sparse nell'ottobre del 1838 nel Sud della Russia, dopo aver fatto soltanto in Italia, tra il 1835 e il 1837, almeno 236.000 vittime⁴⁶. La malattia si ritirò dalla Lombardia l'8 novembre 1836. In 332 giorni il colera aveva colpito 57.177 individui, uccidendone 32.015⁴⁷.

⁴¹ Il medico milanese Ferrario al fine di evidenziare la mortalità straordinaria registrata nel mese di luglio del 1836 a Milano, riporta il numero delle morti giornaliere registrate nella cinta muraria e nei Corpi Santi, compresi gli Spedali e i Luoghi Pii, escluso solo lo Spedale militare, pari a 34 decessi il 10 di gennaio, mentre si registrò la mortalità minima il 23 di maggio, cioè pari a 5 morti. Cfr. G. Ferrario, *Statistica medica...*, p. 128.

⁴² Cfr. G. Ferrario, *Statistica medica...*, ivi, p. 87.

⁴³ Per quanto riguarda il colera nella città di Crema, Cfr. G. Racchetti, *Cronaca del cholera a Crema*, in *Almanacco Cremasco*, in ASDCR, pp.171-189; A. Allocchio, *Cholera morbus in Crema*, 1837; C. Donati, *Il cholera asiatico in Crema e in suo territorio, anno 1855*, Tipografia Ronchetti, Milano, 1856.

⁴⁴ Cfr. F. Robolotti, *Del morbo cholera che ha dominato in Cremona negli anni 1836, 1854 e 1853*, Tip. Ottolini, Cremona, 1855, p. 14.

⁴⁵ Cfr. A. Corradi, *Annali delle epidemie occorse...*, cit., p. 1028.

⁴⁶ Eugenia Tognotti quantifica il numero delle vittime dell'ondata epidemica del 1835-37, in tutti gli stati italiani, in 236.473: cfr. E. Tognotti, *Il mostro asiatico*, cit., tabella 2 a pag. 223.

⁴⁷ Cfr. G. Ferrario, *Statistica medica...*, cit., p. 155.

1.2 Il Governo austriaco fra contagionismo e anticontagionismo: il ruolo delle strutture amministrativo-sanitarie del Lombardo-Veneto

Per buona parte del XIX secolo, i concetti di epidemia e contagio rimasero distinti. Questa distinzione portò, come si è visto, all'affermazione di due diverse concezioni nosologiche, che si tradussero nell'applicazione di provvedimenti sanitari tra loro assai diversi⁴⁸. In Europa si assistette principalmente all'assunzione di tre posizioni.

La prima rispondeva alle teorie galenico-ippocratiche, per cui la malattia si diffondeva in luoghi ritenuti particolarmente insalubri, per la cattiva pulizia o per la qualità degli ambienti, che risentivano di particolari correnti d'aria o erano sottoposti a particolare umidità. Se si dava per buona questa spiegazione, gli unici provvedimenti riguardavano la nettezza urbana e l'allontanamento di tutto ciò che poteva ritenersi nocivo alla salute. La seconda attribuiva invece la comparsa della malattia al contatto diretto o indiretto con persone infette e pertanto postulava la necessità di ricorrere a misure quali cordoni sanitari, stazioni di contumacia, patenti sanitarie, fumigazioni. Infine, la terza non era altro che una via di mezzo tra le prime

⁴⁸ Per un'introduzione all'evoluzione della scienza medica a cavallo tra Sette e Ottocento, cfr. P. Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure, uomini e colera nell'Ottocento*, Franco Angeli, Milano, 1986; L. Sterpellone, *I grandi della medicina. Le scoperte che hanno cambiato la qualità della vita*, Donzelli, Roma, 2004; G. Cosmacini, *Medici nella storia d'Italia. Per una tipologia della professione medica*, Laterza, Roma-Bari, 1996; G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste europea alla guerra mondiale. 1848-1918*, Laterza, Roma-Bari, 1987; G. Da Molin., *Storia sociale dell'Italia moderna*, Editrice La Scuola, Brescia, 2015; G. Botti, *Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico*, in Massafra A. (eds.), *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società e istituzioni*, Dedalo, Bari, 1988, pp. 1221-1230; D. Barua, *History of Cholera*, in D. Barua - W.B. Greenough (eds.), *Cholera*, Plenum Medical Book Company, New York, 1992, pp. 1-36; D. Barua, B. W. Greenough, *Current topics in infectious disease Cholera*, Springer, 1992; E. De Simone., *Cholera-morbus. Epidemie, medicina e pregiudizi nel Salento dell'Ottocento*, Edizioni del Grifo, Lecce, 1994; L. Del Panta., *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV – XIX)*, Loescher, Torino, 1980; F. Di Orio, *Il colera*, Edises, Napoli, 2006; A. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (ed.), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984, pp. 431-494; M. Lughlin, *Metodi moderati di quarantena contro il colera*, in «*Annali di medicina navale e coloniale*», Officina Poligrafica Italiana, Roma, 1912, Vol; M. Meriggi, A. Pastore, *Le regole dei maestri e delle professioni, secoli XV-XIX*, Franco Angeli, Milano, 2007; A. Pasi, *La 'bizzarra' marcia del colera. Ambiente urbano e prevenzione nella Pavia dell'800*, in E. G. Rondanelli (ed.) *Dagli antichi contagi all'AIDS. Opere ed eventi al S. Matteo di Pavia*, Laterza, Roma – Bari 1998, pp. 77 – 94; P. Preto., *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Laterza, Roma-Bari, 1996; G. Sanarelli, *Il colera, epidemiologia, batteriologia, terapia e profilassi*, Soc. An. Istituto editoriale scientifico, Milano, 1931.

due⁴⁹. Alcuni paesi, infatti, in un primo momento risposero alla minaccia colerica con i mezzi profilattici previsti dal contagionismo, ma in un secondo momento, vedendo gli interessi commerciali fortemente compromessi, decisero di adottare tutt'altro sistema di prevenzione, smantellando tutto l'apparato di controlli

⁴⁹ Si è cercato di riunire in soli tre gruppi la copiosa produzione letteraria nata attorno al dibattito contagionista e anti contagionista. Per un ulteriore approfondimento delle teorie contagioniste si rimanda ai seguenti testi: G. Tommasini, *Ragioni che si hanno per credere il cholera-morbus pestilenziale e i mezzi di precauzione o disposizioni sanitarie*, Vincenzi e Compagno, Modena, 1835; E. Cassese, *Brevissima storia del cholera per coloro che non professano medicina*, Tipografia del Sebeto, Napoli, 1836, secondo il quale il colera sarebbe malattia prodotta dalle «piattole, dai pidocchi, e da insetti di altra natura. [...] Agiranno forse con una virulenza venefica, che chiudono in seno come le api, e tanti altri venefici animali», p. 13; N. De Angelis, *Riflessioni intorno al cholera morbus negli animali bruti*, Antonio Boulzaler, Roma, 1832; L. Balardini, *Relazione di fatti comprovanti l'indole contagiosa del colera, occorsi nella provincia di Brescia l'anno 1849*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 196; L. Fornasini, *Ancora sul colera*, memoria letta il 26.04.1857, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 207; L. Fornasini, *Sul colera*, memoria letta il 16.04.1874, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 207; F. Gamba, *Sull'origine e diffusione della febbre tifoide*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1884, busta 208; V. L. Brera, *Prova medico legale della contagiosità del cholera dominante*, Co' Tipi di Luigi Plet, Venezia, 1836; G. Dietz, *Il cholera è epidemico o contagioso?*, Tipografia delle belle arti, Roma, 1835; G. Tommasini, *Ragioni che si hanno per creder contagioso il cholera-morbus pestilenziale e mezzi di precauzione o disposizioni sanitarie tendenti ad impedirne la propagazione*, Per G. Vincenzi e Compagno, Modena, 1835; G. Scotti, *Sul cholera che l'anno 1867 invase la città e provincia di Como*, Tip. Prov. figli di C.A. Ostinelli, Como, 1868; [G.] Rossi, *Riflessioni sui vari scritti stati pubblicati intorno al cholera morbus ossia asiatico dacché questa malattia ha penetrato in Europa*, Stamperia Reale, Torino, 1836.

Per le teorie anti contagioniste si rimanda a: F. T. Ferris, *A teatise on epidemic cholera, as observed in the Duane-Street cholera hospital, New York, during its prevalence there in 1834*, Harper & Brothers, New York, 1835, p.8; A. Henriques, *The probable cause, nature and mode of treatment of the prevailing disease termed cholera morbus*, E. Cox Medical Bookseller, Southwark, 1832, p. 11; L. Toffoli, *Un'altra parola di conforto ai paurosi del colera indiano*, Angelo Sicca, Padova, 1855, p.19; D. Pieri, *Il colera giunge in Romagna: l'epidemia di Cesenatico*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, Vol. I., p. 59; E. Abate, *Il colera sua etiologia e cura*, Stabilimento Tipografico dell'Unione, Napoli, 1884; G. Battaglia, *Il colera morbus non è poi tanto a temersi da tutti come si crede. Cenni di un osservatore imparziale sopra la suddetta malattia dominante in Venezia atti a tranquillare e ad istruire colle prove e coi fatti*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 196; P. Gorno, *Descrizione di malattia epidemica con alcune osservazioni sul mellume*, s.d., in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211; P. Gorno, *Alcune osservazioni sul colera che ha imperversato in Brescia e sua provincia, nella estate del 1855*, memoria letta il 17.05.1857, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211; P. Gorno, *Si risponde alla critica del dott. Fornasini ad alcune mie osservazioni sul colera indiano*, s.d., in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211; P. Gorno, *Storia di un'epidemia di colera con alcune osservazioni delle cause*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211; G. Turrini, *Ragguaglio delle malattie curate dal dott. Giuseppe Turrini, le quali dominarono epidemicamente in Livorno, Odeno e Barono durante il secondo e terzo quadrimestre dell'anno 1836*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 222; P.L. Perdomo, *Sull'ipotesi che il fumo della polvere da guerra possa essere efficace contro il cholera*, memoria letta nell'adunanza del 26.04.1885, in ASB, Atti dell'Ateneo, b.216; C. Cavallaro, *Annali di medicina omeopatica per la Sicilia*, Stamperia di Antonio Russitano, Palermo, 1870, Vol. I; L. De Vest, *Il colera asiatico è egli contagioso?* Tipografia Lampato, Milano, 1831; D. Rotondo, *Osservazioni clinico-mediche sul colera morbo*, Testa, Napoli, 1837; [V. Raho], *Primo supplemento al trattato del cholera – morbus, con breve cenno sul catarro epidemico di Napoli dell'autunno del 1831*, Dalla Tipografia Trani, Napoli, 1832; A. Racioppi, *Del cholera che invase la guarnigione di Palermo nell'esta 'del 1837*, Reale Stamperia, Palermo, 1837; L. Scandura, *Brevi cenni sul cholera morbus comparso in Napoli*, Tipografia Economica-Partenopea di Federico Perretti, Napoli, 1837.

precedentemente costruito⁵⁰.

A tal proposito è utile ricordare il caso della Sardegna e della Corsica. Nel Mediterraneo, infatti, solo queste due isole rimasero immuni dal colera. Questo perché, nel caso della Sardegna, la giunta municipale di Cagliari, al progredire del morbo, adottò rigorose misure di isolamento. Furono posti sotto vigilanza tutti i porti e il litorale e furono respinte, senza alcun riguardo, tutte le imbarcazioni con la minaccia di colarle a picco a colpi di cannone. Uguale contegno si osservò nella vicina Corsica⁵¹. Pertanto, l'efficacia dell'isolamento fu ben evidente ai governi italiani, ma non per questo si assistette all'adesione unanime al contagionismo.

L'utilità delle misure di isolamento, in effetti, era già stata riconosciuta sin dalle prime incursioni della malattia, tuttavia l'alto costo dei cordoni, il collasso dei commerci, conseguente alla loro applicazione e, soprattutto, le difficoltà di coordinamento tra le singole aree regionali, per la vasta e variegata struttura territoriale di alcune nazioni, come nel caso dell'Impero asburgico, non permettevano una loro adozione indiscriminata. Le logiche della politica, che dovevano tener conto della salvaguardia della pubblica salute ma anche dell'esigenza di non deprimere oltre un certo limite la vita economica e commerciale dello stato, si palesarono sin da subito ben diverse da quelle dei circoli scientifici e accademici. Anche in questi ultimi, del resto, vi era una grande varietà di pareri. Non mancarono, infatti, medici che negavano fosse mai esistito il principio della contagiosità, nonostante questo fosse stato formulato dottrinalmente fin dal XVI secolo, e da allora in genere accreditato presso le principali scuole mediche europee.

⁵⁰ Solo dopo lo scoppio del colera in Galizia, il Governo austriaco comandò tardivamente di erigere cordoni sanitari lungo il confine con la Russia. Nel gennaio del 1832, a seguito della scomparsa del morbo, il Governo decise di smantellare il sistema di cordoni precedentemente allestito, sostenendo la non contagiosità del colera. Quando, però, la malattia si riaccese, nella primavera del 1832, fu riattivato il cordone, senza alcun esito positivo. Questo fatto e lo scoppio di un focolaio a Vienna, dopo tre giorni di pioggia intensa, avvalorarono la convinzione che la malattia dipendesse da cause epidemiche; cfr. O. Andreucci, *Cenni storici sul cholera asiatico*, Società Tipografica, Firenze, 1855, p. 59; cfr. O. Andreucci, *Delle quarantene considerate nei loro rapporti politici, sociali ed igienico-sanitari*, Tipografia di F. Bencini, Firenze, 1866, Vol. I.

⁵¹ L'efficacia delle misure quarantenarie adottate dalla Sardegna è ben sottolineata dal dottore piemontese Gioachino Valerio, che racconta del caso della fregata sarda, capitanata dal cagliaritano De-Giorgio Mameli, giunta nei pressi di Cagliari con a bordo alcuni colerosi moribondi; poiché il capitano era restio ad allontanarsi, come gli veniva intimato dalle autorità portuali, gli furono puntati contro i cannoni, come estremo (e questa volta efficace) mezzo di persuasione; cfr. G. Valerio, *Igiene pubblica...*, p., 69.

Altri definirono il sistema delle quarantene *una commedia bizzarra e grottesca* e il sistema delle contumacie un insieme di misure folli e contraddittorie, assurde ed inutili, dettato dalle superstizioni popolari e da interessi che poco avevano a che vedere con quelli della pubblica salute⁵². Non è difficile immaginare come in un clima di tanta incertezza le deliberazioni attuate dalle magistrature sanitarie diventassero contraddittorie. In conseguenza di ciò, le pratiche contumaciali subirono continui cambiamenti, che potevano essere consigliati o da circostanze particolari, o più probabilmente dai bisogni imposti dalle esigenze del commercio, come se il principio di contagiosità, in base al quale si misurava la durata dei periodi di quarantena, potesse passare in subordine alle esigenze politiche, commerciali ed economiche. Quanto riportato si manifestò concretamente dapprima nella capitale francese, che non chiuse mai le sue vie di comunicazione alle provenienze orientali e americane, poi in Inghilterra e, infine, in Austria, dove non si intendevano indebolire i flussi commerciali, resi particolarmente vivi e dinamici grazie (fra l'altro), ai progressi della compagnia di navigazione Lloyd⁵³ e al trattato di Adrianopoli⁵⁴.

Così, se da un lato il colera mise a nudo l'insalubrità dell'ambiente urbano, che nel corso dell'Ottocento aveva subito imponenti modificazioni, sia nell'assetto strutturale sia nella distribuzione della popolazione, per il processo di inurbamento, dall'altro mostrò come molti governi furono tardivi non solo nell'applicazione di

⁵² O. Andreucci, *Cenni storici sul cholera asiatico*, Società Tipografica, Firenze, 1855, p. V.

⁵³ Si tratta dello stabilimento per la navigazione a vapore austriaca, che venne fondato nel 1833 su modello del Lloyd britannico, grazie all'investimento e l'unione di diverse compagnie assicurative marittime, che esistevano nella città di Trieste. Quest'ultima, infatti, occupava nel Mediterraneo il primo posto per la navigazione a vapore. Il patrocinio del Governo fu accordato solo nel 1836, anche se fondato tre anni prima. Per dare un'idea dell'attività svolta da questa compagnia marittima, basti pensare che nel 1837 aveva cominciato con solo sette piroscafi, mentre alla fine del 1849 ne possedeva trentuno. La creazione di questi servizi di trasporto marittimi era stata preceduta dalla navigazione a vapore sul Danubio; cfr. *Bollettino di notizie italiane e straniere e delle più importanti nozioni e scoperte, o progresso dell'industria e delle utili cognizioni*, Società degli Editori degli Annali Universali, Milano, 1852, Vol. XXXII, p. 128; cfr. O. Andreucci, p. VII;

⁵⁴ Trattato stipulato nel 1829 tra l'Impero russo e la Turchia. Lo sviluppo commerciale, consentito dalla stipula di questo, interessò anche l'Austria, che con lo scopo di cooperarvi stabilì da Vienna a Galatz una linea di bastimenti a vapore in libera pratica e da qui a Costantinopoli, Smirne e Trebisonda un prolungamento di comunicazione per mezzo di piroscafi. Lo stabilimento di questo servizio di bastimenti a vapore consolidò le relazioni commerciali lungo il Danubio; cfr. *Giornale del Loyd austriaco*, Sabato 4 ottobre 1845, n. 119.

misure sanitarie coerenti con ciò che la malattia suggeriva, ma anche nel porre rimedio all'inadeguatezza socio-sanitaria di moltissime realtà cittadine. Per quanto le due teorie sopracennate non si escludessero a vicenda, in Europa occidentale, le classi dirigenti, in generale, spesso sostenute da quella medica, preferirono la posizione anticontagionista, perché più semplice da applicare (e anche meno onerosa in termini economici), anche se non mancarono governi che passarono da una iniziale adesione al contagionismo ad un successivo rifiuto di esso, come avvenne per l'Impero austro-ungarico.

In quest'ultimo caso, tali oscillanti orientamenti di politica sanitaria furono peraltro complicati da una farraginoso organizzazione amministrativa, viziata da uno scarso coordinamento fra centro e periferia. In effetti, la frammentazione del Lombardo-Veneto, per via della creazione delle Congregazioni centrali, con rispettiva sede a Milano e Venezia, delle Congregazioni provinciali e della loro divisione in distretti, comportò l'omologazione del Regno al resto della monarchia con la conseguente applicazione di provvedimenti, spesso tardivi, quasi sempre poco rispondenti alle esigenze delle singole aree regionali⁵⁵. Nonostante la nascita delle Congregazioni provinciali fosse stata osteggiata dalla stessa Commissione centrale e dai dicasteri di Vienna, che vedevano in essa un ostacolo ad una compatta articolazione politico-amministrativa, l'Imperatore Francesco I, cui spettava l'ultima parola, sentenziò come il suo volere circa le congregazioni medesime fosse irrevocabile. La creazione di questi enti, in effetti, non poteva certo corrispondere alle aspettative in loro riposte e ci si rese presto conto della loro pletoricità, derivante dall'assenza di effettivi poteri. È noto che il potere decisionale di queste istituzioni risiedeva apparentemente nelle mani dei governatori, che erano diretti dipendenti dei consigli aulici, senza la cui espressa autorizzazione non potevano decidere assolutamente nulla, perché la vera sede del Governo era Vienna. Il mancato riconoscimento dell'autonomia alle distinte parti del Regno condusse all'applicazione di regolamenti

⁵⁵ La città di Milano era suddivisa in nove province o delegazioni, mentre quella di Venezia in otto; cfr. C.D.L. Varenne, *Gli austriaci e l'Italia, storia aneddotica dell'occupazione austriaca dal 1815 in poi*, Tip. Luigi Pagnoni, Milano, 1858, p. 59.

economici e sanitari, che non sempre erano in grado di rispondere alle esigenze delle singole realtà.

La politica sanitaria risentì inevitabilmente di queste storture dell'apparato amministrativo e istituzionale. La sanità ebbe una prima regolamentazione a partire dal 1819, quando i poteri della Commissione dipartimentale passarono alle Delegazioni provinciali, a cui fu affidata la sorveglianza e la gestione sanitaria pubblica e, che a ragione di una semplificazione gestionale, potevano avvalersi di un Consiglio sanitario, composto da un medico provinciale, da un chirurgo e da alcuni alunni di medicina⁵⁶. Al Consiglio sanitario competevano l'amministrazione del personale ospedaliero, operativo presso le strutture nosocomiali e la gestione di tutte le spese sanitarie a carico dell'Erario di tutto il territorio lombardo. Ricordiamo che la Delegazione provinciale era ancora fortemente legata al sistema benefico-assistenziale, che contribuiva, non poco, ad accrescere le difficoltà di gestione⁵⁷.

A causa della complessa struttura gerarchica amministrativa e dei tagli del personale, attuati a partire dal 1817, si comprende come il funzionamento dell'ingranaggio burocratico austriaco manifestasse ben presto le prime difficoltà, proprio in relazione alla gestione della prima ondata di colera, che andava infierendo nei suoi territori⁵⁸. Questo perché l'esasperato accentramento burocratico comportava il mancato riconoscimento delle specificità regionali, non lasciando spazi all'autogoverno. Inoltre, le lungaggini burocratiche resero ancor più difficile, sin dalle prime avvisaglie del colera, una netta presa di posizione da parte delle autorità governative e comunali, difficili da coordinare in tempi brevi. In effetti, i municipi delle singole città, prima di prendere qualsiasi decisione, dovevano rendere

⁵⁶ Vienna, con una circolare del 31/10/1818, obbligò tutte le delegazioni provinciali ad assumere un medico provinciale, cfr. ASM, UR, p.m, b.203, *Sovrana risoluzione colla quale ordina l'istituzione di un medico d i delegazione per ogni provincia*.

⁵⁷ Questo legame tra comuni e parrocchie si spiegherebbe con la messa a disposizione da parte di queste ultime di commessi di sanità gratuiti, perfetti per le finanze scricchiolanti dei comuni lombardi, che così non sarebbero state compromesse. Infatti, l'ufficio di sanità cittadino, che controllava il territorio e monitorava la popolazione, si serviva degli anziani della parrocchia, che prestarono servizio gratuito fino al 1824, quando i comuni si obbligarono a dare loro una retribuzione fissa; cfr. ASM, CC, b.20, fasc. 307, verbale 6/5/1825, art. 1;

⁵⁸ P. Zocchi, *Il Comune e la salute. Amministrazione municipale e igiene pubblica a Milano. 1814-1859*, Franco Angeli, Milano, 2012, p.60.

conto del proprio operato a due altri organi istituzionali: la Congregazione municipale, composta da un Podestà e sei assessori e la Congregazione provinciale, che vigilavano sull'andamento amministrativo degli enti locali e degli istituti pii di beneficenza. Prima che un provvedimento giungesse all'approvazione definitiva, doveva, quindi, prima passare al vaglio della Congregazione provinciale e poi di quella centrale, che a sua volta lo sottoponeva al Governo, per l'approvazione definitiva. Tutti questi passaggi rendevano le autonomie locali praticamente inesistenti⁵⁹. In effetti, il Governo della Lombardia, e in particolar modo le autorità amministrative delle singole province, provarono a prendere provvedimenti per cercare di contrastare l'avanzata del colera, forzando in qualche modo la costrittiva struttura istituzionale che ostacolava l'assunzione di misure rapide e tempestive.

Furono poi le incertezze concernenti le modalità attraverso cui il colera era entrato nel Lombardo-Veneto che resero ancora più esitante la condotta del Governo, il cui operato fu nel complesso incerto e irresoluto⁶⁰. Così, mentre le autorità governative rinnovarono le disposizioni sanitarie già impiegate durante le ondate di peste e vaiolo, le congregazioni municipali lombarde infittirono il loro carteggio con le Congregazioni provinciali e con le direzioni degli ospedali cittadini solo al principio

⁵⁹ Carlo de La Varenne, sostenitore dell'indipendenza italiana, descriveva così la situazione amministrativa del Lombardo-Veneto «il *menomo* affare viene spedito all'esame dei consigli aulici e la risposta, per oggetto che potrebbe essere deciso in quarantotto ore circa se le cose andassero come devono, si fa invece aspettare per lo meno cinque o sei mesi, quando non passano degli anni»; cfr. C.D.L. Varenne, *Gli austriaci l'Italia*, ..., p. 64.

⁶⁰ Si vedano qui di seguito alcune parti della circolare a stampa datata 20 ottobre 1835, emanata dalle Delegazioni provinciali lombarde, che offre un chiaro esempio di come il Governo austriaco non facesse intendere non solo quale posizione assumeva, ma anche a quale scopo dovevano rispondere i cordoni: «l'I.R. Governo incominciò dall'avvertire come del tutto erronea ed azzardata sia stata l'interpretazione di alcuni data alle misure decretate dal Serenissimo Arciduca Vice-re rispetto alle persone provenienti dagli Stati sardi colla quale se ne volle dedurre il timore, che il cholera morbus abbia qualche analogia colla peste orientale. [...] Le esperienze fatte in altre province di questi I. RR. Stati, conformi a quelle praticate nella Prussia, nell'Inghilterra, in Francia e nel Piemonte escludono totalmente la suddetta idea e il cordone di osservazione attuato verso il Piemonte siccome ogni altro consimile che potesse stabilirsi ad altri confini, non tende che ad impedire l'affluenza di gente presa da terrore e panico che altrimenti varcherebbe il nostro confine senza recapiti, senza mezzi di sussistenza [...]. Esclusa pertanto rispetto al cholera morbus ogni idea di peste orientale non potrebbe però negarsi la questione se esso sia puramente epidemico o contagioso, ovvero anche secondo gli stadj l'uno e l'altro, non sia per anco assolutamente risolta e che qui la maggior parte dei medici e del pubblico ritenga il cholera morbus contagioso», cfr. ASS, fasc. 12, b. 33. Sull'attuazione del cordone nel Regno di Sardegna si veda anche T. Berruti, *Rapporto della regia commissione medica piemonte sul cholera morbus*, Tipografia Giuseppe Foderati, Torino, 1832.

del 1835, nella speranza di arginare una catastrofe, che pareva essere sempre più imminente.

1.3 Provvedimenti assunti per contrastare l'avanzata del colera nel Lombardo-Veneto

All'apparire delle prime avvisaglie del colera al di qua delle Alpi, nessun Governo della penisola italiana diede loro importanza, perché si credeva che il morbo asiatico fosse tipico delle grandi capitali, densamente popolate, dove si ritrovavano le condizioni ambientali che ne favorivano la comparsa⁶¹. Nessuno credeva che un simile flagello potesse penetrare nelle linde e salubri città italiane⁶². Una volta però che tutta l'Europa ne fu colpita e che il morbo varcò anche i confini del Regno di Sardegna, che, come osservato, era protetto solo da un cordone sanitario posto lungo la linea costiera ligure, il Governo piemontese istituì un altro cordone lungo il corso del fiume Varo, che segnava il confine con la Francia⁶³. Nel complesso, gli stati italiani, di fronte alla malattia, evidenziarono un atteggiamento non uniforme. In generale, si può dire che gli stati maggiormente

⁶¹ A tal proposito, il medico Pietro De Filippis riporta come la sua idea fosse quella che « *il colera non avrebbe invaso l'Italia, e specialmente il Regno delle Due Sicilie*», perché « *una delle cause occasionali che favoriva ed alimentava lo sviluppo del cholera a Parigi era, in genere l'industria sconosciuta in altri paesi (tra i quali l'Italia); la vendita cioè dei vermini per la pesca*»; cfr. P. De Filippis, *Memoria sul colera-morbo, osservato in Francia nel 1832*, Stamperia Tramater, Napoli, 1833, p. 4 e p. 11. Anche Corvaja riporta come « *quando ci giungevano le prime notizie della colera asiatica penetrata in Europa, tutti sentivamo il dispiacere che i nostri simili fossero attaccati da questa crudele malattia, ma ognuno si consolava poi di trovarsi sì lontano, da non temere certo, o almen prossimo, il proprio pericolo*», cfr. B.G. Corvaja, *La colera combattuta dalla ragione, ossia il disinganno de' creduli e incoraggiamento de'timidi, il conforto di tutti*, Tipografia Seguin, Napoli, 1836, p.4.

⁶² Cfr. F. Odorici, *Storie bresciane...*, cit., p. 256; a tale proposito, il governatore della città di Cremona con circolare n. 1817/370 prescriveva che « *la poco estensione e la lentezza con cui procede il cholera asiatico, apparso a Marsiglia, e tuttora circoscritto a quella città, la distanza, la posizione geografica di questi stati, e le disposizioni attivate colà, aderente all'intermediario Stato Sardo danno tutto il fondamento a ritenere che la malattia suddetta non sia per propagarsi e che per ora almeno qui non abbisogni di averne ricorso a misure di rigore, che d'altronde potrebbero indurre ad inopportuno allarme il pubblico ed il commercio e che senza dubbio sarebbero in quest'ultimo pregiudichevoli* », cfr. ASCCR, Congregazione municipale, sez. colera, b. 563.

⁶³ Quando sul finire del mese di giugno pervenne in Piemonte la notizia che il colera si era manifestato anche a Tolone, fu chiuso il mercato, posto al ponte del Varo; cfr. G. Valerio, *Igiene pubblica...*, p. 8.

progrediti a livello economico (cioè quelli del Centro-nord della penisola) cercarono di intralciare il meno possibile gli interessi economici, oscillando dalla teoria contagionista a quella anticontagionista e, assumendo, pertanto, una posizione definibile come ibrida, mentre il Regno delle Due Sicilie e lo Stato Pontificio, meno coinvolti nei processi di industrializzazione, cercarono di arginare l'invasione della malattia con un rigido isolamento⁶⁴.

L'Impero Asburgico, inizialmente incline al contagionismo, a partire dal 1831, introdusse tutta una serie di provvedimenti sanitari atti a contenere il contagio, prontamente smantellati nel 1835, quando, con un improvviso voltafaccia, il Consiglio aulico decretò che il colera fosse epidemico⁶⁵. In effetti, la dichiarazione che il colera fosse contagioso poneva in capo al Governo centrale un grosso peso: quello di mantenere in funzione un cordone sanitario che separasse le province lombarde sane da quelle infette. Alcune fonti attribuiscono il passaggio dalla posizione contagionista a quella anticontagionista ad un bieco calcolo economico: sembra che il Governo viennese avesse fatto un calcolo statistico, per stimare il numero presuntivo di vittime che il colera avrebbe potuto fare e il danno che ne avrebbe patito l'erario, per la morte di molti contribuenti. Confrontando poi questa somma con la spesa di un cordone sanitario, con i danni relativi che ne sarebbero derivati al commercio, si trovò che la spesa per il mantenimento di un cordone superasse di gran lunga la prima: questo portò a sostenere che il colera non fosse

⁶⁴ Non tutti i governi della penisola italiana vollero limitare drasticamente la libertà di movimento di merci e persone. Solo i governi di Roma e Napoli (e quest'ultimo fino all'ottobre 1836) si mantennero fedeli a tali antichi strumenti di contenimento delle epidemie; cfr. O. Andreucci, *Cenni storici sul cholera asiatico*, p. VII.

⁶⁵ Discordante, rispetto a quanto riportato sulle posizioni assunte dall'Impero asburgico, fu il parere del medico genovese Freschi, secondo cui Vienna mandò nel 1831 il professor Hildebrand nel Lombardo Veneto, per convincere le popolazioni della non contagiosità del morbo asiatico. Sempre secondo Freschi, furono molti i medici inviati dalla capitale dell'Impero per divulgare l'anti contagionismo nelle diverse realtà del Lombardo Veneto. Il dottor Vallenzasca, ad esempio, protomedico di Venezia, fu inviato a Como per ripetere la lezione di Hildebrand ai comaschi, mentre la polizia teneva sotto controllo chi professava opinioni diverse. Cfr. F. Freschi, *Storia documentata della epidemia di cholera-morbus in Genova nel 1854 e delle provvidenze ordinate dal Governo e dal Municipio, a vantaggio della pubblica e privata igiene*, Tip. Sordo-Muti, Genova, 1854, pp. 243-244; il medico primario dello Spedale Civile di Brescia scriveva così nel 1865: «Hildebrand, il quale prima dell'invasione cholericica del 1836 scriveva al Governo austriaco che il cholera era puntualmente epidemico, mentre asseriva a' suoi scolari e conoscenti che era contagioso», cfr. R. Rodolfi, *Intorno al cholera*, Tipografia Giuseppe Chiusi, Milano, 1865, cap. I.

contagioso, fino al punto di proibire ai medici di sostenere l'opinione contraria⁶⁶.

Quando nel 1831 il colera giunse in Polonia, e, da qui, alla Galizia, all'Ungheria, alla Prussia e all'Austria, il Governo austriaco provvide ad assumere misure sanitarie pronte ed efficaci per proteggere la sua più recente acquisizione territoriale: il Lombardo-Veneto⁶⁷. Si deve anzi riconoscere che le prime misure furono molto tempestive. Fin dal 18 ottobre del 1830 il Governo austriaco aveva pubblicato un opuscolo intitolato *Istruzione sanitaria pe' stabilimenti di contumacia ai confini II.RR. austriaci*, che ordinava il dispiegamento delle stesse misure contumaciali adottate per la peste. Nel settembre del 1832 fu poi riportato in vigore il regolamento sulle malattie contagiose del 1817, mentre pochi giorni dopo i municipi cittadini lombardi pubblicarono, sulla base delle indicazioni del Governo centrale, due diversi regolamenti: uno di beneficenza e uno per le case di soccorso⁶⁸. Il primo sanciva che la direzione e responsabilità del sistema sanitario erano a carico della Congregazione sanitaria, che in tempi calamitosi assumeva un ruolo centrale rispetto alle altre autorità governative. Il secondo stabiliva che la gestione dei soccorsi agli ammalati e alle famiglie indigenti doveva essere in capo alla commissione di

⁶⁶ Il Conte di Fiquelmont a tale proposito testimonia come la decisione dell'Imperatore fosse sgradita alla popolazione lombarda «la decisione del Governo non piacque al pubblico: tutti volevano il cordone sanitario, e il Viceré o il governatore appena uscivano al passeggio sentivano dalle grida cordone sanitario, cordone sanitario. Ne fu scritto a Vienna; ma il Governo centrale, se da una parte riconobbe non essere prudente di contrariare soverchiamente la pubblica opinione in un affare che si trattava di vita o di morte, dall'altra si mostrò ben deciso a non scemare di un obolo i netti milioni che dal Lombardo-Veneto colavano mensilmente a Vienna», Cfr. A. Bianchi-Giovini, *L' Austria in Italia e le sue confische*, Libreria Patria, Torino, 1853, pp., 132; la stessa informazione si trova anche in C. D. L. Varenne, secondo cui quando il colera scoppiò in Lombardia « i lombardi, sostenuto ch'esso era a Vienna, avevano domandato un cordone sanitario per essere preservati dal contagio; ma il Governo ebbe un'idea prodigiosa. Prese informazioni, calcolò il numero presumibile delle vittime che poteva fare il flagello, e il pregiudizio che ne risulterebbe pel tesoro dalla diminuzione dei contribuenti che pagavano il testatico (12 lire austriache per ogni maschio), di poi, confrontando questa somma colla spesa approssimativa di un cordone sanitario e le altre spese rese necessarie da tale misura, trovò che la seconda somma eccedeva d'assai la prima. Il potere centrale dichiarò dunque che il colera non era contagioso» in C. D. L. Varenne, *Gli austriaci e l'Italia, storia aneddotica dell'occupazione austriaca dal 1815 in poi*, Luigi Pagnoni, Milano, 1859, p. 65.

⁶⁷ Il Lombardo-Veneto riuniva territori dal passato eterogeneo, tra i quali la Valtellina, Bergamo e Brescia, che non avevano mai consentito il dominio asburgico. La difficoltà nel saper coordinare e mantenere i provvedimenti sanitari si riallacciava al clima di diffidenza da cui il nuovo Regno prendeva le mosse, cfr. N. Dacrema, *Il Lombardo-Veneto. 1814-1859 storia e cultura*, Campanotto Editore, Prato, 1996, p. 10.

⁶⁸ Tanto il regolamento sanitario che quello di beneficenza furono disposti in conformità del governativo dispaccio del 4/9/1832, per mandare ad effetto le istruzioni 16 gennaio 1817, modificate dalla circolare 18/10/1832 dell'Imperial Regia Delegazione provinciale, cfr. AOM, AR, Ospitalità, Colera, 1831-1835, b.285.

beneficenza e ai luoghi pii elemosinieri cittadini. Sulla base dei regolamenti sopra menzionati, si confermava la suddivisione in circondari delle città lombarde, che doveva rispettare quella parrocchiale, e la nomina, da parte della Congregazione municipale e provinciale, di un medico condotto, che doveva gestire le attività del circondario di competenza, informando il medico provinciale e municipale⁶⁹.

Quando poi la città di Bergamo e la sua provincia furono invase dal colera, le altre province del Regno non fecero nulla per arrestare il corso del contagio. Questo perché, nel caso di Brescia, la popolazione non credeva che i suoi territori potessero essere interessati da una simile sciagura, dato che l'aria era reputata salubre e incontaminata⁷⁰. Il lento sviluppo della malattia e la sua pressoché completa scomparsa in un primo momento, contribuì ad allontanare il timore che si trattasse autenticamente di colera. Nel frattempo però, le autorità governative erano corse ai ripari. Il Governo austriaco predispose l'edificazione di linee di chiusura stabili, presso le stazioni di ingresso e l'erezione di cordoni sanitari⁷¹. Tali provvedimenti avrebbero dovuto prevenire la diffusione dell'epidemia. Nella *Gazzetta privilegiata* di Milano del 4 agosto 1831 si faceva esplicitamente riferimento ai cordoni sanitari, quarantene, commissioni di sanità ed esortazioni alla popolazione, invitata a porre una maggiore attenzione alle vivande e alla igiene domestica e personale⁷². Nell'ottobre dello stesso anno, il Governo decretò l'erezione di un cordone sanitario verso le confinanti province austriache, che percorreva tutta la linea di confine dal

⁶⁹ Il medico condotto doveva coordinare gli interventi sanitari nelle diverse sezioni del circondario, ordinare le autopsie dei deceduti sospetti, vigilare sulla qualità dei cibi e delle bevande messi in commercio, compilare i prospetti degli ammalati, dei deceduti per colera o altra malattia; a ogni medico di circondario veniva messo a disposizione un ufficio di soccorso, aperto sia di giorno sia di notte, per aiutare i colerosi indigenti e predisporre, in caso di necessità, il loro trasporto alla casa di soccorso. Per rispondere a tutte le richieste, la commissione di beneficenza metteva a disposizione del medico due addetti alla distribuzione dei soccorsi a domicilio cfr. P. Zocchi, *Il Comune e la salute...*, p. 266.

⁷⁰ Cfr. F. Freschi, p. 243, 244.

⁷¹ Il direttore della clinica medica di Parma, Tommasini, sostenitore, sin dal 1830 della contagiosità della malattia, racconta di come l'Italia, nella primavera del 1830 poteva ritenersi tranquilla sull'irruzione del colera, perché il Governo austriaco aveva provveduto a erigere diversi cordoni sanitari tra i diversi stati imperiali; cfr. G. Tommasini, *Ragioni che si hanno per creder contagioso il cholera-morbus pestilenziale e mezzi di precauzione o disposizioni sanitarie tendenti ad impedirne la propagazione*, Vincenzi e Compagno, Modena, 1835, p. 24.

⁷² Cfr. «Gazzetta privilegiata di Milano», 216, 4 agosto 1831.

Tirolo occidentale sino alle foci dell'Isonzo⁷³. Poiché il Tirolo, per la sovrana risoluzione del 10 ottobre 1831, dovette essere compreso nel cordone sanitario del Regno Lombardo-Veneto, per tenere lontano il colera, furono eretti alla frontiera del Tirolo verso Salisburgo, sulla strada postale, un istituto di contumacia, alcuni castelli presso il fiume Möll, mentre nei pressi del confine con la Carinzia fu posta un'altra stazione di contumacia, a ridosso del villaggio di Nikolsdorf⁷⁴. Oltre a queste stazioni principali e laterali furono chiuse tutte le strade, ingressi e ponti di comunicazione con le province imperiali.

Le autorità sanitarie, in tal modo, riportarono in vigore il regolamento sanitario contenuto nella sovrana patente del 2 gennaio 1770, emessa per contrastare l'avanzata della peste, che aveva colpito in quell'anno i territori turchi⁷⁵. A partire dal 15 novembre del 1831 furono recuperate, ristrutturate e riadattate le stazioni già esistenti e ne furono costruite di nuove lungo i confini dell'Impero, che avevano subito significative modifiche con il Congresso di Vienna⁷⁶. A tale proposito è evidente che nell'acceso dibattito tra contagiositi e anticontagionisti, che teneva

⁷³ «Gazzetta privilegiata di Milano», 277, 4 ottobre 1831; cfr. Anche, 292, 19 ottobre 1831 dove si ordina di attenersi alle norme già vigenti, relative al regolamento del 16 gennaio 1817; cfr. ACB, 6/2A dal 1833 al 1848. Vedi anche «Gazzetta privilegiata di Milano», 15 Ottobre 1831 in cui il Governo austriaco con sovrana risoluzione comandò che il cordone di sanità, che doveva cingere il Regno Lombardo Veneto, venisse chiuso verso le altre province austriache, in cui veniva compreso anche il Tirolo. Questo cordone andava a congiungersi con quello già presente presso il Regno Bavaro, scorrendo lungo Salisburgo e unendosi a quello presente sulla frontiera con il Lombardo Veneto.

⁷⁴ Cfr. «Gazzetta privilegiata di Milano», 4 dicembre 1831;

⁷⁵ In osservanza dei comandi dell' Imperial regia commissione aulica centrale di sanità, l'Imperial Regia Delegazione provinciale ordinava, il 2 ottobre 1831, quanto segue: «*attuatosi nel Regno Lombardo-Veneto dei cordoni sanitari onde preservarlo dal cholera morbus, debbono essere pubblicate in questa provincia (si fa riferimento alla città di Cremona) le due patenti 2 gennaio 1770 contenente il regolamento contro la peste e 21 maggio 1801 sulle pene da affliggersi alla violazione degli ordini sanitarj in simili casi*», cfr. ASCCR, Congregazione municipale, sez. colera, b. 563; la sovrana patente altro non era che la fusione di diversi regolamenti. Venivano, infatti, ripresi il regolamento generale sanitario, emanato nel 1755, quello del 15 dicembre 1757, la patente normativa del 18 marzo 1764, quella del 17 ottobre 1764 e infine quella dell'agosto del 1766, cfr. ASB, Comune di Brescia, igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708. Il Governo di Milano con una notificazione del 3/10/1831 ordinò che i provvedimenti contro la peste fossero attuati anche contro il *cholera morbus*. La sovrana patente conteneva il regolamento delle pratiche e disposizioni dirette a preservarsi dall'invasione di peste con l'aggiunta di altre ordinanze suppletive, datate 12/5/1813, 22/10/1823, 28/3/1814, 2/6/1826, 4/1/1815 e il recupero della sovrana patente del 21/5/1805, riportante le pene da infliggersi ai contravventori del regolamento sanitario, cfr. ASB, Comune di Brescia, igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708; cfr. Avviso a stampa n. 5720 del 3 ottobre 1831, in ASCCR, Congregazione municipale, colera, b. 567; cfr. Dispaccio emanato dalla commissione aulica centrale di sanità il 25 agosto 1831, in ADCR, Atti del Governo, cartella 6, b. 32.

⁷⁶ Cfr. *Raccolta degli atti di Governo e delle disposizioni generali emanate dalle autorità in oggetti sì amministrativi che giudiziarij*, Imperial Regia Stamperia, Milano, 1831, Vol. II, p. 225.

impegnati politici e medici, il Governo centrale, riportando in vigore i regolamenti contro la peste, mostrava di considerare il colera come contagioso. Giova tuttavia sottolineare che questi regolamenti ebbero scarsa efficacia, perché consideravano il morbo asiatico una malattia alla stregua della peste e del tifo petecchiale, il cui meccanismo di trasmissione è ben diverso da quello del colera. Si può ben capire perché in un secondo momento, vista l'inefficacia e il costo dei provvedimenti sanitari ispirati alle teorie contagioniste, questi fossero abbandonati a favore di quelli anticontagionsiti.

La messa in opera e il mantenimento dei cordoni sanitari e delle stazioni di contumacia richiedevano l'esborso di una ingente quantità di denaro, che il Governo pensò di raccogliere imponendo una sovrimposta di un centesimo sopra ogni scudo d'estimo delle province lombarde, già piegate dalle eccessive tassazioni austriache; tassa appositamente reintrodotta il 26 aprile 1832, al fine di formare un fondo con cui supplire alle spese di sanità potenzialmente causabili dal colera⁷⁷. Fondo, che in realtà, sappiamo essere stato introdotto nel 1817 dalla Congregazione centrale di Milano, per fronteggiare la crisi economica e il tifo petecchiale⁷⁸.

Il cordone sanitario, che avrebbe dovuto preservare il Lombardo-Veneto, rispecchiava la struttura e l'organizzazione di quello "perenne" posto lungo il

⁷⁷ Cfr. ASB, sezione decreti e stampe, b. 74. Le somme riscosse dovevano essere raccolte in una cassa sotto diretta sorveglianza del Governo di Milano; cfr. A. Binachi-Giovini, *L'Austria...*, « per supplire alla spesa straordinaria del richiesto cordone, impose la tassa addizionale di un centesimo per ogni scudo d'estimo, che importava per la sola provincia di Milano più di 200 mila franchi, e precisamente un milione di franchi per tutta la Lombardia », p. 133. Il Podestà di Brescia, Bartolomeo Fenaroli Avogadro, con una lettera destinata alla Congregazione medesima, rilevava che nonostante la sovrimposta, il Comune di Brescia non poteva attivare un fondo di 200 mila lire austriache, ordinato per supplire alle spese possibilmente causali dal colera, perché « si osserva che ad eccezione della somma di lire 39.472, 68 disposta col conto governativo del corrente anno per essere impiegata al futuro, in conto della quale si sono già pagate lire 7.694,85 alla cassa provinciale per la formazione del fondo sociale proveniente dalla sovrimposta di un centesimo pel titolo del mentovato morbo, la Congregazione non ha i mezzi per l'attivazione dell'approvato conto di lire 200 mila, giacché [...] si conforta che, allorché veramente il bisogno avvenisse, non durerà fatica a trovare al momento i denari occorrenti sia mediante costituzione di mutui ad interesse, sia mediante vendita di cartelle di rendita perpetua sul Monte dello Stato»; cfr. Lettera del 4 luglio 1832 alla Congregazione di Brescia, in ASB, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848. b. 2708.

⁷⁸ «Il Fondo della Beneficenza mantenne la sua originaria distinzione e una gestione distinta, così come venne conferito dalla Sovrana Risoluzione del 6 novembre 1835, nella quale si ribadiva "che il residuo fondo del centesimo imposto nel 1817, adoperato per soccorrere gli indigenti, fosse impiegato anche per l'avvenire in quegli usi ai quali era stato fino ad allora destinato"», Cfr. M. Canella, E. Puccinelli, *Beneficenza e risparmio. I documenti preunitari della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde*, Nexo, Milano, 2005, p. 22.

confine orientale della monarchia, formato cioè, da una fitta rete di strutture militari, da un'assai complessa distribuzione degli spazi e sottoposto a una cavillosa burocrazia⁷⁹. Come era organizzato, in concreto, il cordone sanitario che avrebbe dovuto proteggere il Regno dall'epidemia? Il sistema prevedeva un dispiegamento di soldati in assetto di guerra (integrati, come si vedrà, da civili idonei per caratteristiche fisiche e anagrafiche allo svolgimento del servizio) lungo tutta la linea che correva, come si è già detto, dal Tirolo occidentale sino alle foci dell'Isonzo. Questo autentico "muro umano" era valicabile (in teoria) soltanto in corrispondenza delle stazioni di ingresso e di contumacia, circondate da un alto muro e da un filo di ferro che correva tutto attorno al bordo superiore⁸⁰. Mentre le prime, come è possibile intuire dal nome, filtravano, attraverso grate e cancelli, il passaggio delle merci e delle persone di dubbia provenienza, le seconde, poste a ridosso delle prime, provvedevano ad accogliere quelli che riuscivano a passare il primo controllo e quindi allo smistamento e all'isolamento delle merci.

Oltre agli uffici utili allo svolgimento delle pratiche burocratiche e oltre alle abitazioni assegnate al personale impiegato, due ampi cortili erano destinati rispettivamente alla cernita e allo spurgo delle merci, la complessità della cui disinfezione poteva variare secondo la loro natura. Affacciati sui cortili, si ergevano dei piccoli fabbricati, adibiti ad abitazioni, in cui erano collocate le persone costrette a subire la contumacia e che qui trovavano un'unica stanza, una piccola cucina e un anti-cortile, che permettesse una corretta ventilazione della camera e delle biancherie⁸¹.

Il personale d'ufficio era composto principalmente da un direttore, dai bastazzi (facchini) e dalle guardie, che venivano cambiati periodicamente, per evitare

⁷⁹ Su tale cordone, cfr. G. E. Rothenberg, *The Austrian sanitary cordon and the control of the bubonic plague: 1710 – 1871*, in "Journal of the History of Medicine and Allied Sciences" 28/1 (1973), pp. 15-23.

⁸⁰ Cfr. G. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie, le epizoozie, le asfissie, con un'appendice contenente tutti i decreti relativi agli oggetti sanitari emanati dall'anno 1774 al 1830 ad uso degli impiegati sanitari, politici, distrettuali ed economici*, Michele Weis Tipografo-Editore, Trieste, 1834, p.60.

⁸¹ Ivi., p. 61.

fenomeni di corruzione⁸². Il lavoro più umile e scomodo era svolto dai bastazzi, che oltre ad essere costretti a trascorrere tutta la durata della quarantena con le persone sospette loro assegnate, erano anche incaricati di maneggiare le merci e di eseguire manualmente il loro spurgo.

Prima che una persona venisse dichiarata sospetta e fosse posta sotto chiave dalle guardie, questa era obbligata a presentarsi al direttore della stazione, il cui compito principale era proprio quello di porre alcune domande di routine, per fare chiarezza su come procedere con l'isolamento e su come definirne le tempistiche. Finito il colloquio, si procedeva al ritiro dei passaporti sanitari, che venivano disinfettati e protocollati assieme al resto della documentazione. Contemporaneamente, il direttore segnava su un registro i dati anagrafici degli interessati, il giorno e l'ora di inizio e fine della quarantena, che però poteva subire modifiche a seconda dei contatti umani, potenzialmente forieri di ulteriore contagio, e il nome del bastazzo loro assegnato⁸³. Per le tempistiche, queste dipendevano dalla località di provenienza. L'isolamento di tutte quelle persone, che giungevano da località sospette era automaticamente fissato a 42 giorni, mentre per quelle provenienti dalle province sane, il periodo poteva oscillare tra i 10 e i 28 giorni⁸⁴.

Gli edifici adibiti alla quarantena, per garantire il più rigoroso isolamento, dovevano essere forniti di requisiti quali la divisione in scompartimenti rinserrati ed impenetrabili e inoltre dovevano rispondere a tutte le esigenze indispensabili per una permanenza decente, sia diurna che notturna. Le commissioni sanitarie ritenevano

⁸² Le guardie, i cui turni non potevano durare più di cinque o sei ore al giorno, dovevano occupare posizioni prestabilite, che consentissero una buona visuale e una buona comunicazione anche a distanza e il loro servizio in un determinato luogo, per evitare forme di corruzione, veniva cambiato ogni otto o quattordici giorni; cfr. G. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, p. 50.

Bastazzi, definiti anche facchini erano gli impiegati destinati a sciorinare e maneggiare le merci ed effetti di contumacia nei lazzaretti, cfr. G. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, cit., p.188.

⁸³ Ivi., p. 99.

⁸⁴ Per il cordone sanitario posto a difesa del Lombardo Veneto e per quello sul litorale veneto e la Dalmazia, la Camera aulica generale dispose che per facilitare gli scambi commerciali fosse necessario ridurre a soli 10 giorni la durata della contumacia per i viaggiatori e per le merci, cfr. P. Lichtenhal, *Ragguaglio storico terapeutico del colera morbo sino alla metà dell'ottobre 1831, secondo fonti attendibili ed atti governativi*, Gio. Meiners e figlio, Milano, 1831, p. 268; cfr. G. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, p. 68;

inutile la costruzione di ospedali adiacenti ai cordoni, perché quanti cadevano ammalati di colera venivano curati nell'edificio loro assegnato, attorno al quale venivano tuttavia aumentate le guardie per la sorveglianza e il numero di bastazzi.

Viste le ampie dimensioni del Lombardo-Veneto, si decise di lasciare alle commissioni sanitarie locali e alle autorità provinciali una certa autonomia nel disporre se procrastinare o meno il rilascio dei contumacianti e delle merci. Ogni decisione, però, doveva essere vagliata dalla Deputazione aulica di sanità e, una volta prolungato il termine della contumacia, questo non poteva più essere diminuito dalle stesse commissioni, che ne avevano decretato la durata, se non venivano notificati i motivi di tale ripensamento alla Deputazione medesima. Il direttore, ultimata la quarantena e effettuata una visita da parte del medico condotto, rilasciava ai contumacianti un documento che attestava il regolare svolgimento della contumacia e il pagamento delle tasse di spurgo. Nel documento sanitario rilasciato erano riportati i dati anagrafici dell'interessato e le merci o animali che aveva portato con sé. Prima del rilascio delle persone, si procedeva al controllo delle camere da esse occupate, alla verifica che tutto fosse intatto e che non avessero recato danni alle strutture. Le persone non in regola con la documentazione venivano prontamente arrestate, così come tutti quelli che opponevano resistenza alle autorità. Per quanto, come si è visto sopra, i diversi regolamenti fossero rigorosi, l'eccessiva estensione dei territori, come nel caso della molteplicità di stati, di cui era formato l'Impero asburgico, rendeva difficile, se non inutile, il mantenimento di queste dispendiose strutture. In molti casi era peraltro apparso evidente che i cordoni, se avevano una qualche efficacia nel contrastare la diffusione di una malattia come la peste, non ne avevano nessuna per il colera. Motivo questo per cui, molti paesi desistettero dal continuare a finanziare il mantenimento dei cordoni.

Per quanto si fosse radicata l'idea, che nel contagio, la predisposizione individuale giocasse un ruolo di primaria importanza, ciò che produceva sgomento era in che modo il contagio, se la malattia era da ritenersi contagiosa, potesse rimanere latente per molti giorni. L'inspiegabilità di questo fenomeno, a causa del mancato riconoscimento del ruolo svolto dai portatori sani, rendeva ancora più enigmatico il

volto della malattia. Solo nel 1866, con la prima conferenza sanitaria internazionale, tenutasi a Costantinopoli, si appurò con certezza che l'uomo resta il principale agente propagatore della malattia e che un solo coleroso può bastare per dare inizio a un'epidemia di colera⁸⁵. A tal proposito, è utile ricordare, che nel 1835 il medico romano Innocenzo Liuzzi (rimasto tuttavia inascoltato) aveva acutamente osservato non solo come gli *effetti micidiali*, secondo predisposizione individuale, si comunicassero ad altre persone, che senza dubbio avevano avuto contatti con degli infetti, ma definì anche il concetto di portatore sano, facendo notare che alcuni individui, per disposizione naturale, risultavano del tutto esenti dalla malattia, pur restando in grado di trasmettere il colera su lunghe distanze, senza destare sospetti⁸⁶. La circolazione, poi, di nozioni del tutto assurde riguardo all'eziologia del morbo e ai suoi meccanismi di diffusione rendeva le misure dei ministri di sanità solo delle angherie inutili, come lo erano gli stessi cordoni sanitari. Questi non avevano alcuna utilità, se non quella di creare una porta più angusta all'entrata del colera, a fronte dell'esistenza dei portatori sani, che potevano covare la malattia anche per mesi. Alla luce, infatti, delle conoscenze eziologiche odierne, sappiamo che i vibrioni colerici non solo possono essere trasportati da persone affette da lievi disturbi intestinali, ma anche da persone apparentemente sane, che sono state a contatto diretto o indiretto con colerosi, o che provengono da regioni infette o che siano guarite dal colera. Questo perché, nonostante all'apparenza tali soggetti appaiano sani, le loro materie fecali possono contenere vibrioni, che possono infettare l'acqua, le latrine, gli

⁸⁵ «L'uomo ammalato di colera è per se stesso il principale agente propagatore della malattia, e un solo coleroso può bastare a dar luogo allo svolgimento di un'epidemia colerica», cfr. G. Sanarelli, *Il colera...*, p.73.

⁸⁶ Il dottor Liuzzi afferma che «Il tessuto animale di ordinario racchiude una dose più o meno di elementi, suscettibili a mettersi in rapporto colle potenze esterne morbose, senza de' quali la malattia non si riproduce affatto. Taluni individui per naturale disposizione vanno in parte esenti di tali principii, come l'esperienza tutto giorno ci dimostra; e possono portare seco i germi contagiosi per qualche tempo, capaci di comunicarli ad altri, senza che essi ne restassero offesi. In tal guisa si spiegano benissimo, come alcune persone restano immuni del male contagioso, malgrado che vi stessero in commercio; e come esse possono trasferire le malattie di tal natura in lunghe distanze. [...] Questo mezzo di propagare il contagio sembra più verosimile di quello de' pretesi insetti. Sulla quale opinione non si è addotto sin ora, niun argomento positivo», cfr. I. Liuzzi, *Riflessioni sul cholera morbus asiatico*, s.n.t, Roma, 1835, p. 6.

alimenti e tutti coloro con cui vengono a contatto⁸⁷. Dunque, la presenza dei portatori sani (ignota a quell'epoca) rendeva praticamente superflue le misure contumaciali. L'osservazione di Liuzzi, ripresa poi da Filippo Pacini, ottenne un riconoscimento solo a fine Ottocento, quando venne segnalato per la prima volta il ruolo svolto dai portatori sani, che determinavano l'andamento delle epidemie coleriche in maniera significativa, se si considera che in tempi calamitosi circa metà degli uomini, che non aveva manifestato sintomi, presentava vibrioni nelle feci.

Tra le varie tipologie di portatori, dal punto di vista epidemiologico, assumono un ruolo di rilievo quelli che oggi portano il nome di portatori cronici, responsabili sia dell'endemicità del colera sia della sua insorgenza in località tra loro lontane e non confinanti con regioni infette. Il danno che derivava dal portatore di bacilli dipendeva dalle sue abitudini e dalle condizioni igieniche della comunità in cui viveva. Quanto più queste condizioni lasciavano a desiderare, tanto più il pericolo di diffusione era grande. È certo che un caso eclatante di colera non potesse sfuggire alle autorità sanitarie, poste a controllo dei confini, ma è altresì chiaro che i portatori, che non mostravano alcun sintomo evidente, potevano sfuggire anche alla più rigida ispezione⁸⁸. Se si considera che i portatori cronici potevano mantenere il vibrione latente per un periodo che oscillava da qualche mese a un anno e che potevano spandere la malattia ovunque, passando inosservati, non sorprende che non esistesse cordone, stazione di fermo o contumacia che tenesse e che questi potevano tranquillamente passare il periodo fissato di contumacia senza che questa arrestasse il corso della malattia. A ragione di ciò, si comprende che il sequestro e i periodi di quarantena erano praticamente inutili per i portatori.

A ciò si aggiunga che una parte di viaggiatori riusciva in qualche modo a scavalcare

⁸⁷ Sanarelli riferisce un caso rilevato a Pietroburgo qualche anno prima dello scoppio della Prima guerra mondiale. Qui non solo si constatò che i malati guariti dal colera potevano presentare vibrioni nelle feci fino a due mesi dopo la scomparsa dei sintomi, ma che anche le persone sane, che non avevano mai manifestato la malattia potevano ospitare i vibrioni. A ragione di ciò si sono divisi i portatori in diverse categorie: quella dei portatori sani, quella dei portatori convalescenti e quella dei portatori cronici; cfr. G. Sanarelli, *Il colera...*, p. 350; Cfr. F. Pacini, *Del processo morboso del colera asiatico, del suo stato di morte apparente e della legge matematica da cui è regolato*, Tip. Cenninia, Firenze, 1879, p. 23.

⁸⁸ M. Lughlin, *Metodi moderati di quarantena contro il colera*, in *Annali di medicina navale e coloniale*, Officina Poligrafica Italiana, Roma, 1912, Vol. II, p. 637.

i confini senza sottoporsi ad alcun controllo, soprattutto a ridosso dei luoghi montuosi, dove non si poteva impedire il passaggio dei contrabbandieri, che per molte realtà italiane erano stati i principali veicoli di trasmissione del colera. Si pensi all'importanza che questi ebbero nella diffusione del colera soprattutto in Lombardia, dove il Lago di Garda e il Mincio, in conseguenza dell'istituzione della linea daziaria sull'omonimo fiume, nel 1814, si tramutarono in veri e propri covi di contrabbando⁸⁹. Lo stesso valeva per le certificazioni, di cui era richiesta l'esibizione ai viaggiatori, che essendo realizzate in forma cartacea e non recando sigillo alcuno, diventavano per molti occasione di guadagno per la loro falsificazione, resa molto semplice dalla formula che racchiudevano. A tale proposito le testimonianze su queste manipolazioni sono molteplici, in alcuni casi, non sempre facili da sventare⁹⁰.

⁸⁹ Nonostante la linea daziaria fosse stata abolita nel 1822 il contrabbando rimase una piaga anche negli anni successivi; cfr. A. Sandonà, *Lombardo-Veneto 1814-1850, la costituzione e l'amministrazione*, Casa Editrice L.P. Cogliati, Milano, 1912, p. 269.

⁹⁰ Si veda qui di seguito un episodio significativo legato alla falsificazione dei certificati sanitari, sebbene risalga all'ondata epidemica del 1873: essa attesterebbe come pure nelle epidemie successive a quella del 1836 si fosse mantenuto l'utilizzo dei certificati. Questo è ciò che accadde presso i cancelli daziari di Porta Stazione, il 5 settembre 1873: «Illustrissimo signor ispettore dei comitati sanitarj di vigilanza, due giovani dichiaratisi fratelli Benaglia, uno di nome Antonio d'anni 21, l'altro Enrico, entrambi di Salò, presentavansi stamattina a questa barriera verso le 11, sprovvisti di certificato sanitario, che da membro di vigilanza signor Turlini, vennero perciò respinti. Dopo pochi istanti presentavansi nuovamente detti giovani e muniti di biglietto, "cittadino uscito", cercavano con questo mezzo di eludere la sanitaria sorveglianza. Questa volta avevano in compagnia di un signore che qualificavasi loro padre, e questo presentava un certificato di scaduta data. Vennero tutti e tre interrogati e per primo il dichiaratosi padre, cioè se lo era veramente, che sostenne le sue osservazioni, e i due giovani da chi avevano ricevuto il biglietto, che risposero averglielo regalato una persona a loro ignota. Il giovane Enrico da quanto si potè sapere dalla successiva sua dichiarazione ora abita a Brescia. [...] Ritenendo quindi che sussista la contravvenzione dei suddetti due giovani, per aver tentato con l'astuzia, introdursi in città con biglietto di cittadino uscito, mentre dovevano essere muniti di certificato perché provenivano da ignote località, ed il padre per aver insistito a pro dei figli e di lui gli fosse lasciato libero ingresso, presentando un certificato di scaduta data [...]», cfr. ASB, Comune di Brescia, igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2d, II parte, 1858-1873, b.2712.

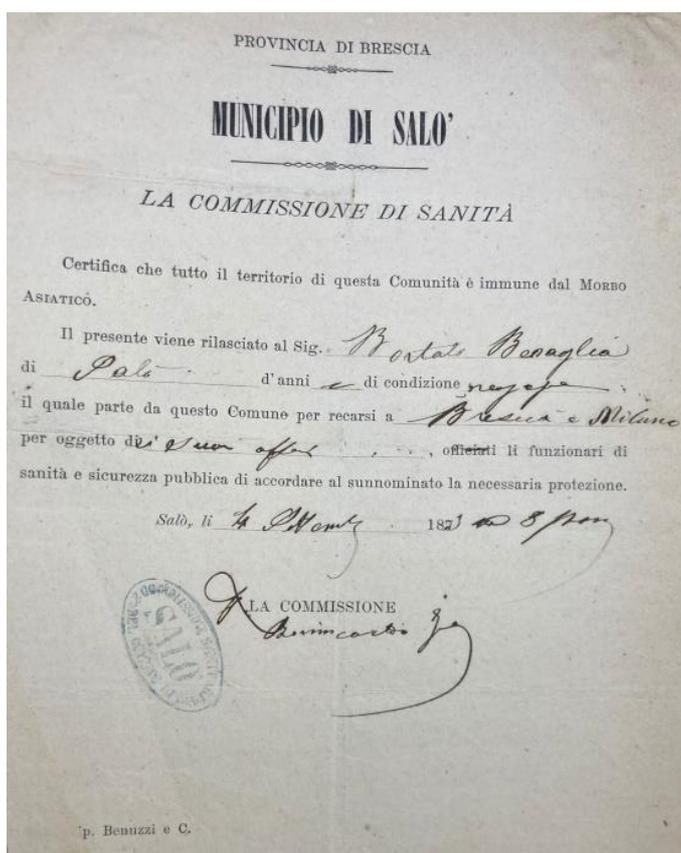
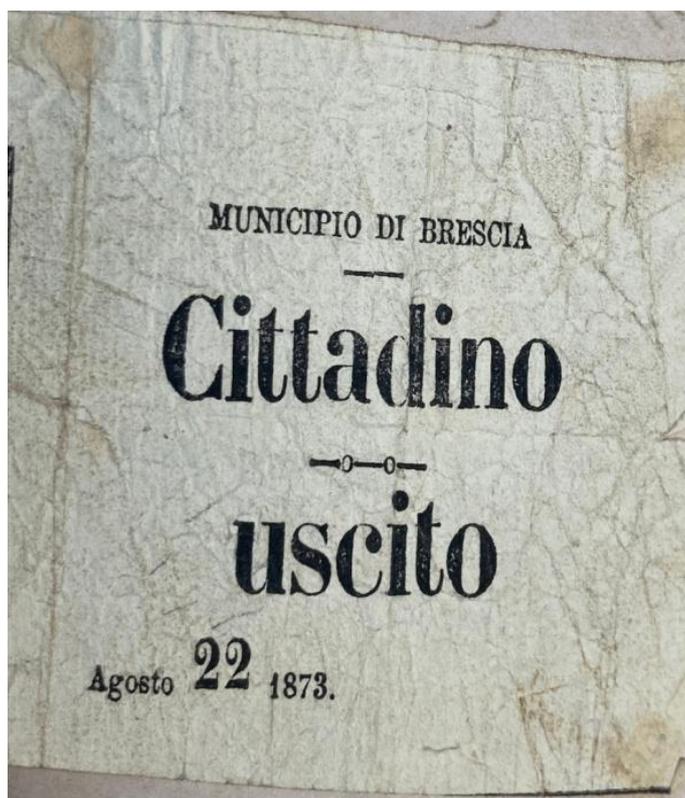


Foto: in basso il certificato falsificato da Bortolo Benaglia; in alto il certificato di cittadino uscito, che doveva accompagnare il certificato di sanità; cfr. ASB, Comune di Brescia, igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2d, Ilparte, 1858-1873 b. 2712.

A. *Passaporto, o Certificato di Sanità per Viaggiatori*

Nome, Cognome e Condizione del Viaggiatore	Connotati personali del medesimo	D'onde egli provenga	Ove intende di recarsi	Per che Stradale pensi viaggiare	Con quali mezzi di trasporto voglia viaggiare	Strada per cui il Viaggiatore intende entrare negli Stati Regi di Baviera ed altri Esteri	Stato Sanitario del paese d'onde viene			Bagaglio seco condotto			Viste	OSSERVAZIONI	
							Se siasi verificato alcun caso di Cholera Asiatico in quel luogo.	Se di Settimane in poi siasi verificato più in quel luogo alcun caso di malattia.	Se il Cholera siasi mai avverti- tato a quel luogo ad una distan- za minore di 10 (Leghe) Milite	Effetti di Vestiarie	Altri effetti	Luogo, ossia Vettura			Indicazione de' luoghi ov' è stato validato questo passaporto.

Luogo
Sigillo d' Ufficio
Sottoscrizione dell' Autorità locale che rilascia il Passaporto, ossia Certificato.
Sottoscrizione d' un Medico impiegato
Di lui Sigillo.

Data

OSSERVAZIONI

- 1.° Questo passaporto vale soltanto per la stazione d' ingresso, che vi è indicata.
- 2.° Vale parimenti soltanto per il tempo necessario per arrivare sino al confine, vale a dire per Settimane giorni contando da quello del rilascio.
- 3.° In nessun luogo in cui si avrà pernottato si potrà tralasciare di far validare il passaporto. Mancando ad uno dei premessi punti, il passeggero sarebbe al confine sottoposto alle prescrizioni, che sono in vigore per coloro che provengono realmente da paesi infetti.
- 4.° Si procederà a tenere del passaporto, soltanto rispetto al bagaglio in esso indicato. Che se il Viaggiatore avesse con se altri effetti, questi verranno trattati come provenienti da un Territorio infetto realmente dal Cholera.
- 5.° Il Viaggiatore dee obbligarsi colla propria sottoscrizione, d' apporsi qui appiedi, d' indicare all' Ufficio Daziaro di confine, s' egli durante il suo viaggio abbia avuto contatto con persone, od effetti sospetti.

Sottoscrizione del Viaggiatore

Foto: si rimette un esemplare di passaporto o certificato sanitario per viaggiatori, allegato il 12 agosto 1831 alla comunicazione rilasciata dal Governo centrale a tutte le province del Lombardo-Veneto; cfr. ASB, Comune di Brescia, epidemie coleriche, 1833-1848, rub. XXIV, 6/2a, b. 2708.

1.4 Mansioni degli impiegati negli stabilimenti di contumacia

Stabilite le zone di confine e di fermo, non restava che assumere un buon numero di addetti, che si occupasse della gestione e del mantenimento dei cordoni lungo i confini imperiali, cittadini e provinciali. I militari impiegati nell'esercito regolare non erano infatti sufficienti a coprire tutti i posti di guardia e così, la sorveglianza di questi luoghi fu affidata, in parte ad abitanti reputati affidabili dei paesi adiacenti al cordone, e, in parte, ai soldati dell'esercito imperiale.

Il servizio di vigilanza aveva lo scopo di respingere tutte quelle persone che si avvicinavano al confine. Contro chi cercava di entrare clandestinamente, il personale di guardia poteva avvalersi della legge penale del 25 agosto 1766, che autorizzava a sparare a vista sui contravventori⁹¹.

Al personale del cordone veniva assolutamente vietato di allontanarsi dalla linea tracciata dalla stazione di fermo e di condurre con sé cani da guardia o altri animali da compagnia, perché anche questi ritenuti suscettibili di trasmettere il contagio. Se, quindi, nei pressi dei confini si incontravano animali, sia da compagnia sia selvatici, si dovevano immediatamente abbattere. Pertanto, veniva consigliato a tutti gli abitanti nei pressi del cordone di tenere i cani domestici o da guardia legati per evitare la loro fucilazione. Unica compagnia concessa agli impiegati era quella dei propri familiari, soggetti anch'essi all'isolamento e alle limitazioni del capo famiglia. Al direttore del cordone era affidata la supervisione di tutto lo stabilimento sanitario e la responsabilità della correttezza dell'operato di tutti gli impiegati. La delicatezza delle sue mansioni richiedeva che il direttore fosse scelto fra individui di sicura probità e rettitudine⁹². La Deputazione aulica di sanità si occupava della sua nomina e di quella del medico, del chirurgo, degli interpreti e dei cappellani, mentre la selezione di bastazzi, di guardiani semplici e di quelli a cavallo spettava allo stesso direttore. Le mansioni di quest'ultimo erano variegate, perché di tutte le persone fermate, egli doveva registrare i dati anagrafici, la provenienza, la destinazione,

⁹¹ Cfr. ASB, Comune di Brescia, igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

⁹² Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

L'origine e la natura delle merci che eventualmente portavano e quindi stabilire se le lettere dei contumacianti potessero essere spedite prima della fine del loro isolamento. Il direttore doveva scrivere tutti questi dati all'interno di un registro, detto registro di contumacia, e qui annotare anche le date di inizio e fine del periodo di isolamento, oltre alla tipologia e quantità delle merci sequestrate. Adempiuto quest'obbligo, persone, animali e mercanzie venivano alloggiati nelle rispettive case, stalle e magazzini: ambienti tutti separati tra loro. In seguito, il medico o chirurgo poteva procedere con la visita. Se si riscontravano buone condizioni di salute, il termine della contumacia veniva fissato a 21 giorni e gli individui, dichiarati sani, potevano non essere più visitati per tutta la durata dell'isolamento. Attraverso attente visite mediche, i medici o chirurghi di contumacia si assicuravano che lo stabilimento fosse esente dal contagio e, terminati i quaranta giorni, rilasciavano alle persone un documento, attestante lo stato di salute e il completamento della contumacia. Durante il periodo di isolamento, veniva concesso ai contumacianti di partecipare alle funzioni liturgiche. Per questo motivo un ecclesiastico era incaricato di insegnare il catechismo durante la domenica, di celebrare la messa e di amministrare i sacramenti. Se il caso lo avesse richiesto, doveva impartire l'estrema unzione, servendosi di un batuffolo di cotone puntato su una molletta d'argento⁹³, che, compiuto il rito, doveva essere subito bruciato⁹⁴.

Le precauzioni prese all'ingresso degli stabilimenti, comunque, non mettevano al riparo da tutti i rischi. Poteva accadere che, dopo qualche giorno di isolamento, i contumacianti manifestassero sintomi riconducibili alla malattia. Se questo accadeva e se si ammalavano anche le guardie o i bastazzi, allora il medico doveva impegnarsi a darne notizia alla Commissione di sanità, che provvedeva ad assumere nuovo personale in sostituzione degli ammalati. Una volta che il colera compariva, subito venivano aumentati i controlli per tutti i contumacianti, anche se sani, e anche se l'isolamento stava per finire, il suo termine veniva portato automaticamente a 42

⁹³ Piccole pinze, che permettevano di raccogliere oggetti e materiali infetti, impedendo qualsiasi contatto diretto.

⁹⁴ Cfr. G.G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, cit., p. 96.

giorni, il cui decorso veniva contato dal momento della manifestazione dei primi sintomi.

Una volta dichiarato lo stato di emergenza, attorno al cordone principale veniva dispiegato un cordone aggiuntivo, detto di osservazione, che sbarrava la strada a quanti avessero tentato di varcare il confine. La notizia della comparsa del contagio doveva essere trasmessa immediatamente per staffetta alla Commissione sanitaria, che si impegnava a dare le necessarie disposizioni e che faceva rapporto alla Deputazione aulica di sanità. Quest'ultima doveva impiegare ogni mezzo per garantire la copertura medica al cordone e un numero sufficiente di impiegati, per offrire ai malati i mezzi più opportuni di assistenza sanitaria e spirituale.

Quando il coleroso sopravviveva, il direttore provvedeva a fornirgli vesti nuove e un nuovo alloggio all'interno della stazione. Le camere liberate venivano così sottoposte ad accurati lavaggi con acqua e liscivia⁹⁵. Se invece il coleroso decedeva, il direttore, accompagnato da due testimoni, doveva stendere un inventario degli effetti, merci, denaro e suppellettili appartenute al defunto. La presenza dei testimoni durante la stesura del documento trovava una spiegazione nella tendenza del personale ad appropriarsi dei beni dei deceduti o addirittura a redigere falsi testamenti a loro favore. L'inventario veniva consegnato alla Commissione sanitaria di riferimento, che provvedeva a rispedire il tutto alla famiglia del defunto.

Il direttore era l'unico che poteva dichiarare le cause della morte, mentre solo i bastazzi erano incaricati alla sepoltura dei cadaveri presso il cimitero dei contumacianti, posto vicino al cordone. Se il colera si manifestava nei locali di contumacia, le cautele venivano estese a tutti i paesi, città, borghi e case limitrofi. Per chi occultava i casi di colera o non li comunicava alla competente autorità era prevista la pena di morte, comminata nel 1738 per comportamenti analoghi in caso di peste⁹⁶. Se, quindi, in una città, borgo o casa si verificavano casi di malattia, la Commissione sanitaria della città e le autorità provinciali

⁹⁵ L'importanza dei lavaggi era stata sin da subito riconosciuta. In effetti, il lavaggio praticato con sostanze acide permetteva l'immediata distruzione dei vibriani, cfr. G. Sanarelli, ...p. 113.

⁹⁶ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

procedevano alla chiusura di tutte le case o comunità con tutti gli uomini, bestiame e suppellettili, presenti al loro interno, disponendo l'erezione di un cordone anulare e guardie al fine di impedire qualsiasi contagio. Le guardie, scelte tra persone affidabili, dovevano accertarsi che i reclusi non tenessero tra loro contatti, perché nel caso di comunicazioni, dato che un individuo sano si rendeva sospetto di contagio, veniva obbligato a fare la stessa contumacia della persona con la quale si era verificato il contatto stesso, mentre la contumacia dell'altro doveva cominciare dall'inizio⁹⁷.

Tutta questa meticolosa profilassi non sempre riusciva a raggiungere il risultato sperato dai governi. Questo poteva dipendere da molteplici fattori. Primo fra tutti, la mancanza di omogeneità nell'applicazione, tra comuni confinanti, di quanto veniva prescritto dai regolamenti sanitari. Podestà e sindaci, soprattutto dei piccoli centri urbani, godevano di una certa libertà. Non di rado si assisteva a un fin troppo rigoroso adempimento delle norme di confinamento e di movimento con modalità operative che superavano quanto prescritto dagli ordini del governo. La profilassi poteva diventare pretesto per vessare soggetti deboli, che pur non sospettabili di infezione, venivano ingiustamente fermati o allontanati dando, così adito a comprensibili rimostranze. Accanto a comuni che eccedevano in zelo, potevano esservene altri meno rigorosi o addirittura lassisti: come è facile immaginare, questa diversità di regimi vanificava gli sforzi dei comuni più ligi alle regole.

Altro fattore che rendeva inefficaci i provvedimenti sanitari era la difficoltà di controllare gli spostamenti umani. Tutte le misure anti-epidemiche, infatti, risultavano facilmente aggirabili da soggetti per loro natura difficilmente controllabili, come i contrabbandieri, che conoscevano alla perfezione il territorio e i sentieri più appartati e nascosti. Solo tardivamente si cercò di provvedere al controllo e all'espulsione di girovaghi, indigenti e lavoratori stagionali, che risiedevano per tutta la durata dell'impegno lavorativo in alberghi fatiscenti o nelle botteghe. Sul finire del 1835 molti Comuni presero seri provvedimenti al riguardo.

⁹⁷ Cfr. G. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, cit., p. 97.

Per ottenere un valido controllo sui lavoratori forestieri giornalieri, sprovvisti di recapiti regolari, le Congregazioni municipali lombarde ordinarono che essi fossero muniti di licenza di dimora, senza la quale non avrebbero potuto lavorare nemmeno un giorno. Ciò significava che qualcuno doveva fare da garante per il forestiero che intendeva recarsi per lavoro in uno dei comuni lombardi. La persona che garantiva avrebbe dovuto depositare 50 lire austriache nella cassa civica per ogni forestiero ospitato e avrebbe dovuto versare somma analoga per ogni componente della famiglia del garantito. Il mallevadore poteva quindi ritirare, presso la polizia del proprio comune, il documento attestante la licenza di dimora, rilasciata a favore del forestiero⁹⁸. Questo provvedimento non servì a granché, perché presto i Comuni furono costretti a incaricare la polizia municipale di effettuare visite domiciliari, al fine di garantire che nelle botteghe, nelle cascine o nelle case private non risiedessero abusivamente degli operai giornalieri⁹⁹. Senza documenti i lavoratori stagionali sarebbero stati spediti o in ospedale, se malati, o fuori dal confine. Si noti tuttavia il bifrontismo politico del Lombardo-Veneto. Se da un lato le autorità ordinavano la denuncia dei girovaghi e dei lavoratori stagionali, dall'altro raccomandavano ai titolari di manifatture e fabbriche di non sospendere i lavori, per cercare di tenere occupate le braccia dei lavoratori, che altrimenti avrebbero perso i

⁹⁸ Circolare n. 3984 del 25 settembre 1835, in ASCR, Comune di Cremona, sez. colera, b. 566.

⁹⁹ Utile a tale proposito riportare un caso di contravvenzione avvenuto nel cremonese, a dimostrazione della portata del fenomeno dei lavoratori stagionali, che ogni anno si spostavano in tutta la Lombardia. Con circolare del 17 settembre 1835 la Delegazione provinciale di Cremona, dopo aver ordinato alla polizia comunale di effettuare visite domiciliari per garantire che non ci fossero abusivi, denunciava con ordinanza n. 7372, che in meno di tre giorni, dall'emanazione del detto ordine, la polizia rilevò 14 famiglie, per un totale di 52 componenti, prive di licenza di dimora e mancanti di domicilio. Queste famiglie mancavano anche dei mezzi di sussistenza e non risultava al Comune il modo con cui se li procurassero, per provvedere anche al mantenimento dei figli, molti dei quali erano ancora in tenera età. Per rimediare alla contravvenzione, l'ufficio provinciale vidimò i passaporti dei capi di famiglia, ai quali fu intimato di partire entro tre giorni dall'emanazione del documento pena l'arresto. Intimato l'allontanamento, questi approfittarono della dilazione di tre giorni e il giorno successivo il rilascio dei passaporti, i capi famiglia si presentarono alla Delegazione provinciale, chiedendo le licenze di dimora con l'appoggio di alcuni possidenti terrieri. Garanzie, che lo stesso commissario di polizia definì «illusorie e non tendono che ad ingannare l'autorità. Un tale garantisce per i mezzi di sussistenza unicamente per un forestiero operaio il quale non guadagna più di 30 soldi al giorno: in qual modo può che mantenere la sua famiglia composta tante volte di otto o dieci individui? Questi vanno girovagando per la città chiedendo l'elemosina unitamente alla madre. L'operaio cambia di padrone in pochi giorni e così la prima garanzia cessa di effetto, mentre non si notifica il cambiamento del padrone per parte dell'operajo, che qui rimane per il corso di un anno in forza dell'ottenuta licenza di dimora e si deve inoltre osservare che lo stesso operajo vive ozioso per alcuni mesi dell'anno», cfr. ASCR, Comune di Cremona, sez. colera, b. 566.

mezzi di sussistenza¹⁰⁰. Gli imprenditori si trovarono stretti in una duplice morsa, da un lato spinti a tenere aperte le attività e dall'altro indotti a non ammettere lavoratori stagionali, senza la cui presenza, l'industria manifatturiera sarebbe crollata¹⁰¹. Filatoi, opifici e alberghi divennero ben presto sede di frequenti controlli a tappeto e così mentre si cercava inutilmente di contenere lo spostamento degli stagionali, si intraprese una vera e propria caccia ai girovaghi e ai suonatori, considerati alla stregua degli untori. I provvedimenti in questo senso furono assolutamente tardivi ed è ben noto che nelle città le deboli e tardive misure di vigilanza sui forestieri, partiti da luoghi sospetti o infetti, la trascuratezza dei più rigorosi cordoni sanitari e delle contumacie promossero, sin dalle prime avvisaglie del colera, la sua facile propagazione.

Ciò non toglie che i paesi che si dichiararono contagionisti sin dai primi esordi della malattia, riuscirono in qualche maniera a limitare le devastazioni causate dal colera, tuttavia, furono proprio i repentini cambi di idea tra paesi europei confinanti, che compromisero l'efficacia dei sistemi adottati.

1.5 Procedure di disinfezione e di spurgo

Il servizio di spurgo prevedeva che i bastazzi, attraverso appositi carri, trasportassero le merci nei magazzini, nei quali subivano un periodo di isolamento a seconda della categoria in cui queste rientravano. Il direttore sovrintendeva alla disinfezione e all'operato degli spurgatori, assicurandosi che nessuno dei carichi venisse mischiato ad altri e che non venisse trafugato. Sistemata per breve tempo la merce sotto le tettoie, di cui i magazzini erano muniti, per evitarne il deterioramento

¹⁰⁰ ASDC, Atti del Governo, b. 32, cartella 6, Lettera del Governatore della Lombardia, Hartig, al Vescovo di Crema, 13 luglio 1836.

¹⁰¹ Interessante a tale proposito il carteggio tra un titolare di filanda di Salò, sul lago di Garda, e l'ufficio di sanità del medesimo Comune. Il proprietario viene denunciato per aver impiegato nel suo opificio donne provenienti dalla infetta Bergamo e prive di patente sanitaria, tuttavia, si evince dal contenuto della lettera datata 19 giugno 1836, che nella bergamasca non esisteva alcun certificato sanitario e che quindi le donne provenienti da quella città non avevano con sé alcuna documentazione: cfr. ASS, b. 28.

in caso di pioggia o neve, il direttore doveva prendere tutte le informazioni possibili dal padrone o conduttore delle medesime, ponendo alcune domande di *routine*. Le risposte venivano annotate in un apposito registro, che prima di essere archiviato, veniva anch'esso sottoposto a spurgo. Ultimate le procedure burocratiche, le merci inventariate, in presenza del proprietario, potevano essere depositate nei magazzini. A ogni prodotto corrispondeva un preciso periodo di isolamento, stabilito secondo la tradizionale suddivisione in beni suscettibili e insuscettibili¹⁰². Tutti i prodotti che rientravano nella prima categoria erano sottoposti a suffumigi e a quarantene, mentre quelli appartenenti alla seconda avevano libero transito. Nel gruppo delle merci insuscettibili rientravano i principali generi di commercio, come le granaglie, il frumento, il sale, la legna, i legumi, i metalli e gli animali da tiro. Il venditore di queste merci poteva rifiutarsi di far rinchiudere i suoi carichi all'interno dei magazzini per metterle subito in commercio. Se questo accadeva, legumi e granaglie, in presenza del direttore, venivano raccolti in sacchi o vasi ben puliti. Spesso solo gli imballaggi venivano sottoposti a quarantena, perché costituiti in gran parte da tessuti, come il cotone e la canapa, mentre casse e barili venivano semplicemente sciacquati. Lo spurgo delle merci poteva essere effettuato in diversi modi: con spugne o spazzole immerse in acqua, lisciva, sale, sapone e aceto; con fumigazioni a base di "profumo russo" e vapori di cloro, oppure con semplice ventilazione o riscaldamento delle stanze attraverso stufe¹⁰³.

Il sale e i cereali dovevano passare in recipienti, muniti superiormente di una grata, che aveva la funzione di eliminare sostanze corruttibili, mentre per i manufatti in

¹⁰² A norma delle rudimentali concezioni epidemiologiche dell'epoca, per *suscettibili* si intendevano tutti quegli oggetti riconosciuti come capaci di comunicare il contagio, attraverso l'assorbimento, cioè tutte le merci contaminate dalla materia contagiosa dell'ammalato, come tutti gli oggetti utilizzati per coprire il corpo, per pulirlo, che si portavano nei bauli, ogni genere di abbigliamento, di ventagli, di tabacco, di fibbie, di orologi, di coperte, di attrezzi artigianali; al contrario, le non suscettibili non avevano la capacità di assorbire alcun effluvio, perché per loro natura non venivano toccate dalle persone, ma erano prodotte da macchine, raccolte e stivate per mezzo di appositi utensili. Queste erano tutti i liquidi, come vino e birra, tutte le specie di frutta secca, tutti i crostacei, tutte le materie coloranti, tutte le spezie, le pietre preziose, i formaggi e i grassi animali. Cfr. *Raccolta degli atti di Governo e delle sovrane disposizioni generali emanate dalle autorità in oggetti sì amministrativi che giudiziari*, Imperial Regia Stamperia, Milano, 1831, vol. II., p. 79.

¹⁰³ Il profumo russo era un miscuglio a base di zolfo, nitro, crusca di frumento, fieno e ginepro: cfr. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, cit., p. 76.

ferro non erano richiesti trattamenti particolari¹⁰⁴. In linea di massima, tutte le merci ritenute pericolose o sospette venivano immerse in acqua e aceto per venti ore e lasciate all'aria aperta per circa quaranta giorni. Le merci pericolose, che per la loro natura non si potevano bagnare, come le carte geografiche, i taccuini e gli spartiti musicali venivano trattati con gomma elastica, esposti per venti ore all'aria riscaldata e per quaranta giorni all'aria aperta¹⁰⁵. Le lunghe procedure e i costi dello spurgo a carico dei corrieri portarono presto a forme di commercio illecito, che resero nulle le precauzioni previste. Le disinfezioni, le lavature e le fumigazioni erano svolte dai bastazzi, che dovevano mettere mano ai forzieri e alle casse contenenti le merci più pericolose e mescolarle e rivoltarle ogni giorno per permettere una adeguata ventilazione. Se le merci erano difficilmente estraibili dai loro imballaggi, come per il cotone, che veniva avvolto in strati di tessuto, i bastazzi dovevano aprire questi involucri e ispezionarli, per verificare che non ci fossero materiali suscettibili all'interno dei colli. Per evitare sottrazioni della merce in quarantena da parte del personale, i contrassegni riportati sugli imballaggi venivano registrati dal direttore in un apposito protocollo, vidimato sia dal proprietario del carico sia dal direttore, che lo univa ad altri tre documenti, che garantivano lo stato delle merci. Alla fine del periodo di isolamento, le merci disinfettate venivano ricomposte nella loro forma primitiva, si recuperavano gli imballaggi e si ricomponavano i colli. Le disinfezioni seguivano un rigoroso protocollo, uniformato ai pareri della facoltà medica di Vienna del 1814, che aveva sostituito le fumigazioni vegetali con quelle minerali¹⁰⁶. Ogni tipologia merceologica prevedeva distinte modalità di fumigazione. Per la disinfezione dei vestiti, ad esempio, si utilizzava una miscela di polvere di zolfo, salnitro e crusca, i cui vapori si insinuavano con efficacia nella trama dei tessuti. Poteva accadere che presso un cordone mancassero alcune sostanze chimiche, consigliate per il corretto svolgimento della disinfezione. In tal caso, l'aceto comune, facilmente reperibile, veniva versato su ferri roventi, mattoni o vasi in terracotta

¹⁰⁴ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

¹⁰⁵ Cfr. G. G. Petrovich, *Cenni economico-politici concernenti le epidemie...*, p. 86.

¹⁰⁶ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

bollenti, che sprigionavano vapori intensi, che pervadevano tutta la stanza. Anche per le missive era previsto un iter meticoloso di spurgatura: la corrispondenza veniva forata, aperta e disinfettata. Tutte le stazioni d'ingresso, confinanti con le province in cui si erano registrati casi di morbo asiatico, dovevano sottoporre a tali procedure lettere e pacchetti privati senza alcuna distinzione. La corrispondenza veniva fumigata dentro e fuori con la polvere di acido minerale e contrassegnata con le parole *netta di fuori e di dentro*. Le lettere del governo, della corte, dei dicasteri erano dispensate dall'apertura, ma non dalla fumigazione e per questo venivano segnate con l'iscrizione *netta di fuori e sporca di dentro*¹⁰⁷.

Queste erano le meticolosissime regole di spurgo, applicate inflessibilmente per il transito di merci e persone. È lecito chiedersi tuttavia, anche alla luce delle correnti concezioni epidemiologiche, quale fosse la loro efficacia. In generale, può affermarsi che con tutta la loro rigidità, la maggior parte di queste misure non servisse a nulla. Va da sé che tutti i tipi di disinfezione delle merci, considerato che il vibrione non si trasmette per contatto, erano del tutto inutili. L' interruzione dei commerci, che aveva provocato la penuria di molti beni, indusse molti commercianti a introdurre furtivamente per sottrarle ai controlli e alla contumacia. Se le quarantene servivano a ben poco alla luce della presenza, all'epoca sconosciuta, dei portatori sani, servivano ancor meno se si considera la capacità dei vibrii colerici (anch'essa naturalmente ignota) di sopravvivere e di resistere a determinate condizioni esterne. Ancora oggi non possiamo definire con certezza quale sia il loro periodo di sopravvivenza nelle materie escrementizie, sugli alimenti, nel suolo e nell'aria. In linea di massima possiamo affermare però, che la vitalità dei vibrii dipende da moltissimi fattori, tra cui il grado di umidità, l'alcalinità e l'acidità, per un periodo che può andare da alcuni giorni a parecchi mesi. Se l'acqua da sempre ha rappresentato il veicolo di diffusione dominante su tutti gli altri, non lo è di meno l'aria, il suolo e gli scambi umani. Per quanto la resistenza all'aria e all'essiccamento sia ancora oggi dibattuta, sappiamo che i vibrii, in determinate condizioni

¹⁰⁷ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a/ 1833-1848, b. 2708, 27 marzo 1831.

atmosferiche, possono resistere fino a 200 giorni nei fili di seta essiccati¹⁰⁸. Non si può pertanto affermare che l'esposizione delle biancherie all'aria fresca fosse un mezzo precauzionale efficace, anzi, possiamo al contrario dire che l'essiccamento è un mezzo di conservazione dei vibrioni. Con tutto il loro rigore, le modalità di spurgo non consentivano dunque di azzerare il rischio del contagio¹⁰⁹. Contribuivano a diffondere il morbo anche le guardie, che spesso corrotte a suon di bustarelle sorvolavano sul controllo di alcuni carichi, che avrebbero invece avuto ragione di essere minuziosamente visionati, come i cenci usati, destinati alle cartiere, che prosperavano soprattutto nella zona di Toscolano Maderno, sul lago di Garda¹¹⁰. Per quanto poi le autorità sanitarie sottoponevano persone e merci a fumigazione e disinfezioni, l'unico effetto ottenuto, in molti casi, era quello di irritare i polmoni e di impregnare i vestiti con un acre odore che dava qualche illusione di pulizia. I vibrioni, invece, viaggiavano sicuri all'interno degli organismi dei portatori sani, pronti a contagiare nuovi luoghi di destinazione.

¹⁰⁸ G. Sanarelli, *Il colera...*, p. 306.

¹⁰⁹ I contagionisti si erano accorti che il contagio poteva passare attraverso le biancherie. Il Vice-console pontificio, Giuseppe Battaglia, spedito a Venezia per studiare l'andamento del colera, affermava acutamente che «*si può sospettare che il contagio stia più nelle biancherie, nelle vesti e nelle altre cose usate dall'ammalato, che nell'ammalato medesimo, avvegnonchè i sacerdoti, i medici, gl'inservienti, i quali tanto sono dappresso agli ammalati si serbano illesi, mentre le lavandaje, e quelli che imprudentemente maneggiano le biancherie de'cholerosi senza le debite cautele, offrono spesse volte funesti esempi di fulminanti attacchi*», cfr. G. Battaglia, *Il cholera morbus non è poi tanto a temersi da tutti come si crede: cenni di un osservatore imparziale sopra la suddetta malattia dominante in Venezia, atti a tranquillare ed a istruire colle prove e coi fatti*, in ASB, atti accademici, b. 196.

¹¹⁰ G. Federigo, *Il contagio del cholera morbus, provato dalla ragione e dai fatti*, Tipografia della Minerva, Padova, 1836, p. 28; vedi l'opuscolo a stampa di R. Rodolfi, *Intorno al cholera*, Tipografia Giuseppe Chiusi, Milano, 1865, cap. III.

1.6 Certificati sanitari

Il personale medico impiegato presso i cordoni sanitari doveva attenersi al regolamento che il Lombardo Veneto emanò con circolare del 23 dicembre 1825¹¹¹, che riconfermò quanto emanato il 16 gennaio 1817¹¹². Tale normativa prevedeva, tra i suoi principali obiettivi, la collaborazione del personale sanitario con le autorità amministrative, per la denuncia e l'individuazione di malattie contagiose che avessero colpito indistintamente uomini o animali¹¹³.

I medici dovevano essere molto cauti nella formulazione delle diagnosi. Venivano, quindi, messi in guardia dal confondere patologie con sintomi analoghi a quelli del colera e invitati a prestare maggiore attenzione a quelle affezioni che, nell'arco di un anno, si fossero mostrate con più frequenza, rispetto agli anni antecedenti. Di fronte ai primi casi della malattia, le autorità vietarono ai medici di diffondere la notizia e intimarono loro di assumere un atteggiamento circospetto per evitare manifestazioni di panico che già si erano verificate in passato¹¹⁴.

Per semplificare il lavoro al personale sanitario, presso i cordoni, cominciarono ad essere stampati e utilizzati certificati di sanità, che dovevano essere rilasciati ai viaggiatori, ai lavoratori stagionali e a tutte quelle persone, che per motivi comprovati, dovevano superare i confini, controllati dalle autorità doganali. Questi documenti prendevano il nome di patenti sanitarie, rilasciate da medici ufficiali, per attestare la buona salute di tutte le persone, provenienti dalle province limitrofe¹¹⁵.

Presto, le patenti, che trovavano un antecedente storico nella peste del 1770, furono diffuse in tutto il Lombardo-Veneto, attraverso la *Gazzetta di Milano* e ad esse

¹¹¹ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. Stampe e decreti, b. 75.

¹¹² Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. Igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

¹¹³ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. Stampe e decreti, b. 75.

¹¹⁴ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. Stampe e decreti, b. 75, Circolare 30/7/1831.

¹¹⁵ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. stampe e decreti, b. 75, circolare 4/8/1831. Il 12 agosto la Commissione centrale di sanità ordinò che tali certificati fossero emessi anche in Lombardia « *collo scopo principale di non prestare il minimo ritardo od impedimento nei liberi movimenti del commercio* » e il loro rilascio era affidato alle autorità locali del paese da cui partivano persone e merci, per cui questi documenti dovevano essere « *anche muniti della firma del medico condotto* » e dei « *suggelli delle autorità firmati* », Notificazione del 12 agosto 1831, firmata dal delegato della Congregazione di Brescia, Mocini, in ASB, rub. XXIV, 1833-1848, b.2708.

veniva aggiunto un ulteriore documento, relativo però alle merci, soprattutto se dirette all'estero. Questi lasciapassare avevano una validità limitata, perché duravano il tempo necessario per arrivare al confine. Il periodo di validità era, perciò, variabile, perché veniva determinato dalla stessa persona incaricata di compilare le patenti sanitarie. I giorni venivano contati a partire dal momento in cui venivano rilasciate le carte e, se il passaporto non veniva vidimato, ogniqualvolta il viaggiatore pernottava, al confine sarebbe stato sottoposto alle prescrizioni entrate in vigore dal 1831 per coloro che provenivano da luoghi sospetti o infetti, e per questo sottoposti a quarantena e isolamento¹¹⁶.

Anche le merci venivano attentamente registrate all'interno del documento sanitario, tanto che, se il viaggiatore dimenticava di convalidare dei bagagli, questi venivano sottoposti a sequestro, perché considerati provenienti da luoghi infetti dal colera. Una volta giunto al confine e mostrato il passaporto alle guardie o ai bastazzi, il viaggiatore doveva recarsi a piedi all'ufficio daziario di confine, per dichiarare incontri o contatti con persone sospette di contagio. Le certificazioni dovevano essere accompagnate dalla firma della Deputazione sanitaria del paese di provenienza, autenticate dal commissario distrettuale, e convalidate per mezzo di sigilli d'ufficio, che a loro volta venivano segnati e firmati dal medico condotto¹¹⁷. Si cercava, attraverso un sistema burocratico complesso, di evitare le falsificazioni, che, come si è visto, erano all'ordine del giorno.

La stessa deputazione poteva rilasciare questi documenti solo se i richiedenti esibivano il passaporto e il recapito di provenienza e origine delle merci. Infatti, se qualche individuo, intenzionato a recarsi all'estero, si metteva in viaggio munito del solo certificato sanitario, ma senza il passaporto, non poteva proseguire il suo cammino. Ciò poteva accadere con una certa frequenza, perché l'intestazione stessa del certificato portava non solo il titolo di certificato, ma anche quella di passaporto, nonostante fossero due documenti distinti. Per ovviare a malintesi, il 12 ottobre del

¹¹⁶ Cfr. *Notizie, memorie ed istruzioni riguardanti il cholera morbus, raccolte dalle opere più accreditate e da' giornali moderni od anche recentemente emanate per cura delle pubbliche autorità estere*, II edizione, Tipografia di Commercio, Venezia, 1831, p. 110.

¹¹⁷ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. Stampe e decreti, b. 75, circolare 13/8/1831.

1831, l'Imperiale Regia Delegazione provinciale comunicò alla Congregazione municipale di Milano che i certificati sanitari potevano essere rilasciati solo alle persone già in possesso del passaporto vidimato e che nell'intestazione di questi documenti doveva essere cancellata la denominazione “passaporto”¹¹⁸.

Questo sistema di certificazioni trovava non solo delle criticità nelle titolazioni, ma anche nella natura corruttibile dei funzionari e nei clandestini, che riuscivano con una certa facilità a sottrarsi ai controlli. Infatti, la città di Milano, qualche giorno dopo l'ordinanza dei certificati, emanò una ulteriore notificazione, diretta al Tribunale supremo di giustizia, nella quale dichiarava che tutte le patenti di sanità e di contumacia erano da considerarsi documenti pubblici a tutti gli effetti e che ogni falsificazione dei medesimi doveva essere punita, perché tale atto veniva considerato come delitto di truffa¹¹⁹. I passaporti, oltre a non essere in grado di arrestare i movimenti dei portatori sani, neppure garantivano la salubrità delle merci, perché l'alta adattabilità del vibrione, come si è visto, in determinate circostanze di umidità ambientale, permetteva ad esso di moltiplicarsi e di sopravvivere per settimane se non mesi, ad esempio, all'interno delle fibre tessili, soprattutto se i tessuti venivano solo arieggiati o sottoposti a fumigazioni, che non avevano alcuna validità antisettica.

Le notizie terribili che arrivavano dalle zone infette contribuirono ad allarmare ulteriormente i governi. Nel settembre del 1831 il Governo sardo, che aveva preteso la sola certificazione di sanità per le merci che dalla Lombardia passavano negli stati del Regno di Sardegna, introdusse una ulteriore restrizione¹²⁰. Veniva richiesta la patente sanitaria anche agli individui che dalle province lombarde avevano intenzione di recarsi in Piemonte¹²¹.

Tutti questi regolamenti, però, furono sospesi non appena i casi di colera in Russia videro una battuta d'arresto. Così, sul finire del 1831, furono eliminate tutte le misure sanitarie fin qui elencate, che vennero riprese solo nell'agosto del 1835,

¹¹⁸ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 75, circolare 12/10/1831.

¹¹⁹ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 75, 18/8/1831.

¹²⁰ Cfr., ASB, sez. Stampe e decreti, b. 75, circolare Settembre 1831.

¹²¹ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 75, circolare 10/10/1831.

quando il colera era ormai già penetrato nei territori del Regno di Sardegna. Solo allora si decise di intervenire in modo massiccio su tutti i movimenti, anche minimi, degli individui provenienti dagli stati sardi. In generale, tutte quelle persone provenienti dal territorio piemontese, che intendevano recarsi in Lombardia, da un paese distante più di 20 miglia italiane dal confine fra i due stati non potevano essere ammesse nelle province del Lombardo-Veneto, se oltre ad essere munite di regolare passaporto sanitario, non provavano, attraverso un formale certificato, di aver soggiornato senza interruzione per almeno 6 giorni in una città o Comune del territorio sardo, riconosciuto come perfettamente immune dal colera e situato in un circondario lontano non più di 10 miglia dal confine con la Lombardia. Per le persone che provavano, invece, di provenire da un paese perfettamente immune dal colera e di essere venute direttamente al confine lombardo senza toccare paesi contaminati, la permanenza nel sopra citato circondario veniva limitata a soli tre giorni.¹²²

Con una circolare del 12 agosto 1835 la Delegazione provinciale comandava ai commissari distrettuali di richiamare in vigore le misure già prescritte nel 1831¹²³. Il possesso del certificato sanitario fu nuovamente reso obbligatorio dal 30 novembre 1835, con l'aggiunta che questo dovesse essere controllato dalla gendarmeria¹²⁴. Quest'ultima doveva assicurarsi che tutti i girovagli, gli operai e gli individui provenienti da altri comuni, lo possedessero. In realtà, qualora un gendarme avesse trovato persone sospette, anche se munite di passaporto sanitario, avrebbe dovuto provvedere alla loro immediata espulsione dal Regno, soprattutto se non fossero state in grado di giustificare la loro presenza in città. Veniva, insomma, impedito il passaggio dei confini cittadini a tutti coloro che erano sprovvisti dei mezzi di sussistenza, perché non solo venivano additati come possibili “untori”, ma se avessero contratto il colera, non nel luogo da cui provenivano, ma nel territorio in cui giungevano, i comuni del Lombardo Veneto avrebbero dovuto farsi carico delle

¹²² Cfr. *Gazzetta di Zara*, Venerdì 11 settembre 1835.

¹²³ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 79, circolare 12/8/1835.

¹²⁴ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 75, circolare 30/11/1835.

spese sanitarie di queste persone. In realtà, una volta sborsato il denaro, le autorità comunali potevano richiedere il rimborso per le spese sostenute dal Comune di appartenenza dei vagabondi, ma l'esperienza delle precedenti epidemie aveva dimostrato come non fosse poi così semplice essere risarciti.

1.7 L'allocazione dei costi e il ruolo delle finanze comunali

Solo nel 1836 le delegazioni provinciali provvidero a fare chiarezza sulle spese che i comuni avrebbero dovuto sostenere. Con una circolare del 26 aprile 1836, l'Aulica cancelleria notificava ai commissari distrettuali, alle deputazioni comunali, ai medici e alle congregazioni comunali del Lombardo Veneto le prescrizioni intorno alla allocazione dei costi per il mantenimento e cura dei miserabili, negli ospedali e a domicilio¹²⁵. Innanzitutto, i poveri vennero dispensati da qualsiasi spesa a loro carico solo se muniti degli attestati parrocchiali di povertà, rilasciati dai rispettivi parroci. Senza questi nessuno poteva essere esentato dai costi del sistema sanitario cittadino. I Comuni avrebbero dovuto sostenere le spese di mantenimento di tutti quegli individui certificati come indigenti, dimoranti sul territorio del Comune, senza interruzione, per almeno dieci anni. In mancanza di un domicilio decennale, le spese sarebbero spettate al Comune di nascita, mentre in assenza di dati sufficienti ad appurare l'effettiva durata della residenza o il luogo di nascita, le spese non sarebbero state a carico di quel Comune, dove il povero dimorava o dove era giunto casualmente, ma a carico di quello in cui aveva dimorato più a lungo. Il denaro riscosso attraverso la sovrimposta del 1817 veniva accumulato e dispensato dallo stesso Governo, che per stabilire in che modo distribuirlo, richiese ai comuni del Lombardo-Veneto di compilare un registro, nel quale inserire i dati relativi ai costi sostenuti, di rassegnare un rapporto generale, nel quale descrivere l'uso fatto del denaro e, infine, di redigere, finita l'epidemia, un

¹²⁵ Il dispaccio governativo, a cui si riferiva la circolare era datato 26/2/1836. ASB, sez. Stampe e decreti, b.79.

conto sommario delle spese. Il Comune, infatti, poteva mettere mano ai fondi governativi previo esaurimento dei propri e di quelli messi a disposizione dalla pubblica beneficenza. Per limitare l'esborso di denaro, le normative sanitarie si fecero sempre più rigide. Si cercò di contenere il numero di ricoverati nelle strutture nosocomiali cittadine con l'emissione di certificazioni, che si aggiungevano ai passaporti e alle patenti sanitarie già in vigore. Nessun malato, infatti, poteva essere trasportato in ospedale se non era munito di fede di povertà e del certificato medico¹²⁶. Quest'ultimo, rilasciato dai medici condotti e dai chirurghi di circondario, doveva essere compilato secondo quanto stabilito da una circolare emanata il 19 ottobre 1832 e riportare i dati anagrafici e lo stato di salute del degente.

Poiché, come detto, le cure ospedaliere dei poveri erano a carico dei Comuni, certificati di questo tipo avevano la funzione di limitare i ricoveri nelle strutture nosocomiali, soprattutto se gli ammalati non risiedevano nel Comune in cui avevano contratto la malattia colerosa o ordinaria che fosse¹²⁷. Se il povero ammalato proveniva da paesi infetti e contraeva malattie diverse dal colera, allora poteva accedere agli ospedali ordinari cittadini, solo esibendo il certificato medico, attestante che non era affetto dal morbo asiatico, ma da altra patologia.

Le cose cambiavano se l'indigente, attaccato da malattie ordinarie, oltre a dimorare in un Comune infetto, apparteneva a una famiglia, nella quale, da non più di quindici giorni, si era trovato qualche caso di colera, oppure, se aveva, entro un tale spazio di tempo, assistito in qualità di infermiere un coleroso. In questi casi, veniva espressamente vietato al medico chirurgo di inviare all'ospedale l'infermo, il quale doveva rimanere sotto la vigilanza delle autorità locali. Il medico doveva redigere la denuncia e inoltrarla alle autorità locali, che avrebbero dovuto prendere provvedimenti sull'ammalato. Se poi le città non avevano un luogo da adibire a casa di soccorso o non avessero ottemperato all'obbligo di allestirne una, allora, non potendo mandare i colerosi presso un altro comune, avrebbero dovuto comunque ricoverarli o nell'abitazione dello stesso o, se questo non era possibile, stipulavano

¹²⁶ Cfr. APSGM, cartella 1, fasc. 1.

¹²⁷ Ibidem.

un contratto con i proprietari delle cascine poste in luogo isolato.

I medici, che per ignoranza attorno alla malattia o per trascuratezza, avessero tratto in errore le autorità, dichiarando infetto di colera un individuo, che non lo era, o al contrario, omettendo di denunciare casi conclamati, venivano sottoposti a severi provvedimenti, o rimossi dall'ufficio, se impiegati e stipendiati dal Comune, con l'accusa di omissione di atti d' ufficio e di infrazione agli ordini emanati dal Governo¹²⁸.

Tra le spese a carico delle casse comunali, comparivano anche quelle relative ai farmaci. Anche questi potevano essere rilasciati in forma gratuita solo agli indigenti con certificato di povertà.

Il Governo di Milano compilò nel giugno 1836 una farmacopea, con l'intenzione di calmierare i prezzi dei medicinali più comuni¹²⁹. Il tariffario fu pubblicato sulla *Gazzetta di Milano*, ad uso esclusivo di farmacisti e medici, alla quale essi dovevano attenersi nel modo più assoluto. In questo elenco di farmaci erano indicate tutte le tariffe dei medicinali utili a contrastare il colera. Gli speciali che si discostavano da tali prezzi venivano accusati di illecito guadagno e venivano puniti con una multa pari a 324 lire austriache e che poteva lievitare del doppio o del triplo nel caso di recidiva¹³⁰. I poveri dovevano presentare allo speciale la ricetta medica, indicante l'esenzione per indigenza, mentre per tutte le altre prescrizioni mediche, il farmacista scriveva tanto il prezzo quanto il nome di chi aveva preparato la medicina, alla quale veniva apposto il proprio sigillo¹³¹. Questo per tutelare il titolare della farmacia, perché, se l'assistente dello speciale avesse applicato volutamente maggiorazioni ai preparati, sarebbe stato lui medesimo a rispondere alle autorità e ad essere sottoposto alla sanzione penale prevista per i trasgressori commerciali. Ogni cittadino era chiamato a denunciare situazioni di questo tipo e veniva invitato, con un premio in denaro, corrispondente alla metà della multa, a

¹²⁸ Cfr. APSGM, cartella 1, fasc. 1, Circolare della Delegazione provinciale di Lodi e Crema, Lodi 10 giugno 1836.

¹²⁹ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 78.

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ Ibidem.

comunicare casi di truffa alle autorità comunali. Anche tra i clienti non mancava chi non saldasse i conti. Ai morosi veniva applicato un tasso di interesse del 4%, imposto al momento del saldo¹³². Grazie alla farmacopea il Governo limitò le speculazioni dei privati, che non solo avrebbero gravato sulle casse dell'Erario e dei Comuni, ma anche sulle finanze degli ospedali e dei cittadini non indigenti.

¹³² Ibidem.

II. Un caso locale: Brescia durante l'epidemia del 1836

2.1 Modificazioni strutturali del sistema sanitario del Regno Lombardo-Veneto e sue ripercussioni sulla gestione dell'emergenza colerica

L'argomento generale di questo capitolo richiede, preliminarmente, una approfondita analisi dei cambiamenti apportati alle istituzioni sanitarie venete e lombarde, prima da parte del dominio napoleonico e poi di quello austriaco. A tale proposito, sarà opportuno fare qualche passo indietro, per meglio comprendere l'evoluzione strutturale delle istituzioni sanitarie lombarde nel passaggio fra Sette e Ottocento. I cambiamenti apportati a sistemi di gestione amministrativa cristallizzati nei secoli contribuiscono infatti, almeno in parte, a spiegare l'aggressività con cui il colera si manifestò nei territori lombardi e in particolare sul suolo bresciano. Fino al 1797, al Magistrato supremo di Sanità veneziano, istituito dalla Serenissima nel 1485, era affidata un'autorità illimitata nella direzione di tutti gli aspetti concernenti la salute pubblica, in tutta l'estensione del suo territorio, sia sui domini marittimi sia su quelli continentali, che comprendevano tutto il territorio veneto e alcune province dell'odierna Lombardia. Questo istituto, rivestito per secoli di amplissimi poteri, deteneva il potere deliberativo ed esecutivo e poteva decretare persino la pena di morte a carico di chi commetteva infrazioni particolarmente gravi. Molto ampi erano pure i fondi messi a sua disposizione dal Senato veneziano, nei limiti naturalmente delle disponibilità del pubblico Erario. Dipendevano da questo organo centrale tutti gli uffici di sanità, posti sia nell'entroterra sia sulla costa e i deputati sanitari, attivi in tutti i comuni del circondario, che prestavano servizio gratuitamente¹³³. Dopo il trattato di Campoformio, nel 1797, quando le province venete passarono sotto la dominazione austriaca, i poteri del Magistrato furono ridimensionati e la sanità continentale fu separata da quella marittima. In effetti, alla figura del Magistrato fu affiancata quella del medico, in qualità

¹³³ Esso agiva indipendentemente dal Senato, dal Doge, dai membri del Consiglio dei Dieci, dagli inquisitori e dal Consiglio Maggiore, disponendo di pieni poteri in ambito sanitario: cfr. G. Federigo, *Il contagio del cholera - morbus, provato dalla ragione e dai fatti*, Tipi della Minerva Editrice, Padova, 1836, p. 30.

di assessore, dotato di un potere di veto sulle proposte emerse in seno al Magistrato. Nel 1806, un altro duro colpo fu inferto all'antichissima legislazione sanitaria veneta. Ricompreso il Veneto nel Regno d'Italia, non solo la sanità continentale e quella marittima, precedentemente separate, furono affidate a due distinti Magistrati, con sede rispettivamente a Milano e a Venezia ed entrambi dipendenti dal Ministro degli Interni austriaco, ma fu creata una terza autorità sanitaria, la Direzione di polizia medica, che non aveva alcuna relazione con i due magistrati e che era composta da tutti i professori impiegati presso la facoltà di medicina dell'università di Padova, Pavia e di Bologna, di due medici, di un chirurgo e di un farmacista¹³⁴. Furono istituite, poi, Commissioni sanitarie in ogni provincia del Regno, incaricate di dirigere la politica sanitaria continentale e marittima, erette Deputazioni comunali di sanità e assunti Deputati, ai quali era attribuito il compito di vigilare sulla sanità marittima. Nel Regno d'Italia la gerarchia sanitaria era quindi così composta: al vertice il Ministro dell'Interno, dal quale dipendevano il Magistrato continentale e marittimo e la Direzione della polizia medica; al secondo posto le Commissioni dipartimentali di sanità, dalle quali dipendevano le Deputazioni comunali e, infine, i Deputati di sanità marittima.

Alla caduta del Regno d'Italia, la sfera di competenza del Magistrato marittimo di Venezia fu ristretta al solo Veneto, mentre per i paesi d'oltremare fu creato il magistrato di Trieste, staccato dall'amministrazione comunale e sottoposto al controllo del Governo centrale. La gestione sanitaria fu concentrata nelle prefetture e nelle municipalità dei comuni. Furono soppresse anche le direzioni di polizia medica, sostituite dalle figure dei protomedici, a Milano e Venezia. Le Commissioni dipartimentali furono trasformate in Commissioni provinciali di sanità e gli uffici sanitari furono sostituiti da prefetture e municipi. La complessità e ramificazione di questo apparato sanitario resero la legislazione sanitaria del tutto priva di forza esecutiva. In linea di massima, sia la soppressione degli uffici sanitari provinciali, rimpiazzati da prefetture e municipi, sia

¹³⁴ Le Direzioni di Polizia medica furono istituite da Napoleone con decreto 7 settembre 1806 e sottoposte alle dipendenze del Ministro dell'Interno. Si sanciva, che la giurisdizione della Direzione medica a Pavia fosse stabilita nei dipartimenti situati alla sinistra del Po; quella di Bologna, nei dipartimenti disposti alla destra del detto fiume e in tutti quelli, definiti ex-veneti di nuova aggregazione, eccetto quello dell'Adige, sottoposti ancora a Pavia. Queste Direzioni accordavano libero esercizio della medicina, della chirurgia, della farmacia e dell'ostetricia e da esse dipendevano le Commissioni dipartimentali di sanità; cfr. *Decreto portante il Regolamento sulla polizia medica*, 5 settembre 1806, sez. I, in Bollettino delle leggi del Regno d'Italia, parte II, dal 1 settembre al 31 dicembre 1806, Reale Stamperia, Milano, pp. 923-925.

l'allontanamento del personale medico competente dal settore naturale di attività, affidato a impiegati inidonei, ebbe come risultato quello di vedere i pochi provvedimenti presi solo a fronte dell'irrompere delle epidemie e quindi troppo tardi. Così, si spiegherebbero le difficoltà delle autorità sanitarie nel saper comunicare in modo chiaro ed esaustivo i provvedimenti sanitari da prendersi. La Commissione aulica, poi, ostinata nel voler centralizzare le poche istituzioni rimaste autonome del Lombardo-Veneto, con il dispaccio 12 aprile 1816, trasferì in via provvisoria la direzione centrale di tutti gli oggetti di sanità marittima dal Magistrato supremo di sanità di Venezia a quello di Trieste¹³⁵. La soppressione di questa carica, ammirata da tutte le nazioni e modello universale delle operazioni sanitarie, che aveva sempre difeso la Serenissima dalle più temibili epidemie, portò a un tracollo del sistema sanitario¹³⁶. In effetti, questa secolare istituzione, a differenza di quanto capitava all'estero, in caso di sviluppi epidemici, non applicava indiscriminatamente le discipline contumaciali (proteggendo in tal modo commercio e navigazioni), pur esercitando un vigilante controllo sulle imbarcazioni sospette. Il motivo per cui ampie zone della penisola italiana e anche dell'Europa continentale riuscirono spesso a preservarsi dalla peste è da rintracciarsi proprio nelle disposizioni emanate circa le navi infette, che toccavano le spiagge e le isole del Golfo veneziano. Mentre tutti i porti europei respingevano le imbarcazioni colpite dalla peste, inducendo l'equipaggio malato a cercare la salvezza clandestinamente altrove o a morire, il Magistrato veneto rintracciava le navi sospette che entravano nel Golfo e le accoglieva nei lazzaretti, dove l'equipaggio poteva ricevere

¹³⁵ La volontà di voler centralizzare il Magistrato di sanità ben si legge nel decreto aulico 12 aprile 1816, in cui il Governo sancisce che «il Magistrato di sanità non è un'autorità, che delibera o risolve, ma semplicemente un'autorità subalterna amministrativa del Governo in oggetti di sanità marittima (non già riguardo a quelli del cordone sanitario terrestre, che dipende immediatamente in questa provincia dai capitanati circolari) la quale ha soltanto da procedere a tenore delle vigenti prescrizioni, e fuori di ciò ha puramente da dare il suo parere e da attendere la discussione e decisione del suo superiore Governo», in *Raccolta delle leggi ed ordinanze dell'anno 1830 per la Dalmazia*, Tipi Antonio Luigi - Battara, Zara, 1831, decreto aulico 12 aprile 1816, art. 9, p. 343.

Per quanto riguarda la subordinazione del Magistrato di Venezia a quello di Trieste, l'ordinanza sopra citata viene ulteriormente riconfermata dal dispaccio 3 aprile dello stesso anno.

¹³⁶ Il medico veneziano Gaspare Federigo ricordava che alcuni storici, tra i quali il Muratori, accennando alle molte operazioni fatte dalla Repubblica veneta, sostenevano come quest'organo istituzionale si fosse sempre distinto per l'acutezza nel prevedere le calamità e per la prontezza impiegata nel risolverle. Alcuni sovrani, specialmente Caterina II di Russia, chiesero spesso consigli al prestigioso Magistrato di sanità veneziano; cfr. G. Federigo, *Il contagio*, cit. p. 30; cfr. L. A. Muratori, *Annali d'Italia ed altre opere varie, dall'anno 1688 all'anno 1749*, Tip. Fratelli Ubicini, Milano, 1838, Vol. V.

le cure appropriate¹³⁷. Così facendo, non solo Venezia salvava vite umane, ma evitava sbarchi clandestini, che sarebbero diventati fonte di continuo contagio. Nonostante il prestigio e l'ammirazione ottenuti da Venezia, in forza della risoluzione sovrana 2 agosto 1824, il provvedimento provvisorio del 12 aprile 1816 divenne definitivo. I motivi di questa misura furono dettati, da un lato, dal timore che il porto franco di Trieste potesse provocare le gelosie della rivale, per cui l'imperatore rimosse l'unico strumento che Venezia avrebbe potuto utilizzare per danneggiare il commercio triestino; dall'altro, Vienna si convinse che dietro i provvedimenti emanati dal Magistrato di sanità si nascondessero ideali politici liberali e sovversivi. Sempre nel 1824, sotto la spinta della pellagra e del vaiolo, che gradualmente si erano estese con spaventosa gravità dal 1816 in tutto il Regno, Vienna cercò di rimediare alla terribile situazione

¹³⁷ Giuseppe De Brodmann nel descrivere dettagliatamente le procedure sanitarie adottate dal Magistrato supremo veneziano non riusciva a spiegarsi il motivo per cui il Governo austriaco avesse deciso di sopprimere questa valida istituzione. A tale proposito costui scriveva che le inveterate discipline del Magistrato in questione, fino all'epoca del suo declassamento, avevano ottenuto «il ben meritato vanto sopra tutte le altre simili istituzioni nell'Europa, ed alle quali servì di modello, come lo provano gli annali della storia imparziale». Il Magistrato usava porre in contumacia le Bocche di Cattaro, insenature simili a fiordi della costa dalmata in Montenegro, che all'epoca appartenevano all'Albania austriaca, Ragusa e l'isola Curzola, oggi appartenente alla Croazia, e spesso anche le terre toccate dal fiume Narenta a qualunque sentore di contagio, proveniente dall'Albania turca. La disposizione di punti strategici di blocco presso questi territori aveva una spiegazione logica. I veneziani, in caso di pericolo, allungavano i percorsi intrapresi da imbarcazioni e navi che dai territori ottomani giungevano in quelli veneziani. Così facendo, coloro i quali avessero contratto la malattia avrebbero manifestato i sintomi prima del loro arrivo nei territori della Serenissima. In effetti, al minimo sintomo di malattia contagiosa presso le Bocche di Cattaro, Ragusa o la Dalmazia meridionale ponevano in contumacia, non solo tutta la terraferma della Dalmazia, con isole annesse, ma anche le isole Quarnerine, che per via della loro posizione, diventavano luogo di passaggio dei contrabbandieri. Quando al Magistrato veneziano subentrò quello triestino, l'Austria decise di non sottoporre più le isole Quarnerine alla contumacia, esponendo così Venezia, Trieste e tutta la costa marittima austriaca al pericolo di contagio; cfr. G. De Brodmann, *Memorie politico-economiche della città e del territorio di Trieste della penisola d'Istria della Dalmazia fu veneta di Ragusa e dell'Albania, ora congiunti all'austriaco impero*, Tipografia di Alvisopoli, Venezia, 1821, pp. 57-58.

Tale pericolo veniva altresì scongiurato dalla pratica del Magistrato veneziano di spedire un guardiano a incontrare i bastimenti sospetti, introducendoli in canali remoti, distanti dalla città fino a dodici o quattordici miglia. Affinché nessuno potesse entrare in tali canali per trafugare la merce o sbarcare dai medesimi bastimenti clandestinamente, Venezia inviava anche galeotti o barche armate in numero proporzionato alla quantità di imbarcazioni che si fossero trovate sottoposte a contumacia nei luoghi prestabiliti. Introdotte le barche nel canale, i cosiddetti fanti, ministri sottoposti al Magistrato supremo, procedevano, facendo montare sul loro caicchio il capitano con i suoi marinai, per scortarli sulla terraferma; cfr. G. M. Gariboldi, *Informazione dell'eccellentissimo magistrato alla sanità di Venezia*, Tipografia Antonelli Editore, Venezia, 1865, pp. 19-21.

La mancanza, inoltre, delle galeotte impiegate dalla Repubblica Veneta ostacolava la previdenza, che aveva sempre contraddistinto Venezia e la manutenzione delle discipline sanitarie. Basti pensare che questi navigli, che avevano un armamento fino a 22 cannoni, solcavano perennemente l'Adriatico e inducevano i potenziali trasgressori a pensarci due volte prima di violare la legge; cfr. G. De Brodmann, *Memorie...*, p. 58.

sanitaria, causata dalla mancanza di autorità subalterne, affidando ai governi di Milano e Venezia estesi poteri per il controllo della sanità continentale e restituendo alle province una certa autonomia decisionale¹³⁸. Con l'introduzione in ogni provincia di un medico di delegazione, la cui figura ricalcava quella del medico provinciale, di un veterinario provinciale e di un medico distrettuale, la salute pubblica migliorò¹³⁹. Tuttavia, quando il colera fece il suo ingresso nei territori del Regno Lombardo – Veneto, l'asservimento del Magistrato di sanità veneziano a quello di Trieste e i tagli effettuati al personale, come vedremo di seguito, nocquero assai al prestigio austriaco in territorio sia lombardo sia veneto. I primi problemi di gestione dell'emergenza sanitaria si riscontrarono a partire dall'estate del 1831, quando il Governo sardo rese noto al Governo di Milano che avrebbe dispiegato un cordone sanitario lungo il confine fra i due stati. Per tutta risposta, la Lombardia fece altrettanto: il Governatore di Milano, il conte di Hartig, ordinò pertanto al comandante delle truppe, Josef Radetzky, di istituire prontamente un cordone a difesa delle province lombarde, posto preferibilmente o lungo l'Adige o lungo il Mincio. La risposta evasiva di Radetzky, che sosteneva di non aver ricevuto alcuna informazione ufficiale da Vienna circa l'emergenza sanitaria, indusse il Governatore, il 16 settembre 1831, a scrivere con risentimento al principe di Metternich. L'idea che si potesse abbandonare deliberatamente l'Italia di fronte al sopraggiungere di una tale sciagura, la paura e il malcontento che ne sarebbero conseguiti, avrebbero reso non solo meno assoggettabili al dominio straniero gli anti-austriaci, ma avrebbero

¹³⁸ La crescita demografica italiana aveva subito una notevole battuta d'arresto a causa dell'ondata epidemica di tifo petecchiale, che tra il 1816 e il 1817, contagiò nella sola Lombardia oltre 38.355 individui con 7.215 morti; cfr. W. Menis, *Saggio di topografia...*, p. 163.

¹³⁹ Nel 1819, quando la Commissione dipartimentale di sanità fu sostituita dalla Delegazione provinciale, incaricata della sorveglianza su tutti gli oggetti di salute pubblica della provincia, fu introdotta anche la figura del medico di delegazione (o medico provinciale). Questo nuovo impiegato doveva svolgere le stesse mansioni dei cosiddetti medici circolari, introdotti nell'Impero nel 1773 e soppressi durante il dominio francese. Le competenze di questo funzionario a livello provinciale ricalcavano, a livello governativo, quelle del protomedico. Egli doveva, quindi, impegnarsi a sradicare le cattive abitudini e le superstizioni popolari, a incentivare una corretta alimentazione e a vigilare sulle condizioni abitative e sulla salubrità dei cimiteri. Da lui dipendeva tutto il personale sanitario, incaricato di ispezionare tutti gli edifici pubblici e i nosocomi cittadini. Inoltre, ogni tre mesi, egli doveva presentare al Delegato provinciale un rapporto dettagliato circa lo stato sanitario della provincia e compilare periodicamente una «topografia medica» di tutti i distretti, appuntandovi informazioni geografiche, meteorologiche, statistiche, demografiche, antropologiche, epidemiologiche e igienico-sanitarie; cfr. P. Zocchi, *Il Comune e la salute. Amministrazione municipale e igiene pubblica a Milano (1814-1859)*, Franco Angeli, Milano, 2008, pp. 47-48. La stesura di queste topografie redatte dai medici ottocenteschi è testimonianza di una partecipazione attenta alla ricerca dei fattori ambientali, che secondo la medicina del XIX predisponavano l'individuo all'insorgenza di determinate patologie. Aspetto questo tipico anche delle società in larga prevalenza agrarie; cfr. P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Il Mulino, Bologna, 1986, p. 58.

indotto anche le persone più devote a Vienna a convincersi che nulla si era fatto per impedire una tale calamità. Nonostante la presenza di controlli lungo i confini, notava Hartig con un certo allarmismo, vi erano frequenti inadempienze. Ogni giorno, velocipedi e carrozze postali, provenienti da Vienna, varcavano con tranquillità le stazioni di contumacia, senza alcuna precauzione, nonostante lettere e viaggiatori comprovassero la presenza del colera nei territori dell'Impero¹⁴⁰. A compromettere ancor più la situazione si aggiunsero gli incerti giudizi dei medici, che resero dubbiosi gli stessi Governi e le difficoltà di comunicazione tra le province venete e le lombarde. Complice di ciò fu la riforma sanitaria del 1817. In effetti, l'allontanamento del personale medico dal proprio campo di competenza portò all'eclissi della medicina preventiva. I pochi medici che avevano portato a termine il percorso di studi previsto per l'abilitazione alla professione erano zittiti da coloro che esercitavano la professione abusivamente, di gran lunga più numerosi dei primi, che spesso erano costretti a dedicarsi ad altro o a emigrare altrove. Flebotomi e chirurghi, spesso privi di competenze mediche, colmarono il vuoto lasciato dai medici, diventando più un pericolo che un aiuto per la sanità pubblica. Si generò una tale confusione e mescolanza generale di ogni ambito dell'arte medica, che chirurghi, mammane, farmacisti, parroci esercitavano la medicina, mentre mestieranti senza qualifiche accademiche si

¹⁴⁰ Riporto di seguito parte della lettera inviata da Hartig al principe di Metternich, datata 16 settembre 1831. «Vu la peur exorbitante (?) qu'on a en Italie du Colera - Morbus je doute très fort que cette réponse contentera le Gouvernement Sarde, et cela d'autant mois que ce Gouvernement suppose *déjà un cordon établi aux Alpes Retiennes* mais qui en effet n'existe pas. Je ne puis Vous taire, Mon Prince, que la non existence de ce cordon supposé par le Gouvernement Sarde ne nous menace non seulement de mesures sanitaires très rigoureuses de la part de ce Gouvernement, mais que le public d'ici est aussi de très mauvaise humeur de voir que depuis le moment, où le Choléra a franchi le Cordon sanitaire établi aux frontières de l' Hongrie on n'a pris aucune mesure générale pour préserver les Provinces d'Italie de la contagion- oui j'ose dire que l'esprit publique empire journellement d'une manière bien allarmante lorsqu'on voit arriver les vélocifères et les malles de poste de Vienne sans aucune précaution, tandis que nombre de lettres et des voyageurs venant de là déclarent franchement que le Choléra s'y trouve. J'ai déjà représenté la nécessité urgente de l'établissement d'un second cordon militaire sur la ligne des Alpes tant à M.r. le Comte de Gyulay, qu'à M.r. le Comte de Mitrowsky et je ne puis que supplier V.A. d'appuyer aussi de sa part cette mesure qui serait de toute urgence tant par des vues politiques, car jamais l'aversion des Italiens contre nous autres ne s'est prononcée plus hautement qu'en cette époque; où mêmes les personnes qui ont toujours montré du dévouement pour notre Gouvernement se recrient de ce que l'on ne faisait rien pour empêcher la contagion de pénétrer en Italie. «*Ora che Vienna è colpita dal morbo, possiamo crepare anche noi altri cani*». Voilà un discours que l'on entend publiquement. Le grand appareil des mesures dan les autres Etats de la Péninsule donne lieu à des comparaisons, qui ne nous sont pas favorables de tout dans l'opinion publique. Si donc l'on ne veut déclarer franchement, que l'on ne croit plus à la contagion du Choléra (se qui serait en contradiction avec l'idée que l'on en a généralement ici) il est indispensable d'établir un nouveau cordon au plus vite possible pour éviter le reproche qu'on abandonne sciemment l'Italie aux dangers de la contagion»; cfr. in A. Sandonà, *Il Lombardo-Veneto, 1814-1859. La Costituzione l'amministrazione*, Editrice L.P Cogliati, Milano, 1912, p. 194.

improvvisavano farmacisti ¹⁴¹ . Tutte queste figure professionali praticavano arbitrariamente, senza discipline, senza principi e senza alcuna subordinazione all'autorità pubblica, la quale ignorava quanto le competeva nella sfera sanitaria¹⁴². Così, il ridimensionamento delle pratiche contumaciali, a ridosso dello sviluppo del colera e la promiscuità tra medici abilitati alla professione e ciarlatani non permise, sin dai primi sviluppi della malattia una corretta profilassi a salvaguardia della popolazione del Regno. Oltre a ciò, la limitazione della forza esecutiva del Magistrato di sanità e del medico municipale, ridotti a meri funzionari governativi, corrisposero da un lato all'attuazione di un regolamento anacronistico contro le malattie contagiose in generale, nonostante il dibattito tra contagionisti e anticontagionisti non si fosse esaurito e dall'altro alla tardiva attivazione di frastagliati cordoni lungo i confini, la cui discontinuità rendeva inutile e svantaggioso il loro impiego.

2.2 Provvedimenti assunti nella città di Brescia per contrastare il colera tra il 1831 e il 1836.

Le ripercussioni di quanto, come si è visto, si era operato nel settore sanitario si presentarono in tutta la loro forza a partire dal 1831, quando cioè le Congregazioni cittadine avrebbero dovuto cominciare ad applicare i provvedimenti sanitari presi dal

¹⁴¹ L'abuso dello smercio di medicinali da parte di persone che non erano abilitate a farlo era così esteso e sfacciato da richiedere energici provvedimenti da parte del Governo austriaco, che comunque non riusciva a limitare il fenomeno. Si può immaginare quali fossero i tristi effetti prodotti dai falsi medicinali in quelli, che venivano adescati dal prezzo favorevole e ne facevano uso. Il problema persisteva soprattutto nel contado, dove l'abuso era fomentato dalle stesse autorità che avrebbero dovuto decretarne la fine. La Deputazione amministrativa, in effetti, paralizzava l'impiego del medico locale con contratti di breve durata, che non consentivano allo stesso di avere il tempo necessario per smantellare il commercio abusivo. Gli stessi farmacisti tenevano attivo tale abuso, vendendo all'ingrosso ai bottegai polveri e sciroppi di ogni sorta; cfr. A. Tassani, *Guida medico-legale basata sulle vigenti leggi penali ad uso del personale sanitario e giudiziario del Lombardo-Veneto*, Tipi di Carlo Franchi, Como, 1859, p. 243.

¹⁴² La pratica diffusa di esercitare abusivamente la professione medica viene peraltro testimoniata dalle numerose circolari emanate al fine di punire una tale consuetudine. Riporto di seguito parte della circolare governativa, 30 marzo 1836, in cui l'Aulica cancelleria unita con il Dispaccio 26 febbraio dello stesso anno comunicò al Governo la necessità di condannare «i medicastri, i ciarlatani e simili individui privi di ogni legittima istruzione nell'arte medica». Questi praticanti abusivi, qualora avessero compromesso per loro ignoranza la vita e la salute degli ammalati avrebbero dovuto essere puniti ai sensi dell'art. 89 del Codice penale; in G. F. Zini, *Giurisprudenza teorico-pratica secondo la legislazione austriaca, o sia collezione di decisioni, sentenze e decreti in materia civile, commerciale, criminale e di diritto pubblico*, Compilatore ed Editore, Milano, 1843, Vol. XXVI, pt. III, p.32.

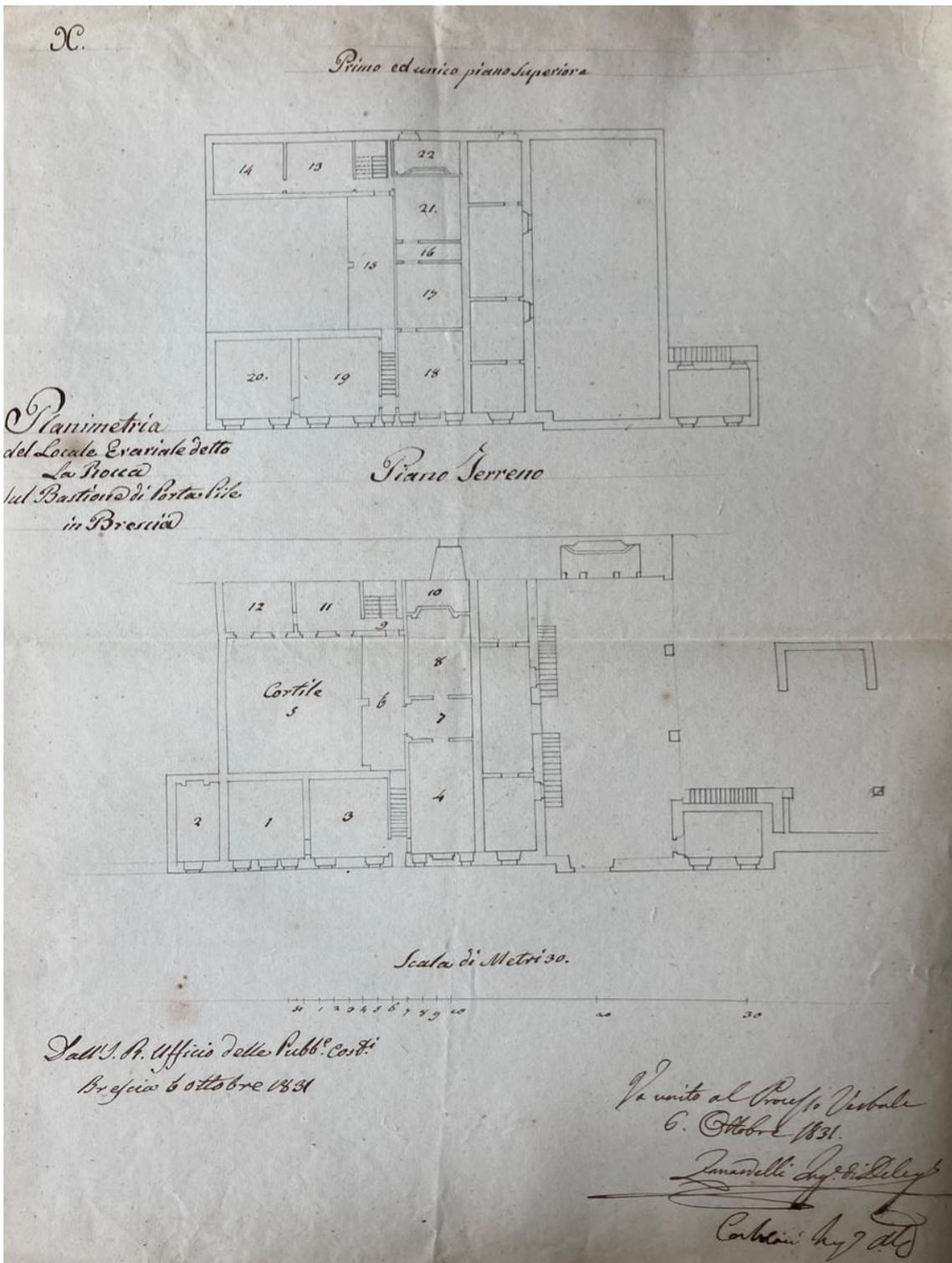
Governo centrale. Poco dopo l'interessamento manifestato da Hartig rispetto ai mezzi preventivi da utilizzarsi per la Lombardia, nel caso specifico di Brescia, la Delegazione provinciale cominciò dall'inizio del mese di ottobre del 1831 a cercare, con una certa insistenza, l'attenzione della Congregazione municipale. In effetti, dopo l'emanazione dei regolamenti sanitari, la Congregazione cittadina si adoperò sin da subito affinché la Commissione locale di sanità individuasse il luogo nel quale stabilire il locale di contumacia e il lazzaretto¹⁴³. La Commissione si mostrò sin da subito indecisa su quali locali destinare ad uso di ospedale¹⁴⁴. Con lettera datata 6 ottobre 1831, il Comune comunicava di aver individuato nel locale demaniale detto “La Rocca”, sul bastione di Porta Pile, compreso nel circondario di S. Faustino, il sito più adatto a tale scopo¹⁴⁵. L'edificio, rispetto ai locali del Ballo di corda, di quelli posti in zona fiera e dell'ex lazzaretto di S. Bartolomeo, precedentemente individuati, si presentava come il posto ideale per porre in isolamento tutti quegli individui che fossero penetrati attraverso il cordone che divideva il Lombardo-Veneto dagli stati confinanti. Fu ingiunto all'ingegnere d'ufficio, Pietro Corbolani, di procedere con la consegna del detto sito alla Congregazione medesima, che a sua volta veniva invitata a procedere con l'allestimento e la sistemazione degli spazi, perché potessero risultare pronti all'uso¹⁴⁶.

¹⁴³ La Congregazione provinciale richiese di preferire, nella designazione degli asili di ricovero, luoghi ben ventilati e distanti il più possibile dall'aggregato urbano; Circolare 29 settembre 1831, in ASB, Comune di Brescia, sez. epidemie coleriche, 1833-1848, rub. XXIV, 6/2A, b. 2708.

¹⁴⁴ La Ragioneria municipale per l'occasione redasse il 30 settembre 1831 una tabella contenente il prospetto di tutte le case e locali della città di ragione del Comune; cfr. ASB, rub. XXIV, 6/2A, 1833-1848, b. 2708.

¹⁴⁵ Secondo l'ingegnere Pietro Corbolani i locali in fiera, affittati a un certo signor Marinoni erano di dimensioni troppo piccole, per essere ridotti ad uso di ospedale, il locale del Ballo di Corda non era che un angusto edificio, tanto diroccato da richiedere lunghissimi tempi e una spesa eccessiva per la sua sistemazione. Infine, il lazzaretto di S. Bartolomeo presentava delle stanze tanto umide e diroccate da farle sembrare, a detta dell'ingegnere, dei sepolcri, che avrebbero avuto una capacità ridotta per l'accoglienza dei malati; dichiarazioni dell'ingegnere d'ufficio in risposta della lettera della Delegazione provinciale del 27 settembre 1831, in ASB, Comune di Brescia, epidemie coleriche 1833-1848, rub. XXIV, 6/2A, b. 2708.

¹⁴⁶ Lettera datata 6/10/1831 ASB, Comune di Brescia, epidemie coleriche, 1833-1848, rub. XXIV, 6/2A, b., 2708



Planimetria 1. Fonte: ASB, Comune di Brescia, sez. epidemie, epidemie coleriche, 1833-1848, rub. XXIV, 6/2A, b. 2708.

Come si può vedere dalla Planimetria 1, la parte dell'edificio destinato a casa di contumacia era distribuita su due piani. Il piano terreno era costituito da un piccolo accesso, che immetteva in un ampio cortile, delimitato a est da un portico, da una piccola cucina situata sulla sua sinistra, da cinque stanze, da uno stanzino angusto, accessibile dal sottoscala e da un disimpegno. Due erano le scale che conducevano al piano superiore: una di pietra, accessibile dall'atrio e una in legno, posta sul lato Nord dell'edificio. Su tutto il secondo livello, otto stanze erano distribuite attorno alla corte centrale, che specularmente seguivano la distribuzione del piano sottostante, mentre al portico del piano terra corrispondeva una piccola loggia, aggettante sul cortile. L'edificio demaniale fu chiuso il 7 ottobre 1831, per volere dell'ingegnere d'ufficio, di quello di Delegazione e del medico provinciale, Wilhelm Menis, in attesa che la Congregazione decidesse quali locali della Rocca potessero essere consegnati al Comune di Brescia, a motivo che alcuni risultavano occupati dagli individui impiegati presso la cessata Commissione civile di commercio e dalle loro famiglie¹⁴⁷. Certo, il recupero dell'edificio non era cosa da poco, così come il costo delle suppellettili da acquistare¹⁴⁸. Lo stato deplorabile in cui questo versava aveva portato il Podestà di

¹⁴⁷ Le informazioni relative alla descrizione dei locali da destinarsi a casa di contumacia sono state estrapolate dal verbale datato 7 ottobre 1831, firmato dall'ingegnere d'ufficio Pietro Corbolani e dall'ingegnere di Delegazione Giovanni Zanardelli. Non tutto l'edificio della Rocca fu consegnato al Comune di Brescia, bensì solo una parte. Questo perché a livello strutturale l'edificio si presentava diroccato e solo le stanze meno malconce furono prese in considerazione, nonostante quasi tutte fossero in condizioni molto precarie; cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. epidemie, epidemie coleriche, 1833-1848, rub. XXIV, 6/2A, b. 2708.

¹⁴⁸ Per meglio comprendere le difficoltà riscontrate dai tecnici nella sistemazione dell'immobile e per aiutare la lettura dell'immagine della planimetria 1, sopra allegata, riporto parte della relazione tecnica, descrittiva dello stato dei luoghi dell'edificio, indicati sotto forma di numeri, necessaria alla stima dei costi di risanamento degli stessi: « [...] 1. Stanza che serve da atrio dalla quale si accede alla piazzetta esterna; la porta è a due ante buone munita da serratura con chiave e saliscendi, sopra la porta vi è una inferriata semi circolare con vetri rotondi, il pavimento è logoratissimo, annerite e male stabilite sono le pareti, il soffitto è mediocre, lateralmente alla porta d'ingresso vi sono due finestre con feriate [*sic*] munite da vetrate logore; 2. A sinistra del suddetto n.1 vi è una piccola cucina con pavimento e pareti come sopra, il cammino è di cotto, la travatura del soffitto è coperta da assi per di sotto in parte nuova finestrella verso la piazzetta con ferrata vetrata deperita; l'imposta dell'uscio d'accesso in totale deperimento; 3. A dritta del n.1 una apertura mediante la quale si accede al n.3, essa trovasi munita da uscio ad un'anta logora con serratura e chiave, il pavimento, il soffitto e le pareti sono buoni, nella parete verso la piazzetta vi sono due finestre con inferiate [*sic*] munite di vetrate rotonde e d'ante oscure interne logore; un uscio ad una sola anta logora dà accesso alla scaletta a mattina di detta stanza n.3. Essa scaletta che mette al piano superiore è di pietra con gradini in parte spezzati. Comunicasi alla medesima anche dalla piazzetta esterna, mediante porta munita da catenaccio, serratura e chiave, saliscendi e rampone interno, sopra la porta vi è un'inferriata semicircolare. 4. Stanza a mattina della scaletta suddetta, uscio mediocre e munito da serratura, chiave, pavimento e soffitto mediocre, pareti bene conservate, cammino di cotto, due finestrelle con feriate e vetrate rotonde logore, uscio a tramontana logoro in due ante con

Brescia a richiedere all'ingegnere d'ufficio la specifica della spesa per l'adattamento e le riparazioni dei locali, da presentare alla Delegazione, affinché, venisse determinato se al pagamento di 154.60 lire dovesse supplire nell'immediato la cassa comunale, anticipando i soldi e se questi sarebbero poi stati rimborsati dal Governo di Milano¹⁴⁹. In effetti, il 16 ottobre 1831 la Congregazione comunale veniva autorizzata a disporre di un fondo straordinario di 200.000 lire, messo a disposizione per tutte le spese che si fossero rese indispensabili per le misure sanitarie emanate da Vienna e per fornire i mezzi di sussistenza ai bisognosi, domiciliati in città, attraverso lavori di risanamento pubblico¹⁵⁰. Per le opere da compiersi, la Congregazione provinciale rimetteva la scelta

solo catenaccio interno. Altro uscio di comunicazione col locale a mattina, che ora non fa parte della consegna, il quale uscio dovrà quindi assicurarsi in modo che rimanga costantemente chiuso; 5. Dal suddetto n.1 mediante uscio logorissimo munito internamente di catenacci si accede a questo cortile n.5 ed indi al portico n.6; 6. Portico con pavimento logoro, pareti e soffitti in mediocre essere; 7. andito accessibile dal detto portico mediante apertura ad arcata senza serramento. La porta che serve per accedere dal detto andito ai locali terreni del lato di mattina è fornita d'imposta a due ante e con solo catenaccio, dovrà munirsi anche di un rastello assicurato stabilmente per separarla dai detti locali a mattina e perché il rastello medesimo da farsi con finestrelle apribile possa giovare per l'uso al quale vengono destinati i locali a sera cui si riferisce la presente consegna. 8. Dal detto andito mediante uscio logoro a due ante con catenaccio, ferriata si accede al n.8; il pavimento è logoro, le pareti ed il soffitto sono in istato mediocre; cammino di pietra, due finestre logore, vetrate una delle quali munita di ferriate, ante oscure interne logore; 9. Scala di legno deperitissima che serve d'accesso al piano superiore; 10. Dal sottoscala si entra in uno stanzino con porta logorissima e serratura e chiave, pavimento logoro, soffitto e pareti mediocri, finestrella con vetrate deperite e ferriate; 11. Stanza semiaperta nel lato di mezzodì senza pavimento, debolissimo il soffitto, pareti rustiche, uscio senza serratura; 12. Altra stanza senza pavimento con soffitto debole, pareti rustiche, porta all'ingresso logora con serratura, catenaccio e chiave, due finestre, una con poche vetrate e l'altra con ante oscure intorno quasi inservibili. Piano superiore. 13.14. Camerette a sera della scala di legno con pavimento logoro, pareti mediocri, debolissimo soffitto, due usci logori, uno solo munito di catenaccio, due finestre con vetrate logorissime; 15. Loggetta con pavimento logoro, pareti e soffitto mediocri; 16. Corritojo con pavimento logoro, soffitto e pareti come sopra; 17. 18. Stanza a dritta del detto corritojo. Due usci logori con catenacci, serrature e chiavi, pavimenti e soffitti mediocri, tre finestre, una con vetrate rotonde ed ante oscure interne deperite e le altre con telai e lastroni buoni, ante oscure esterne logore, un cammino di cotto con foglia di pietra, un armadio e un ripostiglio con uscio logoro; 19. 20 due stanze che hanno accesso dalla loggetta suddetta, ed anco dalla scaletta di pietra, sopra descritta, gli usci di comunicazione sono logori, uno è munito di serratura e chiave e l'altro di solo catenaccio, i pavimenti, le pareti ed il soffitto sono mediocri. le quattro finestre sono munite da vetrate ed ante oscure esterne logore; 21. 22. Stanza e stanzino accessibili dalla parte del corritojo n. 16 e dalla scaletta di legno n.9, che sono le ultime del locale che si consegna, tre usci logorissimi con serratura e chiavi, due finestre con vetrate, ed ante oscure logore, pavimenti, soffitti e pareti mediocri», processo verbale del 7 ottobre 1831, in ASB, Comune di Brescia, sez. epidemie coleriche..., b. 2708.

¹⁴⁹ Lettera 18 ottobre 1831, mandata dal Podestà alla Delegazione provinciale; cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. epidemie coleriche, 1833-1848, 6/2A, b.2708

¹⁵⁰ Con risoluzione del 4 novembre 1831, il Governo determinò, che Milano e Brescia avrebbero dovuto concorrere alla formazione di un fondo generale, per supplire alle spese causate dal colera. Per Milano, la Cancelleria aulica autorizzò un prestito di 500 mila lire, per Brescia di 200 mila, da prelevarsi dalla quota contributiva, sul dato di un centesimo sopra ogni scudo d'estimo. Le Congregazioni municipali di Brescia e di Milano avrebbero dovuto sollecitare il pagamento dell'imposta diretta, da versare nella cassa provinciale entro maggio 1832. Il 22 maggio 1832, il ragioniere Zini, a capo della Computisteria comunale di Brescia, informava il Governo che l'estimo di tutto il caseggiato della regia Città ammontava

alla stessa Congregazione municipale¹⁵¹. Risulta poco chiaro il motivo per cui, in data successiva al 18 ottobre 1831, la Congregazione municipale di Brescia desistesse dall'emettere un conto unico dimostrante sia le spese occorse sia quelle presuntive per la sistemazione dei locali, come nel caso della Rocca e delle zone cittadine più bisognose, come dimostra il susseguirsi di lettere che il Delegato provinciale mandava puntualmente alla Congregazione bresciana. In generale, il rinvio dell'emissione dei conti non caratterizzò solo la realtà bresciana, come dimostra la circolare firmata dal Delegato provinciale, De-Pagave, datata 31 ottobre 1831, che riferendosi ai regolamenti sanitari emanati a suo tempo per contrastare la peste, ordinava a tutte le città lombarde lo scioglimento delle commissioni locali, create per il colera, perché fossero sostituite dalle autorità ordinarie. I nuovi commissari, subentrando a quelli locali, venivano incaricati di ritirare tutti gli atti, compresi i consuntivi di spesa, e di consegnarli alle autorità, subentrate alle commissioni¹⁵². Tale disposizione non servì a eliminare il problema della lentezza esecutiva dei provvedimenti, spiegabile peraltro con la mancanza di una precisa linea politica da seguire, evidente dalla continua emissione di circolari, spesso tra loro contraddittorie, che non facevano altro che produrre confusione e ritardi. A Brescia, solo il 24 aprile del 1832, dopo vari sopralluoghi e verifiche, la Congregazione municipale decise quali opere eseguire al fine di migliorare la salubrità dell'ambiente cittadino, tralasciando la riqualificazione degli ambienti di quella che sarebbe dovuta diventare la casa di contumacia. Dal documento redatto dalla commissione di sanità, dopo tre giorni consecutivi di visite in tutta la città e nelle case dei poveri, per conoscere più da vicino quali fossero i problemi più urgenti, emergeva l'esigenza, non tanto di eseguire lavori di sanificazione degli ambienti, quanto la necessità di rifare le strade circondariali, di aprire nuove porte cittadine e di appianare gli spalti, nella convinzione che l'arrivo del colera potesse essere scongiurato

a un totale di 769.485 lire, che convertite in lire austriache equivalevano a 7694,85. Il Consiglio civico autorizzava la Congregazione municipale a disporre, in caso di necessità, del fondo suppletivo prodotto dalla vendita di proprietà e da capitali. Per questo motivo il 25 maggio 1832 il ragioniere comunale Zini scrisse alla Presidenza del Monte Nuovo dei pegni di restituire 78 mila lire, a fronte delle 12 mila depositate nel 1831 allo scopo di ottenere un margine di interesse; in ASB, Comune di Brescia, b.2708.

¹⁵¹ Cfr. ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

¹⁵² Circolare n. 26295 emessa dall'imperiale regia Delegazione provinciale e destinata ai commissari distrettuali, datata 31 ottobre 1831, in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

dall'eliminazione delle tortuosità della viabilità interna cittadina¹⁵³. In effetti, la Delegazione provinciale non si dimostrò soddisfatta del documento trasmesso dall'ingegner Corbolani e così, il 3 marzo del 1832, fu costretta a sollecitare nuovamente la Congregazione municipale, perché portasse a termine la relazione su quanto la città aveva fatto in materia di pubblica salute, con annesse le spese occorse e pretendendo una risposta categorica ed esaustiva entro lo stesso mese¹⁵⁴. Sempre il 24 aprile 1832, la Congregazione provinciale, dopo diverse considerazioni, concordò con l'erogazione delle 200 mila lire assegnate al Consiglio comunale di Brescia¹⁵⁵. Tuttavia, ancora nel luglio del 1832, il Podestà, avendo ricevuto l'ennesima lettera di sollecito dalla Delegazione, per la comunicazione sul ragguaglio dell'andamento dei lavori, scriveva che non era possibile per la città realizzare una stima definitiva dei costi, non potendosi prevedere quali potessero essere i principali bisogni della classe povera, domiciliata entro le mura. La città dichiarava così, che si sarebbe scelto il modo di impiegare il fondo delle 200.000 lire a seconda delle necessità che sarebbero sorte con l'arrivo del colera. Risultava difficile stabilire se impiegare il fondo nel mandare ad esecuzione i lavori, confermati con il rapporto del 24 aprile, se destinarlo all'acquisto delle derrate alimentari necessarie alla sussistenza dei bisognosi o se impiegarlo nel mantenimento dei malati in ospedale e nei sequestri dei colerosi presso le loro famiglie. Certo era che alla città non sarebbero bastati questi soldi e che sarebbe sorta la necessità di riceverne altri.

A fronte di questa situazione incerta, il Podestà fu costretto a dichiarare che, nonostante il Comune si fosse già prodigato per la formazione del fondo sociale, proveniente dalla sovrimposta sopra ogni scudo d'estimo, la Congregazione municipale, non trovando i mezzi per l'attivazione dell'approvato fondo, sperava che il bisogno di impiegarlo fosse il più lontano possibile e che, nel caso fosse giunto il tempo di attingere ad esso,

¹⁵³ Riporto solo parti significative della ripartizione delle spese, per meglio comprendere quanto sopra affermato. Il documento redatto dalla Congregazione cittadina esordisce con la necessità di ridurre e di appianare la sommità dello spalto interno, che dalla contrada di Strada Larga giungeva sino alla Porta di S. Alessandro, a Sud della città, portandolo al livello della porzione già ridotta fino a Porta S. Nazaro; emergono di seguito le necessità di riparazione delle strade di circuito interne soprattutto della porzione Sud Est della città, la copertura in pietra di Sarnico di piazza della Loggia e la costruzione di due nuove porte, quella di S. Alessandro e quella di S. Nazaro, in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

¹⁵⁴ Lettera 3 marzo 1832, inoltrata dalla Delegazione provinciale a quella municipale di Brescia, in ASB, b. 2708.

¹⁵⁵ Lettera 24 aprile 1832, con cui la Congregazione provinciale approva le stime dei lavori stimati in data 22 febbraio 1832 dall'ingegnere d'ufficio Luigi Corbolani, in ASB, b. 2708.

avrebbe trovato un altro modo per accumulare il denaro occorrente. Veniva così ipotizzato il suo recupero o mediante la vendita di cartelle di rendita perpetua sul Monte dello Stato o attraverso la costituzione di mutui ad interesse¹⁵⁶. Le dichiarazioni del Podestà nuovamente non piacquero al Governo, che nei successivi mesi continuò a sollecitare la consegna di una rassegna da parte del Comune di quadri sinottici, dimostranti le spese occorse fino al 31 gennaio 1832, in adempimento alla circolare 5 agosto 1831 e di proseguire, per tutto il 1832, con la compilazione dettagliata dei provvedimenti assunti per ogni trimestre da parte dei Commissari distrettuali da inviare alla Delegazione provinciale, specificando nelle voci anche tutti gli oggetti che si fossero riconosciuti come nocivi alla salute pubblica e quali fossero stati i provvedimenti attuati per la loro eliminazione. Inutile dire che i solleciti del Governo rimasero inascoltati. I quadri sinottici che la Delegazione produsse non furono mai compilati. Il Governo, il 10 settembre 1833, fu costretto così a diffidare la Congregazione municipale di Brescia, che non era ancora stata in grado di produrre un ragguglio dettagliato su quanto si era operato nella città in materia di salute pubblica.

¹⁵⁶ A differenza degli altri domini, dipendenti dalla corona austriaca, il Regno Lombardo Veneto, vantava un proprio istituto di credito pubblico: il Monte Lombardo Veneto. Questo istituto derivava dalla trasformazione dell'antico Monte Napoleone, resa necessaria dai patti stipulati nel 1815, a causa della spartizione del Regno d'Italia tra diverse potenze. Ciascuna parte del nuovo regno fu costretta ad addossarsi, col rispettivo territorio, quella parte di debito, che proporzionalmente spettava a ciascuna frazione. Da ciò derivò che l'Austria, avendo la parte più cospicua di territorio avesse anche la parte preponderante del debito. Scopo e funzioni del Monte Lombardo Veneto consistevano, a norma della patente 24 maggio 1822, nell'esatto adempimento degli obblighi incontrati verso i creditori e nell'assicurare il progressivo riscatto dell'ammortamento dello stesso. Per il progressivo acquisto e ammortamento del debito fu creato un fondo speciale, formato da beni e rendite di varia natura e dai frutti portati dalle cartelle acquistate dallo stesso. Per quanto riguarda le cartelle, nel giro di pochi anni si combinarono diverse modalità di gestione delle medesime. Questo perché, precedentemente al dominio austriaco, il Governo italico, man mano che una partita veniva liquidata, rilasciava al creditore tante cartelle, che davano una rendita commisurata in ragione di 5 lire annuali per ogni 100 lire di capitale per l'altra metà del credito una carta, detta di rescrizione. Il Governo austriaco, che vedeva degli svantaggi in questo tipo di gestione, in forza della patente 27 agosto 1820, forniva al creditore una cartella sul Monte, attraverso la quale percepiva una rendita annua di 5 lire ogni 100 di capitale dovutegli. Successivamente, con un'altra risoluzione del 14 novembre 1829 fu disposto che i crediti, derivanti dalle liquidazioni dei debiti arretrati della precedente amministrazione italiana, dovessero essere soddisfatti in contanti, eliminando parte degli interessi dei creditori, per impedire l'aumento del debito esistente. Con una risoluzione contemporanea fu ordinato anche che la parziale affrancazione delle obbligazioni del debito dello Stato e delle cartelle di rendita del Monte Lombardo Veneto, fruttanti più del 4%, venissero trasformate in carte di credito fruttanti come prima il 4%, così che per 100 fiorini di obbligazioni statali o cartelle al 5% potessero i creditori ottenere 104 fiorini di carte di credito al 4%; cfr. L. Po, F. Bellone, *Giornale per le scienze politico-legali, teorico pratico*, Tipografo Giuseppe Redaelli, Milano, 1852, pp. 62-69. Si veda anche per una descrizione ancor più dettagliata, G. Sandonà, *Il Lombardo-Veneto*, pp. 292-311. Per quanto riguarda la dichiarazione della Congregazione municipale, rispetto alle cartelle da riscattarsi, cfr. Lettera firmata dal Podestà e datata 10 luglio 1832, in risposta alla lettera del 4 luglio 1832, inviata dalla Delegazione provinciale; in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

La mancata individuazione di un locale da destinarsi a ricovero per i colerosi e di uno da adibirsi a casa di contumacia, che fossero il più possibile lontani dall'agglomerato urbano, l'inadempienza nella costituzione di un fondo straordinario e di un preventivo di spesa destarono non poche preoccupazioni tra gli abitanti e nello stesso Governo¹⁵⁷. Ancora nel 1833 il Governo lamentava che la città di Brescia non si fosse prodigata a sufficienza per scongiurare il pericolo di una malattia che si faceva sempre più vicina. Perfino le prescrizioni di pulizia interna, tanto raccomandate dalle circolari, non furono mantenute in vigore ed osservate con l'esattezza e la diligenza suggerite dalla situazione. Il trasporto delle materie escrementizie fuori dalle mura cittadine, la pulizia delle strade e dei cortili, lo spurgo delle latrine risultarono tutti provvedimenti inattuati. In una lettera del 19 giugno 1833, la Delegazione provinciale lamentava la scarsa pulizia di strade, botteghe e vicoli. Nella maggior parte dei cortili si potevano ancora scorgere ammassi di immondizie, mentre sugli spalti facevano capolino gli ammassi di letame¹⁵⁸. Queste circostanze non potevano che destare inquietudine, vista l'apparente apatia del Comune di fronte ad una minaccia di tali proporzioni¹⁵⁹.

¹⁵⁷ Parte del preventivo delle spese occorse alla città, titolo del colera nel 1831, fu inviata dall'ingegnere Zini al Delegato provinciale solo il 14 novembre 1833, da cui si evince che ammontassero a lire 250.10; in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

¹⁵⁸ Dalla visita sanitaria eseguita il 19 agosto 1831 da parte del medico provinciale Menis emergeva che «la commissione ebbe la dispiacenza di vedere affastellati infinitissimi luoghi di rimarco insalubri: oggi percorsa la Contrada Rovetta, Vicolo S. Benedetto, Piazza dietro il Broletto, ed annessi vicoli nulla vi ebbe a rimarcare che già precedentemente l'Ispettorato d'annona avendole percorse le aveva fatte anche notare. [...] Nel Vicolo de' Sospiri al civico n. 3457, luridezze d'ogni genere e depositi di letami molto insalubri per detta Congregazione. Il deposito è del signor Borromi. Nel piano superiore moltissima noncuranza di pulizia e particolarmente le logge» e ancora «al n. 2892 casa di ragione del signor Passeggini nell'interno di detta casa esiste un piccolo cortile con molte immondizie per cui necessita di espurgarlo e dilatare anche il condotto. Il locale ove esistono le seriole dalle quali inferiormente e superiormente tramanda fetidissimo odore»; in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

Dopo lo sviluppo dei primi casi di colera, ancora l'8 maggio 1836, l'Ispettore d'annona Boschetti denunciava che «nel vicolo di Porta Torrelunga, in quello di S. Marta, nell'altro senza nome, ma intermedio a quelli delle Galline e del Paradiso ed a tergo del Palazzo Cigola e nelle due piazzette di Casa Gambarà e Fontanone a S. Zeno (si tratta della porzione cittadina oggi compresa tra l'attuale via Musei e Porta Torrelunga) esistono parecchi mucchi di vecchi materiali colà lasciati da anni, e per vetustà coperti la maggior parte da erba. La presenza dei detti materiali serve di richiamo ai male intenzionati ad aggiungerne clandestinamente degli altri», in ASB, rub. XXXV, sez. oggetti diversi, 6/1B, II parte, b. 3860.

¹⁵⁹ In una lettera che la Delegazione provinciale inviò alla Congregazione municipale di Brescia, datata 19 giugno 1833, leggiamo quanto segue: «è cognizione di questa Magistratura provinciale che ad onta delle zelanti cure di codesto Municipio alcune delle prescrizioni di polizia tanto raccomandate per la pubblica salute non vengono mantenute in vigore ed osservate con quella esattezza e diligenza che l'importanza dell'oggetto suggerisce. Lo spurgo delle latrine ed il trasporto delle immondizie durante il giorno, gli ammassi di materie in putrefazione nei cortili e nei viottoli, le fetide esalazioni di alcune

Questo atteggiamento di indifferenza, che si era palesato anche in altri centri della provincia, rispecchiava tuttavia quello assunto dallo stesso Governo centrale, come dimostra la polemica instauratasi tra il Commissario distrettuale di Verolanuova (provincia di Brescia) e la Delegazione di Brescia, cominciata il 15 ottobre del 1835, quando il Commissario distrettuale di Verolanuova scriveva con urgenza alla Delegazione bresciana, al fine di ottenere l'isolamento sanitario di tutti gli individui che con carichi di sale e altri prodotti, approdavano a Pontevico, navigando lungo il fiume Oglio¹⁶⁰. Il Comune di Pontevico, di riflesso, esprimeva la medesima preoccupazione. Dalle parole di disappunto rivolte alla Delegazione provinciale di Brescia risultava che dal Governo centrale di Venezia come da quello di Milano, non fosse giunta alcuna disposizione sanitaria alle autorità locali, in merito all'attivazione delle misure precauzionali dirette ad ottenere l'isolamento delle imbarcazioni per un certo numero di giorni. Le autorità locali erano consapevoli del pericolo che stavano correndo e di quanto il flusso di forestieri potesse contribuire a diffondere il contagio nei paesi limitrofi¹⁶¹. Nel frattempo, le notizie che giungevano al Porto di Pontevico suonavano chiare: il colera si era sviluppato nelle isole attorno a Venezia¹⁶². La Deputazione comunale di Pontevico, a fronte dell'indifferenza del Governo, decise di propria

botteghe di salumi, e simili, la poca nettezza di alcune contrade e vicoli quantunque poco frequentati e gli ammassi di materie e concimi a troppo breve distanza della città sono altrettante contravvenzioni alle vigenti prescrizioni sanitarie, che si possono verificare anche attualmente [...].», in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

¹⁶⁰ Il direttore del Civico Spedale di Salò nella lettera di rimando alla circolare 16 settembre 1835, emessa dalla Congregazione municipale di Brescia, per avvisare l'arrivo della commissione straordinaria guidata da Hildebrand, rispose che la città aveva individuato un solo locale per il collocamento dei colerosi, denominato il Coro. Questo edificio che aveva una capienza di 8 letti, numero molto lontano dai 100 caldeggiati dal Governo, aveva anche le infermerie occupate da degenti affetti da patologie ordinarie. Il medico dichiarava apertamente che la Deputazione salodiana avrebbe dovuto trovare un altro luogo, che fosse capace di contenere un maggior numero di letti, come veniva richiesto e scriveva con franchezza che «dalla leggerezza di chi presiede al bene pubblico vuolsi che sieno con tutta grandezza allestiti i locali [...], ma che più di quello che si ha non può essere dato, e che nessuno è tenuto all'impossibile e siccome il locale detto il Coro, capace di otto letti è l'unico disponibile, come si è osservato, così la lodevole Deputazione, può fino d'ora reputarlo fornito dei letti occorrenti», in ACS, sez. Ottocento, 7 Sanità pubblica, 1836-1865, fascicolo 1-8, b. 29.

¹⁶¹ Lettera datata 15 ottobre 1835, scritta dal commissario distrettuale di Verolanuova e destinata alla Delegazione provinciale di Brescia, in ASB, IRDP, b. 4175.

¹⁶² Il Consigliere veneziano Brera smentì ogni dubbio circa l'insorgenza di colera asiatico, giustificando l'incremento del numero dei malati con l'abbassamento delle temperature registrato nell'ottobre del 1835. Solo a metà novembre Venezia cominciò a parlare apertamente di colera, perché non era più possibile occultare il contagio in corso. Presto la malattia, da Loreo, località veneta interessata da importanti traffici commerciali, giunse a Chioggia, Padova e Vicenza anche se si taceva il numero dei morti; cfr. D. Meli, *Risultamenti degli studj fatti a Parigi sul cholera morbus per ordine di S.S. Papa Gregorio XVI*, Stamperia dell'Ancora, Napoli, 1837, pp. 86-90.

iniziativa e a proprie spese di voler impiegare una guardia perché vegliasse sull'arrivo dei carichi e perché li ponesse sotto sequestro, imponendo una contumacia di almeno 8 giorni e suggerì che uguali misure fossero imposte tanto ai comuni situati lungo il corso del fiume quanto al commissario distrettuale della vicina Robecco, perché vigilasse sulla sponda cremonese¹⁶³. Per placare le preoccupazioni sollevate dall'amministrazione locale di Pontevico, la Delegazione provinciale rispose che non si erano registrati casi di colera a Venezia e che pertanto le misure preventive sarebbero state avviate solo nel momento in cui la malattia si fosse palesata¹⁶⁴. Il tentativo di voler occultare quanto effettivamente stava accadendo nelle province venete non fece che rinfocolare le paure dei funzionari e della popolazione.

Così, mentre le province si attivavano a modo loro, Vienna, ancora in attesa del ragguglio su quanto le città lombarde avessero fatto, fece conoscere con una circolare del 16 settembre 1835, che era sua intenzione inviare in loco una commissione straordinaria. Questa, guidata da Franz Xaver Hildebrand, docente di clinica medica all'Università di Pavia, avrebbe dovuto recarsi nelle province lombarde a verificare quanto si era predisposto per preservare i paesi dall'invasione colerica e per curare coloro che ne fossero stati colpiti¹⁶⁵. La commissione avrebbe dovuto accertarsi che fossero stati predisposti dei locali per la cura degli ammalati, verificando che fossero allestiti in modo da poterli utilizzare senza alcun ritardo alle prime avvisaglie della

¹⁶³ Lettera della Deputazione comunale di Verolanuova diretta all' I.R Commissario distrettuale, datata 15 ottobre 1835, in ASB, IRDP, b. 4175.

¹⁶⁴ «Finora non è constatato che il cholera sia effettivamente scoppiato in Venezia e le notizie che fino a quest'oggi si hanno non danno motivo di procedere a straordinarie misure neppure per questo Capoluogo di Provincia dal quale è frequentissimo il passaggio di forestieri provenienti dalle province venete. Qualora poi queste misure diventassero necessarie sarebbe necessario il compartirle all' I.R Governo quale essendo noto meglio che in Pontevico tutto quanto di importanza può accadere a Venezia non isfuggiranno que' provvedimenti che la tutela della pubblica salute di tutte le province lombarde non che di Pontevico e di distretto fosse per esigere. Intanto ella procuri il ritornare la confidenza nei propri amministrati assicurandoli che le provvidenze non mancheranno quando saranno necessarie e ponga egli stesso nell'andare incontro ad ogni allarme popolare, che finora non ha un positivo fondamento. [...]16 ottobre 1835», in ASB, IRDP, b. 4175.

¹⁶⁵ Si tratta della circolare a stampa n. 24862/4102, datata 16 settembre 1835, redatta dalla Delegazione provinciale e indirizzata ai commissari distrettuali e alla Congregazione municipale di Brescia. L'esemplare è contenuto nell' ACS, b. 29. «Il nobile professore de Hildebrand venne da Sua Maestà inviato in Commissione straordinaria da Vienna a Milano per gli oggetti del cholera morbus. Lo stesso professore è stato incaricato da Sua Altezza Reale il Serenissimo Arciduca V. R (Viceré) di recarsi nelle province lombarde per osservare quanto si è già disposto per preservare i paesi dall'invasione del cholera e per curare gli ammalati che ne fossero presi, non che per suggerire quelle ulteriori misure sanitarie che troverà convenienti al caso nelle diverse località. In breve, sarà egli per recarsi a tale scopo anche in questa Provincia. [...] ». Un' altra copia della medesima circolare si trova in ASB, IRDP, b. 4175.

malattia. Dalle relazioni del dottor Hildebrand, emerse che per Brescia, la situazione era reputata soddisfacente. Il medico aveva eseguito la sua ispezione accompagnato dal medico provinciale Menis il 9, il 10 e l'11 novembre del 1835. Era giunto a Brescia nella mattinata del giorno 9 novembre, dopo aver visitato la vicina città di Bergamo. Appena arrivato si recò subito a ispezionare lo Spedale delle Donne e quello degli Uomini, con gli annessi pii luoghi e le carceri. Sul conto delle misure adottate dalla Delegazione cittadina, i due medici non ebbero nulla da osservare, se non che sarebbe stato meglio dividere la città in 9 circondari, cioè quante erano le parrocchie urbane, e non in 12, come era stato stabilito. Molto probabilmente, una scelta tale non nasceva dalla preoccupazione del beneficio sanitario di cui avrebbe potuto giovare la città, ma scaturiva da una mera esigenza economica. Era necessario, infatti, semplificare i provvedimenti sanitari per diminuire la spesa derivante dal costo degli impiegati. Riducendo i circondari, si riduceva anche il numero dei medici e dei chirurghi, il cui compenso era fissato, per i primi, a 4 fiorini al giorno e, per i secondi, a 2. Dalla relazione si evince che erano stati finalmente allestiti due locali per il ricovero dei colerosi: lo Spedale delle Donne e il locale demaniale La Rocca. L'immediata attivazione potrebbe spiegarsi con i provvedimenti minacciati dal Governo a carico di tutti quei funzionari negligenti e poco operosi, a cui sarebbe stata addossata la responsabilità di ogni ritardo¹⁶⁶. I locali destinati per il ricovero dei colerosi non offrirono motivi di rimprovero. Anzi, il dottor Hildebrand trovò in entrambi adeguata sia l'ubicazione, essendo collocati in una posizione centrale, sia la salubrità, anche se, come vedremo, nello Spedale femminile la condizione sanitaria era decisamente compromessa. Il locale demaniale La Rocca, che avrebbe dovuto ospitare la casa di contumacia, fu ridotto a ospedale succursale, capace di 40 letti e destinato ad accogliere i colerosi delle due parrocchie di San Faustino e di San Giovanni, decisamente le più popolose e le più povere della città. Il medico viennese dichiarò, inoltre, che secondo lui fosse più conveniente offrire soccorso agli ammalati di colera presso le rispettive famiglie, anziché ricoverarli nelle strutture ospedaliere. Anche in questo caso, la giustificazione di un tale orientamento si basava non tanto sulla presunta maggiore

¹⁶⁶ Circolare n. 24862, 16 settembre 1835, emanata dal Consigliere aulico delegato provinciale Terzi a tutti i commissari distrettuali e alle Congregazioni municipali della Lombardia, in ASB, IRDP, b. 4175.

efficacia delle cure domestiche, quanto sul semplice tornaconto economico, come peraltro Hildebrand stesso dichiarò apertamente¹⁶⁷.

La relazione del medico viennese, assieme a quelle da lui redatte in occasione delle altre visite eseguite in provincia di Brescia, restituisce un quadro sanitario complessivo interessante e dimostra ulteriormente che Vienna, superando l'iniziale orientamento contagionista, avesse optato per la non contagiosità del colera¹⁶⁸. Non si spiegherebbe altrimenti il fatto che il medico approvasse la collocazione dei lazzeretti in una posizione centrale rispetto ai nuclei abitativi o il suo suggerimento di spostarli da luoghi isolati ad abitati, come nel caso di Manerbio¹⁶⁹. Per gli altri provvedimenti è certo che la questione economica, che rimaneva un problema sanitario strutturale, avesse giocato un ruolo fondamentale nell'avanzare alcune proposte, che in molti medici suscitavano chiare perplessità. Alla luce di ciò si spiegherebbe anche l'orientamento della Congregazione di caldeggiare il ricovero degli ammalati presso le proprie abitazioni, al fine di contingentare il numero degli ingressi nelle strutture nosocomiali, che dal 1797 non avevano più ricevuto sovvenzioni da parte dei privati. Nell'applicazione di questo provvedimento l'amministrazione cittadina fu in un certo senso agevolata da quanto già aveva deliberato Hildebrand, avvalorando i vantaggi delle cure domiciliari, mentre la

¹⁶⁷ Il professor Hildebrand raccomandò, nella relazione 22 novembre 1835, di preferire la cura domestica «[...] siccome quella che venisse con dappiù vantaggio, quello cioè della sollecitudine. E della minor spesa. [...]» in, ASB, IRDP, b. 4175.

¹⁶⁸ Lo stesso Hildebrand, stando ad alcune testimonianze, evidenzia su questo dibattuto problema delle convinzioni piuttosto oscillanti. Dice infatti il medico Rodolfo Rodolfi che il medico viennese «prima dell'invasione choleric del 1836 scriveva al Governo austriaco che il cholera era puramente epidemico, mentre asseriva a' suoi scolari e conoscenti che era contagioso», cfr. R. R., *Intorno al cholera*, Tipografia Giuseppe Chiusi, Milano, 1865, p.4.

¹⁶⁹ Si riporta parte della relazione sanitaria stilata dal Consigliere aulico, il 13 novembre 1835, a seguito della perlustrazione sanitaria eseguita da Hildebrand, comandatagli dal Viceré delle provincie lombarde: «[...] in generale [Hildebrand] fece conoscere come torni più conveniente di offrire soccorso agli ammalati di cholera nelle proprie famiglie, anziché ricoverarli negli ospizi, e caldamente raccomandò di preferire la cura domestica siccome quella che venisse con dappiù vantaggio, quella cioè della sollecitudine. E nella minor spesa. [...]» in ASB, IRDP, b. 4175.

Dalle altre visite che il medico eseguì in provincia di Brescia, non trovò molti rilievi da fare, se non nel caso di due paesi popolosi: quello di Bagnolo, situato nella Bassa bresciana e quello di Salò, posto sulla sponda bresciana del lago di Garda. A Bagnolo, il delegato suggerì di spostare l'ospedale dei colerosi dal locale, denominato Madonna della Stella, ubicato fuori dal paese, alle scuole, più centrali. A Salò, invece, Hildebrand rimase stupito nel trovare un solo locale adibito all'accoglienza dei colerosi, composto da sole 8 camere, che avrebbero potuto ospitare al massimo 16 individui, numero questo assai lontano dai 100 posti letto suggeriti dalle autorità sanitarie, con l'aggravante che questi letti erano già per intero occupati da infermi affetti da patologie ordinarie. La relazione del Direttore del Civico Spedale salodiano è contenuta nella Relazione, del 22 settembre 1835, in ASS, sez. Ottocento, 7 Sanità pubblica, 1836-1865, b. 29.

Congregazione per scoraggiare ulteriormente gli ammalati che avessero voluto recarsi in ospedale, decise che per tutti i cittadini forniti di adeguati mezzi pecuniari le spese del ricovero e del mantenimento in nosocomio sarebbero state a loro carico¹⁷⁰.

2.3 Il sistema ospedaliero cittadino e la sua collocazione nella topografia urbana

Un'analisi del sistema ospedaliero bresciano non può che partire dal valutare l'impronta che lasciarono su di esso sia il Governo provvisorio, instauratosi nel 1796 con l'ascesa di Napoleone, sia i tagli operati dal Governo austriaco nel settore sanitario lombardo. Tanto sotto i francesi che sotto gli austriaci, vennero in effetti attuate delle riforme miranti a conferire maggiore efficienza e compattezza ad un sistema assistenziale e nosocomiale improntato alle tipiche logiche da antico regime. I primi interventi normativi si ebbero nel maggio del 1796, quando il nuovo Governo filofrancese, capeggiato dal nobile Giuseppe Lechi, attuò numerosi provvedimenti, che lasciarono un segno profondo nella storia ospedaliera bresciana. Tra le varie modifiche apportate agli statuti, furono introdotte alcune novità rispetto alla cura e alla gestione delle alienate mentali. In effetti, se fino al 1797 lo statuto dello Spedale delle Donne respingeva l'accoglimento delle pazze, delle sifilitiche e delle donne gravide¹⁷¹, a partire da questa data fu deciso di dare ricovero alle alienate mentali, a discapito delle orfane

¹⁷⁰ Regolamento sanitario e di beneficenza, in ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

¹⁷¹ Il regolamento dello Spedale delle Donne, stampato nel 1742 e rievocato in un documento datato 29 gennaio 1837, stabiliva che non fossero accettate le donne gravide, le spiritate, le matte, le invalide e le sifilitiche, perché bisognevoli dell'“acqua del legno”. Secondo il regolamento potevano essere ricoverate solo le donne affette da malattie sanabili e medicabili. Nel 1797 fu accolta la proposta di una loro ammissione provvisoria, che fu confermata anche nel rapporto 30 aprile 1824; in ASB, Delegazione provinciale, b. 3362.

L'acqua del legno, altro non era che un costoso decotto ottenuto dall'infusione del guajaco, un legno indiano, che per le sue proprietà curative era anche chiamato legno santo, in acqua bollente. Variando le proporzioni tra acqua e legno si potevano ottenere infusi più o meno concentrati, utili per il trattamento di diverse patologie, come la sifilide, la gotta e l'epilessia; cfr. A. Corradi, *L'acqua del legno e le cure depurative nel Cinquecento*, F.lli Richiedei Editori, Milano, 1884, pp. 9-10.

della Pietà, ivi presenti sin dal XVI secolo, che furono espulse e traslocate nell'ex convento dei Santi Cosma e Damiano¹⁷².

Con l'inizio del dominio austriaco le cose si complicarono ulteriormente. Per ridurre le spese degli enti locali, Vienna decise di addebitare il mantenimento degli ospedali direttamente al regio erario. La riforma ospedaliera, attuata in città a partire dal 1831, vide il passaggio da forme di amministrazione collegiale a una gestione individuale, ponendo le amministrazioni ospedaliere nelle mani di un'unica persona, uniformandosi in tal modo ad una prassi a quell'epoca adottata nelle strutture nosocomiali di tutta la penisola¹⁷³. Attuando alcuni tagli al personale, il solo Spedale delle Donne tra il 1833 e il 1834 risparmiò 9.233,26 lire¹⁷⁴. Se da un lato, quindi, il medico provinciale Menis elogiò questa riforma, congratulandosi con l'amministrazione per aver ottenuto un tale miglioramento nei costi di gestione, dall'altro i tagli al personale, a fronte di un numero invariato di degenti, portarono a una minore attenzione al degente, che si fece tanto più sentire nei periodi epidemici quando oltre ai malati ordinari si aggiungevano quelli che contraevano la "malattia dominante" (come era eufemisticamente chiamato il colera). I problemi derivanti dall'accoglienza di un crescente numero di infermi furono tali che l'amministratore fu costretto a porre un limite ai ricoveri. Si provvide anche a contenere la spesa della farmacia, che non passava più i farmaci in forma gratuita a tutti gli indigenti, ma solo agli orfani, ai degenti presso la Casa di Dio e a tutti quelli che ne avevano diritto per disposizioni testamentarie.

¹⁷² In Italia, nei decenni immediatamente successivi all'occupazione francese, si innescò il lento processo di trasformazione dell'assistenza ai folli, che portò alla nascita dei primi manicomi. Questo fenomeno affonda le sue radici nel Seicento, quando i pazzi venivano reclusi non in ospedali specifici, ma negli ospedali generali. Il ricovero dei folli, internati insieme a malati, poveri e mendicanti non aveva alcun fine curativo, ma unicamente segregativo. L'Ottocento recupera il concetto di segregazione seicentesco, ma abbandona il ricovero promiscuo. Si sente la necessità di internare i folli in strutture specifiche: i manicomi. Per uno sguardo d'insieme su questo fenomeno, si vedano i seguenti testi: L. Roscioni, *Il Governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano, 2007; E. Shorter, *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Masson, Milano, 2000; Cfr. F. Robecchi, *Spedali civili di Brescia. Mezzo millennio di carità e di assistenza sanitaria*, Edite Spa, Brescia, 2011, vol. II, p. 15.

¹⁷³ Per un approfondimento delle riforme ospedaliere avvenute in Europa e nell'Italia preunitaria si vedano i seguenti testi: G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 2005; E. Bressan, *Gli ospedali in area padana tra Settecento e Novecento*, Franco Angeli, Milano, 1992; P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, Il Mulino, Bologna, 1986; P. Frascani, *L'ospedale moderno in Europa e Stati Uniti: riflessioni sulla recente storiografia*, in «Società e storia», 52, XIII, 1991, pp. 405-416; P. Bordoni, *I medici e la medicina a Brescia*, in «Storia di Brescia», Morcelliana Editrice, Brescia, 1961, Vol. III.

¹⁷⁴ La spesa occorsa per il solo Spedale delle Donne nel 1833 ammontava a 60.863,32 lire, mentre per il 1834 scendeva a 51.630,06 lire; cfr. W. Menis, *Saggio...*, p. 119.

Quando nel 1817 il Governo avviò una procedura di pignoramento verso lo Spedale per inadempienza fiscale, il nobile cittadino Clemente di Rosa intervenne, illustrando a Vienna che la situazione terribile in cui versavano le finanze ospedaliere era la diretta conseguenza della mancanza di fiducia nella dirigenza del nosocomio da parte dei nobili, che erano i suoi principali benefattori. Fiducia che venne meno dapprima con il Governo provvisorio del 1797 e poi con la decisione governativa di eleggere di propria iniziativa il dirigente dello Spedale, senza interpellare la comunità bresciana, che lo considerò sin da subito come un estraneo¹⁷⁵.

Inoltre, l'incremento della miseria dovuto ai cattivi raccolti che contrassegnarono quegli anni e la disgregazione del tessuto sociale, portarono a un ulteriore aumento delle richieste di ricovero. Ne derivò un sempre crescente numero di degenti a cui non corrisposero i necessari riattamenti delle case di ricovero, che quindi risultavano sempre gremite di ammalati. Quando nel 1819 il Viceré si recò a far visita ai nosocomi, gli furono evidenti due criticità: il sovraffollamento delle corsie, munite di doppie o triple file di letti e l'insufficienza del sistema nosocomiale a fronteggiare i crescenti casi di povertà e la stessa morbilità ordinaria che affliggeva la popolazione¹⁷⁶. Tali

¹⁷⁵ Cfr. F. Robecchi, Vol. II, p. 28.

¹⁷⁶ Salvatore Tommasi, commissario speciale, incaricato di verificare la condizione sanitaria dei pii luoghi della penisola, ancora nel 1864 scriveva così riguardo ai nosocomi italiani: «Il viaggiatore che volesse studiare i ricoveri delle miserie umane in Italia forse ammirerebbe più il gusto architettonico di questi grandi edifici, gli atrii maestosi, le marmoree colonne, le arditissime volte de' dormitori e delle infermerie, i molto finemente scolpiti altari, dove due colossali infermerie s'incrociano e anche gli affreschi [...]. Perlopiù vedresti che il nuovo architetto s'ispira nelle opere degli antichi architetti, i quali han saputo fare la Certosa di Pavia e le Logge dell' Orgagni, ma per verità non hanno mai saputo fare uno spedale. Anche ora si costruiscono delle corsie alte quanto due piani di un palagio, ma costruite senza aver di mira una costante ventilazione, [...] si sente che l'aria vi è più malsana che non in uno spedale di Londra, [...] non trovi poi un luogo che ti edifichi per acqua perenne, che porti via le immondizie di ogni sorta; non trovi nelle sale da bagni che delle misere vasche, ma non apparecchi di docce, non di acque minerali artificiate, non terme e non bagni a vapore! [...] Nei nostri spedali in generale l'infermo pare che riposi su un letto da sposi: lettiera tutta in ferro con parato o sopracciolo [...] intanto però i vialetti tra letto e letto sono molto angusti; intanto l'aria rinserrata dentro a un cortinaggio si corrompe e i fastosi pagliericci, ripieni di foglie di fromentone, diventano nidi di inestinguibili cimici e di altri insetti. Io non ho visitati tutti gli ospedali d'Italia, ne ho visti molti però e credo quasi in tutti ci sieno da fare le stesse considerazioni [...]. In breve, si ama il sontuoso e non si pensa al necessario, e ciò è male per l'economia e male per l'igiene!»; cfr. S. Tommasi, *L'igiene pubblica di Londra negli ospedali e nei ricoveri di mendicità*, in *Relazioni dei commissari speciali: istruzione, igiene, carta, stampa e rilegatura di libri*, Enrico Dalmazzo, Torino, 1864, Vol. II, p. 277.

Per un approfondimento sulla situazione ospedaliera bresciana si vedano i seguenti testi: V. Galli, *Rivista igienica. Disinfezione pratica sui mali epidemici del dott. Wilson*, in Atti dell' Ateneo, Carte Galli, Studi diversi, busta 134; V. Galli, *L'igiene, conferenza tenuta al Circolo Marino il 28.02.1885*, in Atti dell'Ateneo, Carte Galli, Conferenze, busta 134; V. Galli, *Dell'igiene in generale e dell'aria*, conferenza tenuta al Circolo Marino il 04.02.1884, in ASB, Atti dell'Ateneo, Carte Galli, Conferenze, busta 134; F.

problematiche erano del resto evidenti anche alla Congregazione municipale, quando negli anni Venti dell'Ottocento, cominciò ad auspicare il trasferimento fuori dalle mura cittadine del blocco ospedaliero, giudicandolo poco decoroso per il contesto in cui si trovava¹⁷⁷. In effetti, quando nel XV secolo fu eretto lo Spedale Maggiore, nella parte meridionale della città, questa sezione poteva dirsi quasi fuori dall'abitato, ma con la crescente urbanizzazione e l'inaugurazione nel 1810 del Teatro Grande, questa si era trasformata nella parte più nobile ed elegante di Brescia¹⁷⁸. L'ingresso dello spedale dirimpetto a quello del Grande non era più ammissibile. Nella piazzetta di San Luca convivevano due segmenti di umanità che non si possono immaginare più contrastanti: da un lato i gruppi di persone ricche e in abiti eleganti che accedevano al teatro e dall'altro le file cenciose e maleodoranti degli ammalati in attesa del ricovero, oltre alla macabra sfilata delle salme dei defunti¹⁷⁹. Le nuove esigenze dettate dalla cura per il decoro urbano avvertivano l'ospedale come qualcosa di anomalo e disturbante, che sottolineava lo stridente contrasto tra i piaceri della vita riservati alla parte privilegiata della popolazione e la sgradevole realtà dell'indigenza e della malattia. La Commissione sanitaria, per dar forza alla richiesta avanzata dalla Congregazione per ottenere il trasferimento del civico ospedale nel convento di S. Domenico, all'incrocio

Gamba, *Di alcune necroscopie eseguite nel nostro civico Ospitale*, memoria letta il 18.04.1869, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1869, busta 208; G. F. Girelli, *Saggio di un progetto clinico medico delle malattie trattate nell'Ospedale Maggiore di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1828, busta 209; S. Onger, *Luoghi incerti, gli ospedali nel bresciano e il caso di Castrezzato*, Grafo, Brescia, 1990.

¹⁷⁷ Il desiderio di vedere lo Spedale Maggiore trasferito altrove cominciò a delinearsi nel 1824, quando il Municipio propose il suo trasloco nell'ex convento di S. Domenico, con la lettera del 29 aprile 1838, indirizzata a sua maestà, Francesco I; tale desiderio è rintracciabile anche in una lettera del 12 aprile 1824 che la Congregazione Municipale indirizzò al Viceré; in ASB, Comune di Brescia, Igiene e sanità, rub. XXIV, 7/6a, 1803-1899, b. 2749.

¹⁷⁸ Come risulta da una lettera del Podestà del 1823, questo lamentava alla Delegazione provinciale che la città di Brescia da molto reclamava un trasferimento dello Spedale Maggiore, perché collocato «in guisa di formare un luttuoso contrasto fra i piaceri e la miseria delle umane condizioni [...]». In effetti l'ingresso del teatro Grande, edificato nel 1810, sorgeva proprio di fronte alla piazzetta dello Spedale, dove il personale sanitario accoglieva i degenti; in ASB, Comune di Brescia, Igiene e sanità, rub. XXIV, 7/6a, 1803-1899, b. 2749.

¹⁷⁹ Faustino Parodi, in vista della visita dell'imperatore Francesco I, scrisse una supplica relativa al progetto di traslocamento dello Spedale Maggiore nell'ex convento di S. Domenico, nella quale emerge chiaramente il bisogno sentito dai cittadini di vedere spostato l'ingresso del nosocomio: «il primario ingresso all'ospitale Maggiore trovasi attualmente ai Portici al Teatro e nella situazione la più frequentata e di giorno e di notte con pubblici passaggi e intrattenimenti al che troppo discosta l'avervi precisamente a fronte un pio ricovero di sfortunati e commendevoli infermi, ivi tradotti per vie centrali, cui presenta un opprimente spettacolo ed è notevole ancora che quella situazione rumorosa è assolutamente nociva alla necessaria quiete degli ammalati»; supplica di Faustino Parodi, in ASB, Comune di Brescia, Igiene e sanità, rub. XXIV, 7/6a, 1803-1899, b. 2749.

tra le attuali via Moretto (Contrada S. Lorenzo) e via Einaudi (occupata dall'alveo del fiume Garza), mise in luce anche altri problemi, ben più gravi: la mancanza di spazi sufficienti per i bagni, l'assenza di un luogo che fosse conveniente per il ricovero degli ammalati e il difetto di areazione delle infermerie, prive di finestre¹⁸⁰.

Per meglio comprendere la situazione che si era creata circa la disposizione dei locali ospedalieri, viene qui annessa la tavola 158_4, dalla quale si evince che il complesso ospedaliero bresciano, composto da ben 83 immobili, si estendeva sull'asse est-ovest, nell'area compresa tra l'attuale via Gramsci (ex via dello Spedale delle Donne) e l'attuale Corso Cavour, mentre sull'asse nord-sud nell'area compresa tra le attuali via Moretto e via Vittorio Emanuele¹⁸¹.

Tanto era compatta quest'area, che non esistevano strade che collegassero S. Alessandro e S. Domenico all'attuale Corso Zanardelli. Unico passaggio era rappresentato dal vicolo dello spedale, l'attuale via Cavallotti, che però veniva chiuso ogni notte perché di proprietà privata¹⁸². L'intero sistema di fabbricati si chiudeva a ovest con lo Spedale delle Donne, che qui merita di essere descritto, perché le degenti ivi ricoverate, come vedremo, furono decimate dal contagio colerico. Il nosocomio femminile si estendeva longitudinalmente sull'asse nord-sud tra le attuali via Vittorio Emanuele (ex via dello Spedale delle Donne) e via Moretto (ex Contrada S. Lorenzo) e sull'asse est-ovest tra le attuali via Gramsci e via Einaudi, all'epoca occupata interamente dal letto del fiume Garza, come visibile dalla tavola 173_2¹⁸³. All'interno di questo imponente complesso,

¹⁸⁰ Questi problemi venivano lamentati a fronte del regolamento di pubblica igiene del Lombardo-Veneto, emanato il 13 giugno 1813 e rimasto in vigore fino al 1 marzo 1837; cfr. F. Freschi, *Dizionario di igiene pubblica e di polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, Favale e Comp., Torino, 1857, Vol. I, p. 52.

Una supplica del 29 aprile 1838, indirizzata all'imperatore, faceva presente che lo stato in cui versava l'ospedale non poteva essere «più disadatto e inopportuno»; in ASB, Comune di Brescia, Igiene e sanità, rub. XXIV, 7/6a, 1803-1899, b. 2749.

¹⁸¹ Per meglio comprendere le dimensioni della zona occupata dal nosocomio, basti pensare che dall'indice allegato alla planimetria realizzata dall'ingegnere Zobbio, risulta che i locali annessi di ragione dello Spedale Maggiore ascendevano nel 1825 a 83; in ASB, fondo Mappe dello Spedale Maggiore, n. 158_3.

¹⁸² In una lettera del 29 gennaio 1841, il Podestà rivolgendosi all'imperatore chiedeva che venisse aperta «anche la strada di comunicazione fra le contrade del Teatro e quella di S. Domenico», sostenendo che «l'apertura di questa strada è già da anni un vagheggiato miglioramento», in ASB, Comune di Brescia, igiene e sanità, rub. XXIV, 1803-1899, b. 2749.

¹⁸³ Le acque di Bova e Celato si dividevano per mezzo di un partitioio all'incrocio tra l'attuale Corso Zanardelli e via X Giornate. Metà di queste acque era ricevuta da un vaso che attraversava superiormente Corso Zanardelli, si dirigeva sotto l'Ospedale Maggiore, che attraverso uno sfiatatoio la scaricava fuori da Porta S. Alessandro. L'altra metà entrava invece in un grande acquedotto, che attraversava la parte

oggi non più visibile, perché sostituito da una serie di edifici di costruzione novecentesca, si ergevano in una piccolissima porzione al piano terra, lungo la facciata a oriente, le due Sale delle Pazze. La gratuità delle prestazioni e la mancanza di un tessuto sociale che sapesse dar sostegno alle povere famiglie, portò a un tale incremento dell'ospedalizzazione delle alienate, che l'amministrazione locale auspicò la costruzione di un nuovo stabilimento per l'accoglienza di pazienti di ambo i sessi¹⁸⁴.

La tavola n. 159_2, che riporta la porzione sud della planimetria dello Spedale femminile, mostra l'esposizione delle due Sale. La parete ad ovest di quella posta più a nord guardava, per mezzo di 5 finestre, su un ampio cortile ionico, quella ad oriente, che aveva pure 5 aperture, era costeggiata dal Garza. Al contempo, la parete a ovest della sala posta più a sud, confinante con i bagni, era priva di finestre e l'accesso era possibile solo dalla Sala a nord. Le uniche aperture qui presenti erano tre, collocate sulla facciata che era lambita dal fiume. La loro capienza era analoga a quella dell'infermeria generale posta a ovest, capace di 32 letti circa, ordinati in due file¹⁸⁵.

La sala principale aveva camere larghe, umide, poco ventilate, accompagnate sempre da un'atmosfera contaminata da effluvi putridi e nauseabondi. L'umidità di risalita e il fetore, che colpivano chi entrava nel nosocomio, erano la diretta conseguenza del passaggio sotto le fondazioni dell'edificio di una parte del fiume Garza, che ripuliva la città da tutte le sue immondizie¹⁸⁶. In effetti, quando il livello dell'acqua del fiume saliva, in particolar modo durante le frequenti piogge primaverili, allagava tutto il piano terreno. Se una parte del corso d'acqua rimaneva nascosta sotto l'edificio, l'altra parte

inferiore di Corso Zanardelli e passava sotto lo Spedale delle Donne, per poi uscire dagli Spalti; cfr. W. Menis, *Saggio....*, Vol. II, p. 41; vedi anche M. Capra, “*Vi sono due fiumi in questa parte di chiusure*”, *Economia, società e cultura materiale nell'antico Comune di San Bartolomeo e guida ai luoghi di interesse storico*, FCB, Brescia, 2020; cfr. C. Simoni, F. Robecchi, *Il vecchio macello di Brescia: archeologia industriale e questione alimentare nel secondo Ottocento*, Grafo, Brescia, 1980.

¹⁸⁴ Nel XIX secolo la definizione di pazzia comprendeva «qualunque malattia che in modo durevole e non già in forma di morbo acuto, sconvolga, intorpidisca, scemi od abolisca, o tutte od in parte soltanto, le operazioni intellettuali od affettive dello spirito». La pazzia, così definita, veniva divisa in tre specie: mania o delirio generale, malinconia e demenza. A loro volta le tre categorie potevano dividersi in differenti forme; cfr. *Relazione accademica dell'anno 1842*, In *Commentari dell'Ateneo di Brescia*, per l'anno 1841, Tipografia la Minerva, Brescia, 1843, p. 13.

¹⁸⁵ Cfr. ASB, IRDP, b. 3325.

¹⁸⁶ Alessandro Bargnani a proposito dell'umidità di risalita lamentava che le infermerie delle pazze avevano «anche il gravissimo inconveniente di essere molto umide e d'accogliere un'atmosfera contaminata sempre e specialmente ne' giorni invernali di effluvi putridi e puzzolentissimi di due ramificazioni del Garza, fiume, che come ognuno sa, traduce pressoché tutte le immondizie della città»; cfr. A. Bargnani, *Sulle cause che hanno ultimamente dato origine al cholera morbus nelle Sale delle Pazze in Brescia*, in ASB, *Atti accademici*, b. 196.

costeggiava esternamente la facciata a oriente e spandeva il cattivo odore attraverso le finestre della sala delle pazze più ampia, dove quasi tutte le alienate alloggiavano. L'umidità al piano terreno era inoltre provocata da una fontana, i cui tubi passavano attraverso le pareti della camera, situata nella porzione settentrionale, che conduceva l'acqua alla lavanderia e ai bagni, incastrati nella parete di ponente della sala principale. L'umidità e il fetore causati sia dal passaggio del Garza, sia dalle perdite di acqua della fontana si trasfondevano poi in una cantina, collocata al capo meridionale dell'infermeria, che rendeva ancor più umide le già infracidite stanze. Il contributo che diedero le acque di questo fiume allo sviluppo del colera nelle Sale delle Pazze fu notevole.

2.4 Il contagio all'interno del manicomio femminile

Se le terribili condizioni sanitarie in cui versava l'intero Spedale femminile offrivano già un perfetto terreno di coltura del vibrione, l'immaginabile presenza di immondizie ed escrementi, con tutto il loro devastante potere infettivo, costituiva un ulteriore fattore di rischio¹⁸⁷. Così, mentre le deiezioni, che costantemente imbrattavano letti e pavimenti, venivano diffuse negli ambienti dalle piene del Garza, la promiscuità delle ammalate dava ulteriore contributo alla diffusione del morbo.

¹⁸⁷ Il direttore dello Spedale femminile, Giovanni Chizzoni, nella relazione del 4 marzo 1833, pregava la Congregazione provinciale a voler incaricare gli architetti bresciani Donegani e Vantini a progettare un nuovo istituto adibito al ricovero degli alienati di ambo i sessi. Parte della relazione è dedicata alla descrizione degli ambienti. Di seguito viene riportata quella relativa allo Spedale delle Donne «[...] nello Spedale delle Donne, sono le dementi tenute, come si disse per ogni rapporto all'esser loro. Quivi, le migliorate che acquistarono il sentimento delle sociali convenienze, che per agevolare la loro guarigione avrebbero bisogno di allontanare dalla loro vista tutto ciò che può ricordarle il passato loro stato, e di far uso con esse del raziocinio per veder modo di dissipare le rimanenti illusioni che ancor sussistono, sono continuamente disturbate dalle loro compagne di sventura, tuttora dementi, e costrette a contemplare con ribrezzo le loro sinistre evenienze è cagione di quella mescolanza. Per essa facilmente avviene che si minacciano fra di loro, ancorché bene sorvegliate. Il continuo rumore è di grave nocimento alle ammalate e alle migliorate. Le diverse loro esalazioni morbose poi, e specialmente quelle dei loro escrementi, in cui molto giacciono per più o meno tempo, non sapendo dire le loro occorrenze, oltre che rendono l'aria impura e sempre dannosa alla salute, servono alcune volte di laboratorio chimico assieme a nuove più pericolose malattie. [...]»; cfr. la relazione del medico condotto Giovanni Chizzoni, in ASB, IRDP, b. 3325.

Questi fattori fecero sì che le Sale delle pazze diventassero teatro di una vera e propria ecatombe¹⁸⁸. In meno di quindici giorni, nel mese di maggio, perirono per il colera 27 ricoverate su un totale di 44. Vedendo con quale forza la malattia avesse attecchito nel nosocomio, il dottor Alessandro Bargnani, ivi impiegato, denunciò con coraggio la reticenza dei suoi colleghi nel dichiarare la vera indole della malattia. Il medico Giacomo Uberti, il 12 giugno 1836, corroborò le denunce di Bargnani, notificando all'Ateneo di Brescia le pessime condizioni in cui versava il pian terreno dell'Ospedale femminile. Le condizioni delle Sale erano tanto sinistre, che ancor prima dello scoppio del colera, le degenti affette da scorbutico e sifilide lì ricoverate, contraevano altre infermità, come diarree e dissenterie, in modo che l'ospedale era più un'occasione di contagio che un luogo di guarigione¹⁸⁹. Le ricorrenti patologie gastrointestinali, che serpeggiavano ogni anno con l'arrivo della primavera e dell'estate e che affliggevano le povere donne, mantenevano la mortalità delle pazze da molti anni ben più alta di quella dei pazzi, che alloggiavano in altro istituto, ben più ventilato e sano.

La possibilità che quanto avvenne tra le alienate fosse riconducibile al cattivo cibo somministrato loro, come dichiarato da qualche medico, è, alla luce delle attuali conoscenze, alquanto remota. Più probabile invece che l'origine del contagio fosse un'altra. A quanto pare, infatti, il morbo all'interno dell'istituto fu portato da una prostituta bergamasca: per le allucinanti condizioni ambientali descritte, la malattia si propagò a macchia d'olio, estendendosi non solo alla Sala delle pazze, ma anche all'infermeria generale¹⁹⁰.

Quando il Magistrato supremo provinciale seppe della diffusione della malattia fuori dalle due Sale, comandò l'immediato sequestro delle stanze in cui si erano manifestati

¹⁸⁸ Alla promiscuità dei malati all'interno delle infermerie corrispondevano sempre tassi di letalità molto alti. Nelle epidemie coleriche l'alta mortalità ospedaliera era una costante, come hanno dimostrato i seguenti testi: G. Vadalà - Papale, *Gli ospedali e il Darwinismo*, Tipografia del Senato, Roma, 1884; S. Tommasi, *L'igiene pubblica di Londra negli ospedali e nei ricoveri di mendicizia*, in *Reale comitato dell'esposizione internazionale del 1862*, in *Relazioni dei commissari speciali*, Tipografia E. Dalmazzo, Torino, 1865, Vol. II; P. Frascani, *Ospedali e società in età liberale*, Il Mulino, Bologna, 1986, pp. 118-124; J. A. Thompson, G. Goldin, *The Hospital: the social and architectural History*, New Haven-London, 1975; M. L. Betri, E. Bressan, *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, in *Atti del III congresso italiano di storia ospedaliera*, Montecchio Emilia, 14-16 marzo, Franco Angeli, Milano, 1990.

¹⁸⁹ A tale proposito il dottor Alessandro Bargnani riportava che diarree e dissenterie ogni anno, specialmente nella stagione primaverile e invernale serpeggiavano *fuor di misura*; cfr. A. Bargnani, *Sulle cause...*, b. 196.

¹⁹⁰ Cfr. G. Uberti, b. 223.

casi di colera e dispose che fossero poste sotto il Governo del dottor Bargnani. Fu così che dal 18 maggio le Sale delle Pazze si trasformarono nelle Sale delle colerose. Di fronte alla crescita del numero dei contaminati, il 23 giugno furono assunti altri due medici, Francesco Foleri e Giovanni Chizzoni, che morì per colera. Sempre il 18 maggio rimase inferma e morì una ventisettenne di Bagnolo, Margherita Binetti. Costei ricoverata nel nosocomio da molti anni, fu sottoposta a senapismi, fregagioni e all'applicazione di sanguisughe. Terapie, che in molti casi, si rivelavano più un viatico per l'aldilà che un rimedio¹⁹¹. Dopo la Binetti, furono colpite la cinquantenne Ippolita

¹⁹¹ Per approfondire le cure impiegate nella cura dei colerosi si vedano i seguenti testi: B. Manzini, *Cenni storici...*, p.29; E. Rusca, *Del cholera morbus e modo di assistere coloro che ne sono attaccati*, Tip. Della Speranza, Firenze, 1835, p. 30; G. Strambio, *Gazzetta medica italiana*, s.n.t, Milano, 1867, Vol. VI, p. 54; G. Strambio, *Cronaca del colera indiano in Italia, durante l'anno 1854*, Tipografia Giuseppe Chiusi, Milano, 1854; A. Contini, *Cholera morbus asiatico*, Editori Annali Universali, Milano, 1838, p. 68; L. Toffoli, *Un'altra parola di conforto ai paurosi del colera indiano*, Tip. Angelo Sicca, Padova, 1855, p. 13; I. Liuzzi, *Osservazioni sul cholera morbus indiano fatte a Roma...*, p. 11; [Anonimo], *Manuale popolare de' mezzi preservativi e curativi del cholera morbus indiano*, Gabinetto Letterario, Napoli, 1832; P. Panvini, *Istruzioni al popolo sulla condotta da tenere in caso di cholera-morbus*, Stamperia e Cartiera del Fibreno, Napoli, 1835, p. 18; P. Panvini, *Riflessioni mediche sul cholera-morbus, suo carattere essenziale, sua sede nell'animale economia, sua indole e metodo igienico e terapeutico*, Libreria Medica e Scientifica di Deville Cavallin, Parigi, 1832; G. Raffaele, *Trattato del cholera asiatico*, Stamperia della Sirena, Napoli, 1837, pp. 104-134; C. Salvia, *Indagini sul cholera morbus*, Tip. Gio. Battista Seguin, Napoli, 1832, pp. 37-56; G. Auxilia, *Monografia sul colera*, pp. 103-121; L. Barraco, *Cenni sul cholera...*, pp. 61-67; C. Berony, *Metodo semplice contro il colera morbus adottato a Marsiglia*, Stampe del Pierro, Napoli, 1835; G. Dietz, *I mezzi più efficaci e sicuri a preservarsi e curarsi dal cholera*, Tip. Crispino Puccinelli, Roma, 1837, pp. 32-39; G. Tommasini, *Istruzione popolare sul cholera morbus*, Stamperia Cardinali, Firenze, 1835; H. Amos, *The probable cause, nature and mode of treatment of the prevailing disease termed cholera morbus*, E. Cox Medical Bookseller, London, 1832; [G. H.] Burghart, *Preservativi contro il cholera – morbus, sintomi di questa malattia e rimedi per guarirsene*, Tipografia Agrelli, Napoli, 1835; P. Collenza, *Metodo curativo del colera-morbus*, Tipografia di Giuseppe Severino, Napoli, 1836; G.B. Fantonetti, *Del cholera vagante nella Liguria, coll'indicazione del miglior metodo di cura e preservativo*, Tipi di Paolo Andrea Molina, Milano, 1836; L. Fornasini, *Del colera e dei suoi rimedi*, Società per la pubblicazione degli Annali universali delle scienze e dell'industria, Milano, 1865; P. Franceschi, *Lettera sul metodo curativo pel cholera-morbus*, Stamperia Magheri, Firenze, 1835; G. B. Molinari, *Del cholera e de' suoi rimedi*, Tipografia la Sentinella Bresciana, Brescia, 1873; D. M. Zigarelli, *Antidoti spirituali contra del cholera morbus, e di ogni altra pubblica calamità*, Presso i Soci Alessandro de Geo e G. Guadagno, Avellino, 1837; P.P., *Manuale popolare de' mezzi preservativi e curativi del cholera-morbus indiano da potersi praticare da ogni persona senza l'assistenza di medico*, Gabinetto Letterario, Napoli, 1832; S. Sacchi, *Ricerche analitiche su la genesi, sulla condizione patologica e sul metodo curativo del colera morbo*, Tipografia dello Stabilimento dell'Ateneo, Napoli, 1836; G. Cadei, *Comunica che terrà una lettura " Sull'uso della naftalina contro il colera "*, in ASB, Atti Ateneo, busta 200; P. Betti, *Documenti annessi alle considerazioni sul cholera asiatico che contristò la toscana negli anni 1835-1836-1837*, Tip. Delle Murate, Firenze, 1857; Congresso medico internazionale, tenuto a Londra nell'agosto 1881, in *Giornale della società italiana d'igiene*, parte II, 1881; N. De Jacobis, *Preservativo pel cholera-morbus*, Presso la vedova di Reale e Figli, Napoli, 1832; A. De Jelampir [pseud. di A. Palmieri], *Idea del cholera-morbus e mezzi per preservarsene*, Presso Bernardino Olivieri, Roma, 1831; R. Delisi, *Riflessioni intorno all'indole del cholera-morbus e intorno all'azione de' medicamenti che potrebbero prevenirlo e curarlo*, Presso Lorenzo Dato, Palermo, 1836; G. Ferrario, *Cura e profilassi pel cholera, breve istruzione al popolo*, Pio istituto tipografico in Milano, Milano, 1849; H. George, *Practical observations on cholera*, Churchill, London, 1834; P. Grumelli, *Sul*

Milini, affetta da demenza incurabile, la ventisettenne Anna Baldi, la sifilitica Rosa Ferrari, la rigattiera milanese Giovanna Conti, la quarantasettenne Maria Tibelli e Giovanna Morandi, originaria di Tremosine. Nessuna di queste sette donne sopravvisse¹⁹². A fine maggio fu colpito anche un infermiere di 49 anni, Pietro Compagnoni, di Bormio, che dopo 14 giorni di sofferenza e di dolorose terapie, riuscì a scamparla.

Il ritorno alla salute di quest'ultimo aveva fatto balenare nei medici la speranza che la malattia, dopo aver mietuto tante vittime, si stesse spegnendo, ma in realtà il contagio si era esteso anche fuori dal nosocomio. Dai registri della direzione degli Spedali civili di Brescia, compilati dal dottor Chizzoni, si evince che nel lazzaretto su 789 degenti, dichiarati come colerosi, 22 dei quali vi erano giunti già morti e 8 agonizzanti, ne morirono 382 e ne guarirono 377¹⁹³. Si stima pertanto che il tasso di letalità all'interno del lazzaretto ascendesse a 48,4% (dato peraltro conforme ai normali tassi di letalità riscontrati nelle epidemie coleriche), ma non sappiamo quale fosse all'interno degli altri nosocomi cittadini, che durante le fasi più acute della malattia diedero ricovero agli infetti.

A seguito dell'emanazione del regolamento sanitario di beneficenza di Brescia, il Comune decise che lo Spedale femminile dovesse definitivamente servire per il ricovero dei colerosi, a meno che, successivamente, si individuasse un altro locale più adatto¹⁹⁴.

cholera morbus, memoria popolare scientifica, Tipografia del Pio Istituto, Brescia, 1855; [Anonimo] *Istruzione pratica, profilattica e terapeutica sul cholera-morbus asiatico, compilata dal Consiglio sanitario presso la Direzione generale degli ospedali militari di terra, d'ordine del Sig. Cav. D. Antonio Alvarez - y -Lobo, generale ispettore degli stessi spedali, per uso delle truppe del Reale esercito di S. M. il re del Regno delle Due Sicilie*, Dai Torchi dell'Osservatore Medico, Napoli, 1832; P. – F. Keraudren, *Del cholera – morbus dell'India paragonato con quello d'Europa. Sue cause, metodo di cura e mezzi di preservarsene*, L. Dumolard e Figlio, Milano, 1831; R. Lambruschini, *Il cholera a Roda. Racconto istruttivo*, Tipografia Galileiana, Firenze, 1835; D. Licci, *Metodo curativo del cholera-morbus eseguito con felice successo in Francia*, Gabinetto Bibliografico e Tipografico, Napoli, 1833.

¹⁹² Tra le donne citate, morte nello Spedale delle Pазze, le uniche presenti nel registro dei morti del Vantiniano sono 4. Le altre probabilmente furono seppellite direttamente nei cosiddetti *fopponi*, anche se dimessi nel 1835 o nelle vicinanze di qualche parrocchia. Rosa Pallavicini di 35 anni fu seppellita il 14/5/1836, la negoziante Margherita Capoferri il 18/5, la contadina Maria Melotti il 19/5 e infine la rigattiera di Milano, Conti Giovanna il 20/5; cfr. Registro del cimitero Vantiniano dal 1° gennaio 1836 al 21/6/1837.

Il termine «foppone», utilizzato in area lombarda, indica i cimiteri interni alle mura cittadine adibiti al seppellimento di quanti trapassavano nei nosocomi cittadini. La questione dei *fopponi*, ancora in uso dopo l'Editto di Saint Cloud, verrà approfondito all'interno del terzo capitolo della tesi.

¹⁹³ Cfr. G. Uberti, *Cenni...*, b. 233.

¹⁹⁴ Regolamento sanitario di beneficenza verificandosi il cholera morbus nella regia città di Brescia, in ASB, Comune di Brescia, b.2708.

La visita del dottor Hildebrand e le raccomandazioni del Governo di tenere pronta una struttura da adibire a lazzeretto non valsero a molto. Il nosocomio fu allestito con l'occorrenza da Paola di Rosa solo nella notte del 21 maggio 1836, quando cioè l'epidemia aveva raggiunto il suo apice¹⁹⁵. Una condotta tale potrebbe ricondursi all'atteggiamento negazionista, che come vedremo fu assunto dalla popolazione, che perfino di fronte all'evidenza preferì credere nella cospirazione del Governo e dei medici.

2.5 La rete idrica bresciana

È lecito chiedersi in che misura i fattori ambientali abbiano contribuito a favorire la propagazione del colera. In effetti, la presenza di un'estesa rete idrica, la conformazione del territorio, la mancata applicazione delle misure profilattiche ebbero un ruolo decisivo nell'ampliare il raggio d'azione della malattia¹⁹⁶. A tale proposito,

Anche in una lettera del 3 marzo 1837, scritta dalla Direzione degli Spedali ed Uniti Luoghi Pii di Brescia e destinata alla Congregazione municipale, si legge «Pregasi la scrivente di accompagnare l'esatto nominativo di tutte le persone affette da cholera, curate nello Spedale delle Donne destinato a Lazzeretto, corredato delle notizie tutte che si poterono rilevare in quella pressa di circostanze, affinché serva a codesta lodevole Congregazione all'oggetti espressi nella pregiata nota 21 cadente n. 798 che rimane così evasa», in ASB, Comune di Brescia, b.2708.

¹⁹⁵ Cfr. G. Uberti, *Cenni storico-medici del cholera morbus che disertò la Sala delle Pazze nell'Ospitale femminile in Brescia e alla casa di soccorso o lazzeretto ivi attuato*, in ASB, Atti Accademici, b. 223.

Alla figura di Paola Di Rosa è stato dedicato un intero paragrafo, inserito nel terzo capitolo.

¹⁹⁶ In tutte le epidemie coleriche i fattori ambientali hanno giocato un ruolo fondamentale nella diffusione del vibrione. Per approfondire il legame vibrione-cause ambientali si vedano i seguenti testi: R. Balzani, *Colera e questione igienica a Forlì nel XIX secolo*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, vol. III, pp. 847-862; S. Sabbatani, *Le epidemie coleriche a Bologna nel XIX e XX secolo. Bonifica del degrado ambientale e ristrutturazione urbanistica*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, vol. III, pp. 863-898; A. Pasi, *Diformità e analogie nelle epidemie di colera. Realtà lombarde a confronto*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, vol. III, pp. 1055-1086; A. Briggs, *Cholera and society in the Nineteenth Century*, in "Past & Present" 19 (1961).

Non fu un caso che, a seguito della prima incursione colerica, aumentarono le pubblicazioni di manuali dedicati all'igiene popolare. Si vedano, ad esempio, i seguenti testi: G. Valerio, *Igiene pubblica delle cause che favorirono lo sviluppo del Cholera morbus in Piemonte ed in Liguria*, Tipografia Canfari, Torino, 1851; G. B. Thaon, *Di un nuovo semplicissimo rimedio per guarire il cholera-morbus colla descrizione di questa malattia ed alcuni precetti igienici onde andarne immuni*, Nistri, Pisa, 1835; G. B. Sambenini, *Manuale di igiene pubblica*, Tipografo Girolamo Tasso, Venezia, 1832; E. Rusca, *Istruzione*

prima che le scoperte di John Snow si diffondessero nel Vecchio Continente, molti medici e intellettuali avevano avanzato l'ipotesi che dovesse esistere un rapporto tra la rete idrica della città e l'incidenza dei casi nelle aree colpite¹⁹⁷. Tali osservazioni furono senz'altro brillanti, ma assai precoci rispetto ai tempi. Oggi è possibile affermare che la maggior parte delle epidemie colerose che colpirono l'Europa nel XIX secolo, il cui decorso era caratterizzato dalla comparsa improvvisa e massiva del morbo, furono di

intorno al regime di vita onde preservarsi dall'epidemia emetocatarctica, ossia Cholera e sul modo di assistere coloro che ne venissero attaccati, Tipografia della Speranza, Firenze, 1832; L. Deslandes, *Manuale d'igiene pubblica e privata*, Stamperia e Cartiera del Fibreno, Napoli, 1835; F. Gandolfo, *Sulla igiene e cura del cholera morbus*, Fratelli Sciuto, Catania, 1837; F. Freschi, *Dizionario di igiene pubblica e di polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, Tipografi Editori, Torino, 1857, Vol. I.; S. N. Pollone, *Igiene pubblica e privata*, in *Reale comitato dell'esposizione internazionale del 1862, Relazioni dei commissari speciali: istruzione, igiene, carta, stampa e rilegatura dei libri*, Torino, 1864, Vol. II; C. Pavesi, *Nozioni di igiene popolare*, Tipografia Cortellezzi, Mortara, 1878; P. Mantegazza, *Codice igienico popolare contro il cholera*, Editore Gaetano Brigola, Milano, 1865; P. Mantegazza, *Elementi d'igiene*, Editore Gaetano Brigola, Milano, 1874; P. Mantegazza, *Dizionario d'igiene per le famiglie*, Bemporad, Firenze, 1901; S. Tommasi, *L'igiene pubblica di Londra negli ospedali e nei ricoveri di mendicizia*, in *Reale comitato dell'esposizione internazionale del 1862, in Relazioni dei commissari speciali*, Tipografia E. Dalmazzo, Torino, 1865, Vol. II; N. De Carolis, *Servizio sanitario di beneficenza, ossia studi di igiene popolare*, Tipografia Litografia di Gio Ghilini, Oneglia, 1871, Vol. I; B. Shorter, *Storia del corpo femminile*, Feltrinelli, Milano, 1984; G. Vigarello, *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo a oggi*, Marsilio Editori, Venezia, 1987; P. Sorcinelli, *Storia sociale dell'acqua. Riti e culture*, Bologna, Odoja, 2016.

Nel caso specifico della città di Brescia si vedano i seguenti testi: V. Galli, *Manuale d'igiene rurale, scritto specialmente per il contadino bresciano*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1882. V. Galli, *Rapporto della commissione incaricata di visitare le case del 10° quartiere*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Carte Galli, Studi diversi, 1883, b. 134; V. Galli, *Disinfezione pratica sui mali epidemici del dott. Wilson*, in ASB, b.134; V. Galli, *Aria pura e aria delle stalle*, in ASB, Atti dell'Ateneo, b. 134; V. Galli, *L'igiene*, b. 134; V. Galli, *Igiene agricola*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Carte Galli, busta 133; V. Galli, *Disinfezione pratica sui mali epidemici del dott. Wilson*, in ASB, b.134; V. Galli, *La casa, conferenza tenuta al Circolo Marino il 17.03.1884*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, Conferenze, busta 134; F. Gamba, *Alcune note sulla mortalità di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, busta 208; G. Passeri, *Manuale d'igiene rustica o sia trattato di medicina preservativa per la gente di campagna del dottor Giuseppe Passeri medico senese*, Angelo Coda, Napoli, 1814; *Regolamento di pubblica igiene e di polizia del Comune di Gargano*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1873.

¹⁹⁷ John Snow, durante l'epidemia di Broad Street a Londra del 1854, svolse alcune indagini per avvalorare la sua teoria causale, nella quale scartò la teoria dei miasmi e propose la presenza di un agente specifico, che ingerito per via oro-fecale, si riproduceva nei corpi delle vittime. Supportato dall'aiuto del reverendo Whitehead, nel 1855 eseguì degli scavi e delle ispezioni attorno al pozzo pompa del circondario, scoprendo che questo era fortemente contaminato da un pozzo nero, appartenente al numero civico 40 di Broad Street. Gli scavi offrirono la prova visiva della contaminazione del pozzo pompa con il liquame del pozzo nero. Inoltre, Snow per dimostrare che il tasso di mortalità era maggiore nella parte meridionale di Londra risalì alle due fonti di rifornimento idrico della città. Gli studi furono corredati da cartine molto dettagliate, ma i risultati furono accolti con scetticismo. Solo dopo la morte di Snow, i suoi studi furono accolti, perché plagiati dal medico del consiglio dei ministri John Simon e furono approvati e divulgati solo a partire dal 1866, Cfr. T. Jefferson, *John Snow, la vera storia del colera*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2007.

Il dottor Wisgrill di Vienna notò che nella capitale austriaca i siti che registrarono un più alto tasso di morbilità erano quelli posti nelle vicinanze di un canale, che riceveva lo scolo di tutte le latrine della città; cfr. L. Patellani, *Risultato delle osservazioni patologico-terapeutiche sopra il cholera epidemico, raccolte nell'ospedale n. 5 di Vienna dal professor Wisgrill Giovanni*, Libreria della Minerva, Pavia, 1835, p. 54.

origine idrica. A Brescia umidità, precarietà delle condizioni igieniche e rifornimento idrico scadente erano condizioni tutte presenti e le acque di fiumi e canali, quelle su cui la città aveva costruito parte della sua ricchezza e che ne avevano definito il volto urbano, rappresentarono il mezzo di diffusione prediletto dal vibrione colerico.

A Brescia la popolazione all'interno delle mura e quella del suburbio venivano rifornite da un unico acquedotto, quello di Mompiano, situato a circa tre chilometri a nord della città¹⁹⁸. L'acqua di Mompiano nasceva da 7 sorgenti, che scaturivano dal fianco settentrionale del colle di S. Giuseppe e che andavano a riversarsi in una conca spaziosa. Da questo bacino, le acque della fonte fluivano nel condotto, che le conduceva a Brescia, entrando da Porta Pile (vedi Mappa Cigola n. 1)¹⁹⁹. Il tratto di infrastruttura

¹⁹⁸ Dai resti archeologici trovati risulta che esistessero due acquedotti a Brescia: quello di Mompiano e quello della Valle Trompia. Il primo, costruito sotto Teodorico, che peraltro aveva già costruito l'acquedotto di Verona, viene citato per la prima volta nel documento con cui il re longobardo Desiderio donava l'uso delle acque scorrenti di Mompiano alla figlia Teodolinda, badessa del convento di S. Giulia. Il secondo acquedotto, lungo circa 30 chilometri, cominciato a costruire da Augusto e compiuto da Tiberio, prendeva l'acqua dalla frazione di S. Apollonio, in Lumezzane. Non è dato sapere in che momento storico questo fosse caduto in disuso: quello che è certo è che nell'Ottocento l'acqua della Val Gobbia (Lumezzane) dava refrigerio solo a chi abitava nei pressi dei ruderi, che presero il nome di condotto del Diavolo; cfr. G. Zanardelli, *Sulla esposizione...*, p. 276.

Il 25 marzo del 760 d.C il diacono della chiesa bresciana vendette 76 piedi di canale ad Anselperga, figlia di Desiderio e badessa del monastero di S. Giulia, che di recente era stato istituito. Nel 761 Anselperga comprò altri 56 piedi del canale da Valeriano e Liudoalto, figli di Leone. Il 12 novembre del 767 Desiderio donò al monastero l'uso delle acque scorrenti del condotto di Mompiano per macinare o per convertire tale acqua in una fontana a libera disposizione del monastero medesimo; cfr. A. Perego, *Dell'aria e delle acque potabili di Brescia*, in ASB, Atti Ateneo, b. 217. L'acquedotto, costruito sotto Teodorico, riforniva la fontana sotterranea presso piazza del Mercato Nuovo, oggi Tebaldo Brusato; cfr. A. Perego, *Dell'aria...*, b. 217.

Per ulteriori informazioni rispetto alla data di costruzione dell'acquedotto vedi A. Sabatti, *Relazione di un nuovo metodo di misurare l'acqua delle fontane*, in ASB, Atti Ateneo, Atti Accademici, b.220.

Oltre alla fonte di Mompiano, che riforniva tutte le fontane cittadine, ne esisteva un'altra di dimensioni decisamente più ridotte, quella di Rebuffone. Le acque della fonte di Rebuffone erano tanto pure, che le famiglie più benestanti, all'inizio dell'Ottocento, costruirono nei suoi pressi le proprie abitazioni, che oggi costellano la parte più nobile e ricca della città, quella cioè definita dall'andamento dell'attuale via Rebuffone, che coinciderebbe con la parte bassa della Panoramica. La fonte, oggi ormai disseccata, andava ad alimentare sia la fontana situata a est del palazzo dei Grani, sia quella sotterranea, oggi non più visibile, posta nell'attuale piazza Tebaldo Brusato, ex Mercato Nuovo; cfr. W. Menis, *Topografia...*, Vol. II, p. 26; cfr. F. Robecchi, *Aqua...*, p. 24.

¹⁹⁹ Giuseppe Zanardelli ci restituisce una delle ultime descrizioni dell'acquedotto prima dei rimaneggiamenti ottocenteschi. Lo Zanardelli lamentò di come le opere per l'ammodernamento dell'approvvigionamento idrico fossero troppo trascurate. Così, nel vedere il distributore in ghisa esposto dall'ingegnere Abeni, in occasione dell'esposizione delle industrie bresciane del 1857, colse l'occasione per descrivere lo stato deplorabile in cui versavano le infrastrutture idriche cittadine; cfr. G. Zanardelli, *Sulla esposizione bresciana. Lettere di Giuseppe Zanardelli*, estratte dal giornale *Il Crepuscolo*, Antonio Valentini & C., Milano, 1857, pp. 271-286.

Per altre descrizioni dell'acquedotto si vedano i seguenti testi: A. Perego, *Dell'aria e delle acque potabili di Brescia*, in ASB, Atti Ateneo, b. 217; A. Perego, *Alcune osservazioni intorno alla distribuzione delle*

che attraversava il Comune di Mompiano era dotato di 13 aperture, delle quali solo 3 erano munite di parapetti, mentre le restanti, collocate rasoterra, erano prive di copertura lignea. Queste bocche, che servivano al rifornimento idrico della popolazione, finirono con il rappresentare una fonte di pericolo tanto per i passanti, che sovente potevano finirci dentro, tanto per le sostanze organiche, che non trovando alcun ostacolo, colavano all'interno dell'acquedotto. Uscito da Mompiano, il condotto proseguiva il suo corso lungo la strada comunale fino al suo ingresso in città, che terminava presso il Monastero di S. Giulia.

La fonte di Mompiano, che garantiva a Brescia una portata di 316.000 ettolitri, nel 1837 riforniva 75 fontane pubbliche e 1.378 private, numeri che rendevano Brescia la città italiana seconda solo a Roma per numero di fontane²⁰⁰.

Non tutte le sette scaturigini davano però un'acqua ugualmente pura. Da quella posta più a ponente, in cui filtrava l'acqua corrotta del fiume Celato, proveniva un'acqua torbida e disgustosa²⁰¹. In periodi particolarmente siccitosi, come quelli estivi, la città usava

acque in Brescia, in ASB, b. 217; W. Menis, *Topografia...*, Vol. II, pp. 38-42; F. Robecchi, *Aqua brixiana*, Grafo, Brescia, 1997, Vol. I, pp. 25-44.

²⁰⁰ W. Menis riporta il numero complessivo di 1.453 fontane, divenute 2.018 nel 1857. Si tratta di un aumento ragguardevole, soprattutto perché le nuove costruite erano tutte private. La loro edificazione non deve aver comportato alcun miglioramento alla pubblica igiene, perché a un aumento demografico non corrispose un aumento delle fontane pubbliche; cfr. W. Menis, *Topografia...*, Vol. II, p. 40; cfr. A. Sabatti, *Relazione di un nuovo metodo di misurare...*, b.220.

Viene data conferma del numero di fontane riportato da Menis, dallo storico locale Carlo Cocchetti, il quale asseriva come queste, al principio dell'Ottocento, ammontassero in tutto a 1.409, mentre nel 1859 ascendevano a 78 le pubbliche e 1.940 le private; cfr. C. Cocchetti, *Brescia e sua provincia*, Editori Corona e Cami, Milano, 1859, p. 254. Zanardelli contava che ogni giorno entravano in città 316.000 ettolitri di acqua, diretti alla metà circa delle sue case, che garantivano un approvvigionamento idrico medio per abitante di 903 litri. Si trattava di cifre notevoli per le esigenze domestiche ottocentesche, secondo cui una razione di 4 o 5 litri a persona era sentita come più che sufficiente. Per fare qualche paragone con città più grandi, Parigi distribuiva 67 litri per abitante, Londra 95, Filadelfia 65, Genova 110 e Roma, la sola ad essere in testa a tutte le altre città, ne distribuiva 944; cfr. G. Zanardelli, *Sulla esposizione bresciana...*, p. 278; vedi anche A. Taeri, B. Peroni, *Le fontane di Brescia*, in *Brixia 1882*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1882.

²⁰¹ Il fiume Salato o Celato, probabilmente un residuo dell'acquedotto delle Valle Trompia, chiamato impropriamente fiume, era in realtà un canale derivato delle acque del Mella, che sin dal V d.C secolo veniva deviato in vicinanza di Costorio, a 10 chilometri da Lumezzane, in Val Trompia, per alimentare le fabbriche ivi situate. Da qui le acque del Salato si inserivano in quello che rimaneva dell'acquedotto di origine romana, rimanendo per l'appunto celato. L'acqua del fiume dalla sua origine sino a Mompiano riceveva le immondizie di alcune case e botteghe, proseguiva poi rasentando un porcile e verso la città, passava sotto l'alveo del fiume Garza, o Melone, lambiva le tortuosità del monte di Mompiano e giungeva sino al bacino del lago. Prima del suo ingresso nella sorgente, l'acqua faceva un salto tale da formare una cascata, che dava movimento a un mulino posto appena prima della fonte. Tale era la forza, che la pubblica necessità comandava che quelle acque, anche se sporche, venissero introdotte nell'acquedotto, nella proporzione di uno a quattro; cfr. A. Perego, *Dell'aria...*, b. 217; P. Gorno, *Riflessioni sulle proposte*

introdurre nel bacino di Mompiano, proprio quest'acqua, nonostante servisse a ripulire i rifiuti di porcili e macelli, posti a nord della fonte. Pertanto, l'abbondanza e la limpidezza delle acque, tanto cantata dal poeta Cesare Arici, erano in fondo un semplice mito letterario²⁰². Anzi, la loro cattiva gestione valse a Brescia la nomea di città della mala igiene²⁰³. L'intorbidamento delle acque, ben noto ai cittadini, soprattutto a seguito di forti temporali era tale da renderle inutilizzabili. Per scongiurare l'ipotesi che proprio questo inconveniente potesse essere la causa delle continue gastriti, febbri intermittenti

del prof. Rodolfo Rodolfi onde rendere vieppiù salubri le acque della sorgente di Mompiano, 1867, in ASB, Atti Ateneo, busta 211;

²⁰² Cesare Arici, noto poeta bresciano, che peraltro morì di colera il 2 luglio 1836, lasciò, nel suo poema sulle fonti di Brescia, qualche verso dedicato alla sorgiva di Mompiano, che nel XIX secolo riforniva tutta l'urbe: «Onde Brescia ha ghirlanda, il fremer grato/ pur lei lusinga di piacevol rio:/ che, surto a piè d'arcana Arbore antica, / stretto in marmorea conca, si devolve/ alla cittade; e fresca e cristallina, / in più di mille rivoli partita,/ mille avviva fontane onda salubre. / Non mai quel tronco secular (si tratta del tasso secolare, che ombreggiava il laghetto) dispoglia/ l'onor delle sue frondi; e non per verno/ che geli, o vampa che a la state incalzi, / cessa il fonte gentil; né il corso allenta/ povero d'acque, o torbido prompme/ d'inutil piena; ma cortese a un modo/ rampolla dell'annosa arbore al cespo. // ». All'interno dello stesso poema, il poeta bresciano decantava un altro fiume, importante, nonostante il suo corso risiedesse fuori dalle mura cittadine: il Mella. Utilizzato per lo più dalle industrie siderurgiche della Valle Trompia e dall'agricoltura: «Ben altro appare, ed altra il vicin Mella/ serba misura; ché, romoreggiando/ per le valli e rotando arbori e massi, / ruinoso e superbo alla pianura/ si caccia e il campo delle messi invade; //», cfr. C. Arici, *Poesie scelte*, a cura di Z. Biccherai, Successori Le Monnier, Firenze, 1874, pp. 208-209.

²⁰³ A causa del sistema di fognatura per mezzo dei fossi, che a Brescia rimase in uso fino alla fine dell'Ottocento, il terreno si trasformava, in concomitanza di abbondanti piogge, in una cloaca a cielo aperto. Per lo stato d'incuria in cui venivano abbandonati i rifiuti, il medico bresciano Tullio Bonizzardì reputava che «Brescia potrebbe dirsi, la città della mala igiene»; cfr. T. Bonizzardì, *Delle condizioni fisiche della città di Brescia in rapporto alla sua salubrità e alle malattie d'infezione*, Tip. Apollonio, Brescia, 1884, p. 95.

Per un approfondimento della questione igienica bresciana, si vedano i seguenti testi: F. Gamba, *Delle cause che fanno apparire in Brescia sì grave mortalità in confronto alle altre città italiane*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, busta 208; L. Fornasini, *Il sottosuolo di Brescia e i sistemi di medicina*, memoria letta il 03.07.1870, in ASB, Atti Ateneo, busta 207; G. Da Como, *Ancora dell'acqua sul sottosuolo di Brescia*, memoria letta il 22.06.1884, in ASB, Atti Ateneo, Atti accademici, busta 204; G. Da Como, *Disperdimento dell'acqua nel sottosuolo di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1879, busta 204; A. Perego, *Tavole contenenti i risultati dell'analisi di alcune specie di aria e di acqua della città di Brescia*, in ASB, Atti Ateneo, 1834, busta 217; G. Ghirardi, *Del concime umano*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1875, busta 209; V. Galli, *Istruzioni popolari sul tifo o peste bovina*, in Atti Ateneo, Carte Galli, busta 133; V. Galli, *La buona fede e la scienza sopra una mia memoria sulla fognatura*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, b. 133; V. Galli, *Fognature*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, busta 134; L. Fornasini, *Della riforma delle carceri voluta dalla morale, dalla politica e dalla igiene*, in ASB, Atti Ateneo, busta 207; T. Bonizzardì, *Ai pochi superstiti della epidemia opportunista a coloro cui il vero è culto che né scema né impallidisce né apostata dinanzi al tornaconto*, Tip. Apollonio, Brescia, 1885; T. Bonizzardì, *La buona fede e la scienza sopra una mia memoria sulla fognatura: in relazione alle obiezioni lette all'Ateneo bresciano dal Dottor Galli*, Tipografia Commerciale, Brescia 1888; T. Bonizzardì, *La canalizzazione nei suoi rapporti colla morbilità e mortalità*, Tipografia Commerciale Brescia, 1889; T. Bonizzardì, *Relazione sull'epidemia di febbre tifoidea letta al consiglio sanitario regionale nell'ottobre 1886*, Tipografia dello Stabilimento S. Lapi, Città di Castello, 1889; T. Bonizzardì, *Della memoria del dottor Luigi Fornasini, che ha per titolo Cholera studi e congetture ne' suoi rapporti colle scienze mediche*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1874.

e diarree, la Congregazione municipale di Brescia nel 1834 comandò l'analisi chimica dell'acqua nei tratti in cui questa appariva più compromessa. Uno sguardo odierno ai dati riportati a seguito delle indagini, eseguite nel gennaio del 1834, da parte di Antonio Perego, presidente della Commissione delle acque e dal dottor Stefano Grandoni, aiuterà a leggere in quali termini le acque scorrenti a Brescia, destinate ad uso alimentare, fossero in realtà un brodo di coltura batterica. I due commissari prelevarono l'acqua dalle 7 scaturigini, dal fiume Mella, dal fiume Celato e dall'acquedotto per dimostrare quale tra queste fosse la più pura²⁰⁴. Tuttavia, ciò che più importava alle autorità era il verificare se le acque del Celato, commiste in una proporzione di 1 a 4 con quelle dell'acquedotto nei periodi siccitosi, ne compromettessero la potabilità. Tutti i campioni prelevati confermavano la potabilità delle acque, ma si attestò che le qualità potabili del Mella-Celato fossero inferiori, per la presenza di sostanze eterogenee, a quelle della sorgente di Mompiano. Sostanze queste che comunque non venivano percepite come causa di alterazione, perché la loro presenza risultava in quantità assai inferiore rispetto alle materie di scarto che il Celato riceveva in alcuni siti. Così, poiché non era emersa la presenza di sostanze manifestamente nocive, se non quella massiccia di solfato di magnesio, che ne determinava il forte sapore salmastro, si arrivò a consigliare il suo utilizzo per gli effetti purganti che essa poteva produrre. Indipendentemente dalle conclusioni dei commissari, i cittadini cominciarono a lamentare la necessità di isolare la settima scaturigine e l'acqua del Celato, salvo ad immetterla nel bacino di Mompiano, qualora l'acqua fosse tornata limpida con il bel tempo e qualora le condizioni siccitose lo avessero richiesto. Alle sollecitazioni, però non corrisposero i dovuti provvedimenti, perché il Comune continuò a riversare una parte dell'acqua del Celato nell'infrastruttura.

La compromissione delle acque non dipendeva solo dall'immissione del Celato, perché contribuivano una moltitudine di altri fattori, tra cui i trafori a forma di pozzo, posti lungo il corso dell'infrastruttura e la disomogeneità delle lastre di pietra, che in alcune sezioni, lasciavano libero adito alle acque insozzate dal fango, provenienti dalle strade e dai campi vicini. Non meno dannosi erano i numerosi episodi di appropriazione delle

²⁰⁴ Il bacino del Mella trae origine dalle cime del Monte Colombine, dal Monte Maniva e dalla Corna Blacca. Questo fiume, che scorre circa tre chilometri a ovest dalla città, contribuì alla fioritura del settore siderurgico.

acque pubbliche da parte di privati. Molte famiglie, residenti nel suburbio, prive di fontane, si arrangiavano scavando pozzi direttamente nel vivo dell'acquedotto o calando nelle sue sezioni scoperte pitali o paioli incrostati di fuliggine e polenta. Le materie organiche che così finivano nel condotto arrivavano sino alle vasche delle fontane cittadine, a cui spesso attingevano molti ignari cittadini²⁰⁵. Per incoraggiare l'ingestione di un'acqua così malsana, è attestato l'uso inveterato di neutralizzarne il cattivo sapore gettando gesso nell'acquedotto²⁰⁶.

Fatto sta che non furono solo i comuni cittadini a mostrare un certo malcontento verso la gestione della rete idrica cittadina, ma anche un certo numero di medici e intellettuali bresciani, che poco prima dell'invasione colerica, lamentarono come l'acqua delle pubbliche fontane fosse di pessima qualità. Fu consigliato agli utenti di depurarla in qualche modo. Tra gli espedienti più utilizzati si annoverarono l'impiego di garze, che applicate alle bocche delle fontane, permettevano quantomeno di filtrare le maggiori impurità.

Alle proteste legate alla cattiva manutenzione se ne aggiunsero altre: quelle che invocavano una legge che regolamentasse l'uso delle acque correnti e quelle delle fontane, perché molti privati cittadini rivendicavano la proprietà assoluta dell'acqua su cui pagavano un canone annuale, a discapito del popolo, che nei periodi di secca rimaneva senza acqua²⁰⁷. In effetti, la figura del fontaniere, incaricato della corretta ripartizione delle acque, che ne regolamentava la quantità da concedersi ai privati, variando il diametro del foro praticato nel cestello dell'acqua, era stata soppressa dal Governo provvisorio del 1797. La mancanza di un addetto con mansioni specifiche

²⁰⁵ La cattiva abitudine di immergere i vasi nelle vasche e di non prelevare l'acqua dai tubi viene riportata dal medico Tullio Bonizzardì; cfr. T. Bonizzardì, *Relazione sull'epidemia di febbre tifoidea di ...*, p. 5.

²⁰⁶ Spiegazione data da Vitaliano Galli nel denunciare le pratiche di falsificazione e frode nella produzione e vendita del vino. Interessante leggere nella relazione del medico, che denunciava la cattiva abitudine di aggiungere solfato di calce nel vino per togliere qualche difetto, che «taluni comizi agrari consigliano la gessazione dei vini acidi. L'aggiunta del solfato di calce è biasimata da quasi tutti gli igienisti»; in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, Vitaliano Galli, *Briachi e briaconi, alcolismo, studi e proposte*, b. 134.

²⁰⁷ Antonio Sabatti, membro della Commissione alle fontane cittadine, convinto della necessità di riformare l'antico metodo di distribuzione dell'acqua comunale, avanzava la proposta di raccogliere tutta l'acqua delle fontane, che inutilmente andava persa, in una cassa idrometrica. Sabatti dimostrò che con l'acqua che veniva dispersa al partitore degli Angeli si poteva formare una fontana pubblica nel circondario di S. Nazaro, dove più di 50 famiglie erano prive di una fontana; cfr. A. Sabatti, *Relazione di un nuovo metodo...*, b.220; si veda anche G. Da Como, *Progetto di edificio misuratore della portata variabile di un vaso convertibile in bocca a regolatore variabile, memoria letta il 18.04.1880*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, busta 204.

diede luogo ad abusi, permettendo ai privati cittadini di sottrarre acqua alle fontane pubbliche per accrescere la portata delle loro. In conseguenza di ciò, in molte case, si vedeva, in alcuni giorni, il getto diminuire o cessare del tutto, mentre in altre era tanto abbondante, che l'acqua in eccesso si disperdeva inutilmente, nonostante fosse manifesto che tutta quella che sopravanzava di diritto ai cessionari avrebbe dovuto convertirsi a vantaggio del pubblico. In tal modo, l'acqua in surplus fluiva automaticamente nei condotti privati, quando avrebbe dovuto accrescere la portata delle fontane pubbliche. Quali fossero i privati e soprattutto i pubblici danni, causati da un tale sistema di ripartizione delle acque è facilmente immaginabile. In ragione di ciò, la Congregazione municipale istituì nel 1820, a imitazione dei *curatores aquarum* romani, una Commissione delle acque delle fontane. Il deputato Antonio Sabatti, per garantire che quelle pubbliche fossero sempre provvedute di acqua, propose che l'acqua in esubero nelle private scaricasse non a terra, ma nelle vasche ad uso pubblico. Con questo artificio si pensò di risolvere anche il problema del disseccamento della fonte di Mompiano, per cui era necessaria l'immissione nelle fonti medesime del Celato²⁰⁸.

Lo stato in cui versavano le fontane divenne tanto più grave quando fu abbandonata la pratica di dividere le fontane pubbliche in due specie: quelle cioè destinate al lavaggio dei panni e quelle destinate ad uso potabile, con l'immaginabile, ulteriore inquinamento di queste ultime²⁰⁹. Durante il colera, non furono abbandonate queste abitudini. Così, se

²⁰⁸ Antonio Perego riportava che per i cittadini era meglio avere poca e buona acqua, che molta e cattiva; cfr. A. Sabatti, b. 217.

²⁰⁹ Frequentissimo, in tempo di colera, l'accorrere delle donne alle fontane pubbliche per «lavare le biancherie ed i panni lordati dai colerosi. E l'acqua nel ristretto alveo della fontana, che ha poco movimento e mutazione per la piccolezza del proprio zampillo, così lordata dalle materie escrementizie dell'infetto, nelle quali proprio risiede il contagio, quell'acqua disse lordissima fetente come non doveva comunicarlo anche ai panni dei sani? Ognuno conosce come le donne povere si accontentino di una imperfettissima lavatura dei panni prive dei mezzi di fare il bucato nel modo che si conviene quei loro pannolini infatti non prendono mai la dovuta bianchezza, e se li fiutate anche asciutti mandano un odore nauseante: ora se questo mezzo d'infezione non sembrasse ad alcuno di grave importanza, tuttavia non si dovrà trascurare del tutto». Cfr. P. Gorno, *Alcune riflessioni sul colera che ha imperversato in Brescia e sua provincia nella state del 1855*, in ASB, Ateneo, Atti Accademici, b. 211.

Il Vice Console pontificio, il veneziano Giuseppe Battaglia, spiegava così l'elevato tasso di mortalità riscontrabile fra le lavandaie: «si può sospettare che il contagio stia più nelle biancherie, nelle vesti, e nelle altre cose usate dall'ammalato, che nell'ammalato medesimo, avvegnaché i sacerdoti, gl'inservienti, i quali tanto sono dappresso agli ammalati si serbano illesi, mentre le lavandaie e quelli che imprudentemente maneggiarono le biancherie de' cholerosi senza le debite cautele, offrirono spesse volte funesti esempi di fulminanti attacchi»; cfr. G. Battaglia, *Il cholera morbus non è poi tanto a temersi, come si crede: cenni di un osservatore imparziale sopra la suddetta malattia dominante in Venezia atti a tranquillare e ad istruire colle prove e coi fatti*, in ASB, Ateneo, Atti Accademici, b. 196.

da un lato, la presenza di poche fontane pubbliche costituiva un elemento di pericolo per l'utenza che vi attingeva, dall'altro, non fu da meno la consuetudine popolare di attingere acqua per uso domestico da quelle stesse vasche che servivano per il bucato degli indumenti dei colerosi. L'acqua che defluiva dalle vasche si trasformava così in un piccolo Gange colerico, che si disperdeva nel terreno²¹⁰.

Oltre all'acquedotto di Mompiano e alle fontane cittadine, il rifornimento idrico della città era rappresentato anche da due canali, conosciuti con i nomi di Bova e Celato o Salato e da 1.342 pozzi privati²¹¹. Entrambi i canali, varcate le mura di Porta Pile, attraversavano il centro cittadino da Nord a Sud. Scorrevano paralleli fra le case e fornivano l'energia idraulica necessaria per far funzionare alcuni opifici, che nel XIX secolo erano ancora presenti in città. Come si vede dalla Mappa n. 2, i due canali, quando giungevano al principio di Rua Confettora versavano le loro acque in un alveo, che un tempo era destinato a ricevere il fiume Garza, il cui corso fu deviato per farlo scorrere lungo le mura esterne, perché insieme a un altro fiume, il Grande, serviva ad irrigare i campi suburbani. Prima di entrare nell'ex alveo del Garza, le acque del Bova venivano immesse in 15 bocche di deviazione, che passando per una moltitudine di tubi venivano diramate a molte contrade per uso domestico, ma soprattutto per raccogliere le lordure civiche. Parte delle acque del Bova si dirigevano poi verso gli spalti delle Grazie e di S. Cosimo, anche se la parte più cospicua andava a scaricare nel fiume Dragone, che diviso in due rami, le portava fuori dalla città, verso Porta S. Nazaro. I due canali, che spesso furono erroneamente indicati nelle mappe con il nome Garza, scorrevano coperti sotto il palazzo della Loggia, da qui, scoperti passavano tra le case di Corso Mercanti, poi sotto il pubblico macello per giungere all'albergo del Gambero, dirimpetto ai portici dell'attuale Corso Zanardelli, all'incrocio delle attuali via X Giornate e Corso

Da una denuncia del 14 gennaio del 1835 si evince che nelle vasche di alcune fontane, come quella collocata nel vicolo chiuso sulla Contrada S. Giuseppe, i privati cittadini facevano scaricare le acque reflue degli acquai; cfr. rub. XXXV, 6/1B, II parte, b. 3860.

Gli incomodi legati alla dispersione delle immondizie toccavano anche alcuni privati, che spesso vedevano le cantine delle loro abitazioni infradicate dall'umidità di risalita dei fiumi e dagli scarichi di alcuni appartamenti che vi trovano sfogo; cfr. ASB, b. 3860.

²¹⁰ Tullio Bonizzardi, *Relazione ...*, p. 5.

²¹¹ Il fiume Bova scende da nord e prosegue verso ovest e si separa all'altezza della Stocchetta dal fiume Grande. Passa per San Bartolomeo e lungo la cinta muraria posta tra Porta Pile e Canton dell'Albera. Percorrendo via Fiume, oggi via Fratelli Bandiera, immette le sue acque nel Celato all'incrocio tra le attuali via S. Faustino e contrada del Carmine; cfr. *Enciclopedia bresciana*, Vol. I, p. 254.

I pozzi di ragione privata pescavano a una profondità variabile tra i 5 e i 20 metri ed erano concentrati nei quartieri più affollati della città; cfr. S. Onger, *La città...*, p. 92; cfr. W. Menis, *Saggio...*, Vol. II, p. 26.

Palestro. Sotto l'albergo un "partitore" divideva nuovamente le acque di Bova e Celato. Metà di queste era ricevuta in un alveo che attraversava contrada del Gambero, l'attuale Corso Zanardelli, passava poi sotto lo Spedale Maggiore e scorreva fino alla piazzetta di S. Alessandro. Sotto lo Spedale Maggiore uno sfiatatoio scaricava parte delle acque di questa diramazione in un condotto, il quale a sua volta, diviso in due rami le portava fuori da Porta S. Alessandro e nei pressi di S. Gaetano. L'altra metà di queste acque scorreva da Contrada del Gambero in direzione dello Spedale femminile e da qui verso gli spalti.

Tutte le acque che uscivano dalla città per mezzo di una moltitudine di sbocchi venivano impiegate nell'irrigazione dei campi, soprattutto di quelli che si distendevano a sud, situati cioè tra Porta S. Alessandro e Porta S. Nazaro. Queste dopo aver raccolto gli scarti delle concerie, del pubblico macello e delle contrade, ricche di materie azotate, svolgevano la funzione di fertilizzante per gli orti suburbani, che producevano sempre freschi ortaggi per le tavole cittadine. L'accumulo di sostanze organiche e di acque stagnanti, appena fuori dagli spalti, diventò presto una pratica non più tollerabile all'occhio degli igienisti.

Nell'Ottocento, la rete di canali che aveva modellato gran parte del tessuto urbano di Brescia finì con l'essere sentita come una terribile piaga²¹². Stando alle lamentele popolari, quel che dava più fastidio era l'odore nauseabondo che queste vere e proprie cloache scoperte emanavano²¹³. Fetore causato o dalla carenza di acqua nei canali, che

²¹² Il medico dello Spedale Civile di Brescia Rodolfo Rodolfi scriveva che tra tutti i pregiudizi che «ritardano il progresso e la diffusione delle discipline igieniche e traviano gli elementi dell'opinione pubblica, ve n'ha in ispecialità uno i cui effetti furono insino ad oggi di così pernicioso natura. [...] Vogliamo parlare di quella viziosa abitudine di fare trascorrere acque e fiumi attraverso la città allo scopo che tutti i condotti pongano capo in essi, con tutte le lordure delle loro abitazioni. La nostra città è traversata da due piccoli fiumi, i quali servono mediante le loro diramazioni, a trasportare nelle basse campagne tutte le materie escrementizie che scolano dalle case e dal pubblico macello, che trovasi, pur troppo, nel centro delle vie più frequentate. Tali esalazioni si fanno insopportabili e nocive alla salute specialmente nella stagione estiva, in cui scarseggia l'acqua»; cfr. R. Rodolfi, *Intorno al cholera*, Tip. Giuseppe Chiusi, Milano, 1865.

²¹³ La sottocommissione di sanità di Brescia fece osservare come i canali della città fossero delle vere e proprie fogne a cielo aperto. Questi rimanendo non di rado asciutti, o quasi, esalavano terribili fetori dalle sezioni scoperte, a causa delle materie di scarto che ricevevano dalle latrine; cfr. T. Bonizzard, *Ai pochi superstiti della epidemia opportunistica a coloro cui il vero è culto che né scema né impallidisce né apostata dinnanzi al tornaconto*, Apollonio, Brescia, 1885, p. 9. Il sottosuolo di Brescia veniva altresì definito un «gran pitale entro cui s' adagerebbe la città»; cfr. T. Bonizzard, *Delle condizioni fisiche della città di Brescia...*, p. 24; V. Galli, *Fognature*, in Atti dell'Ateneo, Carte Galli, Studi diversi, 1888, b. 134; F. Gamba, *Sull'origine e diffusione della febbre tifoide*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1884, b. 208; F. Gamba, *Delle cause che fanno apparire in Brescia sì grave mortalità in confronto alle altre*

con la forza della corrente spazzasse via i materiali di scarto, o dalla riduzione della pressione barometrica²¹⁴. In effetti, la diminuzione della pressione atmosferica aumentava la capacità igroscopica dell'acqua, che comportava il continuo scambio tra il contenuto dei canali e il terreno circostante, motivo per cui, soprattutto in estate, le esalazioni diventavano un disturbo insopportabile. Prova visibile del fenomeno erano le piene del Garza, cui seguiva un innalzamento generale delle acque contenute nei pozzi²¹⁵. Il fetore diventava automaticamente prova del continuo scambio tra rete idrica canalizzata e sottosuolo, da cui la contaminazione delle acque dell'acquedotto con quelle canalizzate e contenute nei pozzi neri, il cui numero, nel 1836, ascendeva a 2.050²¹⁶. Questo continuo scambio veniva provocato sia dal tracciato irrazionale della rete idrica interna, per cui i condotti passavano in alcuni punti molto vicino alle fogne, sia dalla fragilità dei tubi in argilla, che dava luogo a frequenti dispersioni.

città italiane, in ASB, b. 208; F. Gamba, *Alcune note sulla mortalità di Brescia*, in ASB, b. 208; L. Fornasini, *Il sottosuolo di Brescia e i sistemi di medicina, memoria letta il 03.07.1870*, in ASB, Atti dell'Ateneo, b. 207;

²¹⁴ Le numerose lamentele che i cittadini rivolgevano alla Congregazione municipale e alla Commissione di sanità testimoniano quanto la vista e l'odore di questi canali fossero ormai intollerabili per la popolazione. In una grida del 1835 firmata da alcuni cittadini bresciani veniva lamentato che il fiume Garza, nella porzione scoperta tra Corso Orefici e Piazza Loggia, versava in condizioni deplorable. La scarsità dell'acqua e il suo corso non rettilineo e quasi stagnante lasciavano che l'acqua e il letto del fiume tramandassero odori così scomodi e nocivi che gli abitanti erano obbligati a usare profumi per nasconderli. Per rimediare a tale scomodo essi chiedevano che potessero essere coperti; in. ASB, rub. XXXV, 6/1B, I parte, b.3860.

²¹⁵ Il torrente Garza, che nasce tra le Valli Sabbia e Trompia, scende attraversando Nave e Caino, devia verso Bovezzo e Mompiano, prosegue verso sud, nell'area occupata dalla città di Brescia, per confluire nel Mella, presso Manerbio, nella bassa bresciana. Il nome del fiume deriverebbe dal termine longobardo *wardia*, cioè guardia, che suggerirebbe il suo utilizzo a scopo difensivo. Quando nel XIII secolo la città vide un'espansione verso ovest, l'alveo del fiume fu inglobato nel tessuto urbano, causando non pochi problemi con le sue continue esondazioni. Il trasporto di pietrisco e terriccio portò più volte all'interramento dell'alveo e per questo nel corso dei secoli il suo corso fu deviato. La sua conformazione definitiva si deve alla decisione del Governo provvisorio, nel 1797, di abbandonare l'alveo originario del Garza e di deviarlo nella fossa perimetrale cittadina. L'amministrazione cittadina fu costretta ad aprire una breccia nelle mura meridionali, in Canton Mombello, per far defluire le sue acque nell'alveo, che sul lato ovest affiancava via Mantova, mentre sotto l'attuale cavalcavia Kolbe le acque di Garza e Naviglio si unificavano; cfr. F. Robecchi, *Aqua brixiana. Fiumi, canali, acquedotti e fontane nella storia di una città*, Grafo, Brescia, pp. 172-177.

Il dr. Angelo Bettoni lamentava la troppa vicinanza dei pozzi ai canali, per cui l'acqua dei primi, in determinate condizioni atmosferiche, contaminava l'acqua dei secondi; cfr. A. Bettoni, *Sulle condizioni sanitarie della città* in ASB, sez. Manoscritti di Angelo Bettoni, b. 197. Esisteva anche un preciso regolamento sulla vuotatura dei pozzi, che difficilmente veniva rispettato; cfr. *Regolamento speciale pella costruzione, riattamento, manutenzione e vuotatura dei pozzi neri e fogne nelle case della città di Brescia*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1873.

²¹⁶ Dati estratti dalla relazione redatta dall'ufficio del Genio municipale di Brescia il 30 gennaio 1885, in ASB, sez. manoscritti di Vitaliano Galli, parte II, b. 133.

Tutto questo spiegherebbe perché a Brescia le malattie gastroenteriche e il colera fossero tanto diffusi e perché i casi segnalati seguissero la linea della canalizzazione sotterranea. Il vibrione utilizzò come mezzo di trasmissione l'intera rete idrica bresciana. Pozzi, cisterne, canali, acquedotti, trasportavano indisturbati il colera, contagiando contrada dopo contrada, senza esaurirsi tra le mura cittadine e proseguendo anche nel suburbio. Qui, come si è detto, defluivano le acque dei canali, contaminando inevitabilmente anche gli ortaggi che vi si producevano ²¹⁷. Questi ortaggi, che venivano portati dentro le mura per essere venduti ai cittadini, finivano con il rappresentare un ulteriore mezzo di propagazione della malattia. Tali alimenti, infatti, contaminati dai vibriani, magari consumati senza previa cottura, finivano per “slatentizzare” i vibriani presenti nei portatori sani, che diventavano portatori del colera a tutti gli effetti. Da qui la sfilza di divieti, ordini e suggerimenti sul corretto regime alimentare da seguire, che, seppure emessi senza consapevolezza del nesso eziologico esistente fra il consumo degli ortaggi e il colera, riflettevano evidentemente la constatazione empirica della frequente comparsa dei sintomi della malattia in chi aveva mangiato frutta e verdura prodotte nel contado²¹⁸.

Si può pertanto affermare che, in relazione al colera, l'acqua fungeva da veicolo di trasmissione della malattia su lunghe distanze e contaminava gli ortaggi, che a loro volta diventano mezzo di trasmissione di essa. In effetti, nelle città ottocentesche, le acque pluviali dalle grondaie ricadevano direttamente sulle strade, sconnesse e spesso mal lastricate. Le buche e i fossati diventavano così dei veri e propri serbatoi di immondizia e di acque stagnanti, nonché ricettacolo di vibriani. Per effetto dei temporali, queste acque finivano ovunque: invadevano piani terreni, come si è visto nel

²¹⁷ Nella seduta tenutasi in Ateneo il 4 settembre 1887, il medico Tullio Bonizzarda raccontava che durante una visita sanitaria fatta ai fossi delle ortaglie suburbane ebbe a vedere gli erbaggi con attaccati i cataplasmi, scaricati dai nosocomi e cosparsi di altre materie di deiezione. Sulle sponde dei fossi furono osservate delle assi di legno disposte per formare una latrina, che andava a scaricare sui gambi di sedano, spogliati dei loro involucri per mantenere meglio la loro freschezza e renderli più vendibili; in ASB, Sezione manoscritti, Vitaliano Galli, parte II, b. 133. Vedi anche G. Ghirardi, *Del concime umano*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1875, b. 209.

²¹⁸ Il divieto di cibarsi di alcuni ortaggi, come le zucche, era legato alla presenza di quello che nel gergo popolare veniva definito *mallume*, ovvero un fungo che attaccava le piante nel mese di giugno, soprattutto se molto piovoso e poco caldo; cfr. P. Gorno, *Storia di un'epidemia di colera con alcune osservazioni sulle cause*, in ASB, Ateneo, Atti Accademici, b. 211.

caso del manicomio femminile, colavano nei canali e allagavano le cantine²¹⁹. I vibrioni erano ovunque: nei canali, nell'acquedotto, nelle fontane, nelle case e sugli alimenti. Non fu certo un caso che la curva epidemica a Brescia cominciò a salire dopo che il 12 maggio un violento acquazzone si rovesciò sulla città²²⁰.

2.6 Analisi dei dati quantitativi

Nell'epidemia del 1835-36, la Lombardia registrò un tasso di mortalità secondo solo a quello della Sicilia (35,3 per mille), pari a circa il 14% del totale dei decessi provocati dal colera in Italia²²¹. Nel giro di nove mesi (dal dicembre 1835 al novembre del 1836) la malattia totalizzò circa 32.000 morti, stroncando, cioè l'1,3% della popolazione lombarda dell'epoca. Alcune delle province lombarde furono solo marginalmente colpite, mentre altre furono devastate. Quel che è certo è che i tassi più alti in termini di mortalità e morbilità della regione si registrarono all'interno delle mura bresciane. Dopo la comparsa dei primi casi, alle soglie della bella stagione, il colera sparì per poi ricomparire con maggiore virulenza nei mesi estivi. Fu proprio questa discontinuità che non permise un'azione pronta ed efficace, peraltro già fortemente compromessa dall'atteggiamento amletico delle autorità competenti. La discontinuità, la

²¹⁹ Sulla dispersione delle acque nel sottosuolo a Brescia si veda: G. Da Como, *Disperdimento dell'acqua nel sottosuolo di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1879, b. 204; G. Da Como, *Ancora dell'acqua sul sottosuolo di Brescia, memoria letta il 22.06.1884*, in ASB, b. 204.

²²⁰ Il dottor Paolo Gorno, da anti-contagionista qual era, sosteneva che le vicende atmosferiche avessero influito non poco sullo sviluppo della malattia nella città di Brescia. Così scriveva a tale proposito: «sulla primavera le piogge furono frequenti e strabocchevoli, massime nelle nostre basse pianure, ove il 12 di maggio accadeva un vivo diluvio, non più veduto, il quale in poche ore, cangiati i ruscelli ed i piccoli fiumi in vasti torrenti, recava immensi danni ai fabbricati ed alle campagne. Il giugno stesso non fu che una continua pioggia, ed appena in luglio il caldo incominciò a farsi sentire, ma per breve durata, interrotto sì spesso da estesi temporali, massime alla metà circa del mese, i quali di molto continuamente diminuivano il calore dell'atmosfera; ma nelle nostre basse pianure ne fu tale l'abbassamento che per parecchie mattine consecutive fu veduta la nebbia, come ne' mesi d'inverno»; cfr. P. Gorno, *Storia di un'epidemia di colera con alcune osservazioni sulle cause*, in ASB, Ateneo, Atti accademici, b. 211. Per Tullio Bonizzardì le alluvioni, che provocavano le esondazioni dei canali contribuivano a disseminare ancora di più i materiali infetti. Perché dove «è seminato il tifo, la dissenteria od il colera non si può raccogliere che tifo, dissenteria e colera; a quella guisa che un terreno seminato a miglio, frumento, avena, non si raccoglie che miglio, frumento e avena»; cfr. T. Bonizzardì, *Delle condizioni fisiche della città di Brescia...*, p. 46.

²²¹ Cfr. A. Pasi, *Difformità e analogie nelle epidemie di colera. Realtà lombarde a confronto*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, Vol. II., p. 1056.

selettività del vibrione e le caratteristiche ambientali portarono alla registrazione di dati statistici assai diversi in ogni provincia.

Come dimostra la tabella 1, le città che registrarono un tasso di morbilità più alto furono Brescia, Bergamo e Crema, mentre le province meno colpite furono quelle di Mantova, Pavia e Milano. A Brescia sul totale della popolazione c'era un coleroso ogni 21,72 abitanti, a Bergamo uno ogni 58,92, mentre a Milano uno ogni 120,96. Se Brescia, Bergamo e Crema furono città che registrarono un maggior tasso di morbilità, Como registrò sì un basso tasso di morbilità, ma con un altissimo tasso di letalità, superiore quasi del doppio rispetto a quello di Brescia, complice la mancata denuncia alle autorità competenti dei casi di colera²²².

Alla luce di quanto riportato nella tabella 1, sarebbe utile chiedersi come mai alcune città del Lombardo Veneto furono devastate dalla malattia, mentre altre, come Milano, Sondrio, Mantova e Pavia furono solo marginalmente colpite. In Lombardia, proprio a causa del dibattito ideologico tra contagionisti e anticontagionisti, non tutte le province adottarono la stessa politica di intervento nel cercare di arginare gli effetti devastanti del colera. Questo perché l'intento di non ostacolare il commercio impedì alla classe dirigente di schierarsi nettamente dalla parte dei contagionisti, che volevano contenere la malattia attuando sequestri e quarantene²²³. Perciò quei Governi che sin da subito considerarono la malattia contagiosa riuscirono a diminuire drasticamente i tassi di morbilità e di mortalità. Infatti, se nella vicina Milano i medici erano tutti sostenitori

²²² Cfr. G. Ferrario, *Statistica medica di Milano*, p.121; cfr. *Almanacco cremasco*, 1837, pp. 167-183, in ASDCR.

²²³ Il medico bresciano Luigi Fornasini che accusava il Governo austriaco di aver lasciato libero il passo al contagio, scriveva così alle autorità «badate bene, badate bene al contagio! Onde voi siete in colpa delle stragi di Ancona, onde voi siete in colpa delle stragi di Sansevero; finalmente io vi accuso del male che avete cagionato all'Italia, vi accuso delle lacrime che le costate e di quelle moltissime che le potreste costare»; cfr. L. Fornasini, *Del cholera e I suoi rimedi*, Società per la pubblicazione degli annali universali delle scienze e dell'industria, Milano, 1865, p. 14.

Anche il più volte citato medico bresciano Rodolfo Rodolfi, osservatore delle tre gravi epidemie che colpirono Brescia, attribuiva ai paesi più “progrediti” d'Europa tutta la responsabilità delle stragi avvenute. «Abbiamo potuto constatare ancora una volta che l'arte, la scienza è prostituita ai trafficatori d'oro, che la vita dell'uomo è posta sulla bilancia in confronto della merce più vile, dei cenci, che le apparenti misure, i bugiardi provvedimenti sono globi di incenso alla pubblica opinione. E perché i governi mostrano tanta debolezza, tanta studiata cecità nel tutelare l'umana salute? E perché non intraprendono una difesa nazionale per salvare migliaia di vittime, quando per interessi materiali si prodigano miliardi a organizzare, riorganizzare, e mantenersi eserciti e fortezze? Potremmo noi chiamare difesa nazionale sette giorni di quarantena inflitta alle navi provenienti da luoghi infetti? [...] Si dirà difesa nazionale l'affidare l'esecuzione di tali provvedimenti a ufficiali sanitarj anticontagionisti?»; cfr. R. Rodolfi, *Intorno al cholera di Milano*, Giuseppe Chiusi, Milano, 1865, p. 3

della teoria contagionista, a Brescia e Bergamo le posizioni assunte da medici e politici furono, purtroppo, non altrettanto nette. La prevalenza delle posizioni contagioniste fra la classe medica milanese si tradusse in provvedimenti che limitarono i contatti fra le persone, a differenza di quanto si verificò nella realtà bresciana e bergamasca, dove questo non avvenne, determinando la presenza di più massicci tassi di morbilità. Questo spiegherebbe come mai una città come Milano, che vedeva ogni giorno molte persone spostarsi per motivi lavorativi e che aveva dei traffici commerciali tanto intensi, abbia riportato un tasso di mortalità decisamente inferiore ad altre città che avevano una minore densità abitativa e che registravano un minor numero di spostamenti²²⁴.

²²⁴ A differenza di quanto avvenne a Milano, a Bergamo appena si capì che il colera aveva varcato i confini della città, si attuò il regolamento sanitario del 16 gennaio 1817, per garantire l'immediato isolamento dei casi, che peraltro non si rivelò semplice. L'applicazione di quarantene e sequestri erano infatti resi difficili dall'incapacità di buona parte della popolazione nel saper riconoscere e distinguere i sintomi del colera da quelli dalle patologie gastrointestinali, che spesso la affliggevano. Ulteriore ostacolo al contenimento della malattia fu la diffidenza che il popolo nutriva verso la classe politica e verso i medici, soprattutto in quelle città in cui la classe medica era divisa su come considerare la malattia e che contribuiva con la sua incertezza a rendere ancor più sospettosa la gente; cfr. A. Pasi, *Difformità e analogie nelle epidemie di colera. Realtà lombarde a confronto*, in A. Tagarelli - A. Piro, ..., Vol. III, p. 1069; cfr. P. Rossignoli, *Del cholera osservato in Bergamo*, Pavia, 1837, pp. 6-11.

A Milano, invece, nella sera del 15 maggio 1836 circa 180 medici, riuniti nello Spedale Maggiore della città dichiararono all'unanimità il colera asiatico malattia epidemico-contagiosa ed in seguito a questa decisione operarono tutti in conformità a quanto deciso senza alcuna discrepanza di pareri, a differenza, invece, di quanto si vide in altre città e paesi. Inoltre, le autorità amministrative milanesi eseguirono sempre alla lettera e sin da subito tutto quanto deciso dai medici, senza alcuna difformità. Per evitare contagi all'interno delle strutture ospedaliere, vennero ricoverati solo gli abitanti fissi della città e dei Corpi Santi (vale a dire la fascia di territorio del suburbio situata appena fuori le mura spagnole della città), mentre furono assolutamente vietati i ricoveri degli stranieri e dei contadini. Come altre città europee toccate dal morbo, anche Milano non fu esente da dicerie che attribuivano ai medici o al Governo la responsabilità della diffusione del contagio. Nei primi giorni di luglio, infatti, si sparse nel basso popolo la diceria che i medici avvelenassero con l'olio di acido solforico i malati per diminuire "la turba dei pitocchi". Gli abitanti della campagna erano più soggetti a questa credenza, motivo per cui nelle aree rurali non si ebbe neppure quel minimo di assistenza sanitaria che, con tutte le approssimative nozioni sulla malattia, la classe medica era in grado di fornire. In città, i cui abitanti ammontavano a 156.617 si registrò un caso di colera ogni 102,69 abitanti ed un coleroso morto ogni 151,17, mentre nei Corpi Santi, i cui abitanti erano 25.768 si registrò un caso di colera ogni 33,99 abitanti e un coleroso morto ogni 53,13. Si registrò un maggiore tasso di mortalità anche tra i curati in casa rispetto a quelli ricoverati in ospedale. Questo perché il trasporto in ospedale impediva la diffusione del contagio all'interno del nucleo familiare. La mortalità negli ospedali di Milano era del 66,30% contro il 76,61% nelle case. Il maggior numero di casi si registrava di lunedì e di martedì il che suggeriva come i disordini dietetici a cui il popolo si abbandonava nei giorni di festa potessero diventare cause predisponenti a contrarre il colera; cfr. G. Ferrario, *Statistica medica di Milano*, pp. 92-129.

Anche nella città di Crema, dove il primo caso si registrò il 26 giugno 1836, nella persona di Antonio Germani, l'isolamento degli ammalati fu in molti casi impedito dal rifiuto dei malati di farsi ricoverare nella casa di soccorso, nella convinzione che i medici somministrassero il veleno ai colerosi. L'insistenza della Congregazione municipale di Crema e l'alto tasso di morbilità verificatosi in quelle famiglie che rifiutavano il ricovero valsero a convincere la popolazione che fosse «meglio partito il rifugiarsi nella casa di soccorso, anziché languire o perire nelle proprie case». Il 19 di luglio il Comune fu costretto a formare una ulteriore casa di soccorso nel locale di S. Domenico, che si aggiungeva a quello delle

Fu così che, anche a prescindere dai fattori strettamente microbiologici, fattori fisici, socio-culturali e umani rivestirono un ruolo fondamentale nel condizionare l'andamento degli indici di mortalità e letalità.

A Brescia, come si è visto, le circostanze favorevoli al progresso della malattia erano troppe, perché le poche misure sanitarie adottate bastassero a contenere il contagio in determinate aree. Il degrado della rete idrica, l'alto numero di fontane, la predisposizione degli abitanti e le frequenti comunicazioni lasciarono libero passo alla circolazione del vibrione. Come nelle altre città, l'andamento cronologico dell'epidemia si rivelò enigmatico: il colera scomparve dalla città il 16 aprile e ricomparve con forza inaudita nelle Sale delle Pazze il 14 di maggio. Da qui, il 3 giugno, passò all'ospizio della Mercanzia, ai circondari sovrappopolati di S. Giovanni e S. Faustino, nello Spedale degli Uomini e a tutta la città e provincia.

Con ogni probabilità il "morbo asiatico" arrivò a Brescia prima che la già citata lavandaia, Maria Mazza, venisse denunciata come colerosa²²⁵. Alcuni medici, infatti, sostenevano come nell'incertezza dei segni patognomonic, la malattia venisse facilmente confusa con altre, come la colerina, le gastroenteriti, la diarrea, o altri disturbi intestinali. Il colera, che sin dal suo esordio, non presentava sintomi chiari, rendendo problematiche e incerte le diagnosi, alimentò dubbi e sospetti circa la sua reale esistenza. Come si leggerà di seguito, a Brescia, superstizione, fanatismo e incredulità si rivelarono alleati del colera quanto la precarietà del rifornimento idrico.

Nel 1831, mentre il morbo infieriva a Vienna e in molte province orientali dell'Impero austriaco, la popolazione bresciana fu presa dal timore e dalla preoccupazione di dover soggiacere al terribile flagello. Quando però, il Governo centrale comunicò, con l'emanazione del regolamento sanitario del 1817, che il colera si sarebbe dovuto trattare come una qualsiasi altra malattia epidemica, i timori si attenuarono. La città non registrò segnali di panico neppure quando nel 1832 il colera si ripropose nella capitale

Teresine. Il locale di S. Domenico era però già occupato da altri malati, che appena capirono di dover condividere gli spazi con dei colerosi insorsero e fu necessario l'intervento dei militari. Gli alti tassi di letalità e morbilità di Crema furono influenzati dalla promiscuità dei nosocomi, dalla mancata soppressione del mercato settimanale, che dalla città fu semplicemente trasportato fuori da Porta Serio e dal gran concorso di popolo alle funzioni liturgiche. Considerato che la popolazione di Crema nel 1836 ammontava a 8.410 individui, si registrarono i seguenti dati: 1.079 colpiti, 374 morti e 349 guariti. Si registrò, quindi, un tasso di mortalità del 35%, di letalità del 4,5% e quello di morbilità del 13% (nella Tabella 1 Crema è unita alla provincia di Lodi); cfr. *Almanacco cremasco*, 1837, pp. 167-183.

²²⁵ cfr. B. Manzini, *Cenni intorno al cholera*, p.14.

asburgica, tanto più perché in molte province la malattia si era dileguata. L'osservazione di quanto stava accadendo rafforzò l'idea che l'Italia dovesse rimanere incolume e neppure le gazzette ufficiali, riportanti le terribili notizie delle capitali europee tra il 1832 e il 1835, riuscirono a sradicarla²²⁶. La convinzione che si era consolidata nella mente del popolo e in quella di alcuni medici, era quella che il colera fosse una malattia tipica delle grandi capitali, contrassegnate da cattiva "aria", da sacche di miseria e dal ributtante squallore dei quartieri popolari. In ambito locale attecchì pertanto l'opinione che una sciagura tale non potesse diffondersi sul suolo lombardo, tutt'altro che privo di nuclei urbani, nessuno dei quali possedeva però le condizioni climatiche e ambientali reputate idonee alla diffusione del colera. Soprattutto era vivo il mito dell'Italia "giardino d'Europa", che con la sua aria salubre e il suo clima assolato avrebbe respinto gli assalti dell'epidemia. La popolazione cominciò ad abbandonare questa ottimistica opinione quando apprese delle devastazioni avvenute a Genova, pur confortandosi alla notizia che la malattia si era spenta nel Regno di Sardegna, senza diffondersi a Milano, che durante i mesi estivi aveva accolto un numero considerevole di fuggiaschi Genovesi. Anche quando pervennero le notizie provenienti dalle province venete e da Bergamo, che aveva registrato i primi casi sul finire del 1835, molti restarono fedeli al tradizionale ottimismo, perché perdurava la convinzione che la malattia comparsa a Venezia non fosse vero colera. Così, senza provvedimenti e limitazioni, al sopraggiungere della primavera del 1836, da Bergamo il morbo indisturbato cominciò a minacciare i paesi vicini e mentre le persone più avvedute comprendevano appieno il pericolo che incombeva sulla città, il popolo rimaneva fermo nella sua incredulità²²⁷.

²²⁶ Sempre Luigi Fornasini sosteneva che prima che il colera entrasse nelle province del Lombardo-Veneto, nel 1836 c'era chi «sperava nella salubrità del bel paese, fidando che ci dovesse schermire dai pericoli o attenuare per lo meno i disastri della spaventosa pestilenza. Bergamo, Brescia, Como, Verona dal canto della purezza dell'aria trovano forte argomento a confrontarsi, e tuttavia contro ogni loro aspettativa ne soffrirono tanto, che è compassionevole il rammentarlo: a quei tempi ne contammo dai 100 ai 120 trapassati in un giorno: orribile a dirsi in una città che disertata e fuggita non chiudeva tra le mura 20.000 viventi. All'opposto Mantova, Milano, Lodi, Pavia ne risentirono appena e senza confronto»; cfr. L. Fornasini, *Del cholera...*, p. 46.

²²⁷ Il medico Luigi Fornasini notò la presenza di un atteggiamento conformemente incredulo di fronte al colera nelle epidemie del 1836, del 1849 e del 1855. In tutti questi casi, i cittadini persistettero «nel mostrarsi increduli alla presenza e alla possibilità del cholera, quasi che i governi ed i medici si volessero giovare di un immaginato spauricchio, gli uni a tenere a freno l'ardenza degli animi, gli altri ad assicurarsi più lungamente certi miseri compensi che i municipj sogliono assicurare in così infauste occasioni [...]»; cfr. L. Fornasini, *Del cholera...*, 1865, p. 10.

Alla fine, il colera varcò le mura di Brescia, che fu prontamente divisa in 9 circondari, come riportato nell'Immagine 1. In città i timori dei più lungimiranti non valsero a dissuadere il volgo dalla convinzione che la malattia non fosse colera, nemmeno quando la Congregazione dichiarò apertamente che il contagio si era sparso in città. Anzi, anche quando nel mese di giugno l'epidemia raggiunse il suo apice, la gente continuò a persistere nella sua diffidenza. I più increduli si recavano personalmente presso gli ammalati e guardavano con scetticismo alle misure profilattiche suggerite dalle autorità sanitarie. Gli stessi medici talvolta condividevano lo scetticismo popolare, dichiarando che le persone morte di colera erano in realtà affette da tutt'altri morbi.

Così, il popolo, dopo aver deriso le precauzioni caldegiate dalle autorità sanitarie e aver accusato di ignoranza i medici, si convinse dell'emergenza sanitaria solo quando la malattia ebbe raggiunto proporzioni gigantesche. Gli ammalati cominciarono ad essere abbandonati dai propri familiari e le autorità sanitarie, già alle prese con la difficilissima gestione dell'emergenza, furono costrette a reclutare infermieri fra la popolazione più misera per garantire un minimo di assistenza²²⁸.

La fuga di una parte della cittadinanza verso le campagne, usuale in tempi di epidemia, non risolse i problemi, essendo riservata, come è intuibile, alla parte più abbiente della popolazione²²⁹. Ciò che più contribuì ad aggravare una situazione già fortemente

²²⁸ Fornasini descriveva con meticolosità in che cosa effettivamente consistesse la cura e l'isolamento dei colerosi. «L'isolamento degli ammalati, affidato a genti volgari e mercenarie, non ottiene in nessun caso lo scopo che si propone. Persuaso come sono del contagio, io mi guarderei dal censurare le discipline di sequestro, se, quali almeno vennero attuate tra noi, non le avessi vedute inutili, assolutamente nel senso sanitario, dannose sotto altri aspetti. E come terranno essi la consegna a uomini dall'infima plebe, bisognosi di tutto, avidi del guadagno e resi tanto più ingordi dalla loro miseria, piantati in casa altrui, senza credito, senza autorevole mandato e agli stipendj del padrone medesimo? Il credere che tali persone abbiano ad essere mallevadrici di sicurezza, è una squisita dabbenaggine propria soltanto di pochi, ai quali non ho il privilegio di appartenere. La prima e più importante regola, cioè la chiusura, è dunque l'ultima ubbidita, anzi la prima infranta, e l'accesso alla stanza degli infermi per conto di costoro ha libera patente di transito a quanti, oltre i congiunti, si sentissero voglia o bastasse l'animo di visitarli. Aggiungo il mal umore che mette nella famiglia la faccia sinistra di questi ospiti forzati, il tristo influsso che esercitano sui pensieri già anche troppo lugubri degli ammalati, la licenza che si pigliano di andarsene per ogni loro capriccio facendosi veicolo di contagio al di fuori, l'abuso indegno che ne fanno talvolta della sventura e dello scompiglio, e poi mi si neghi se il sistema dei sequestri violenti non è una sequenza di fastidj, di scandali, di inutilità e di pericoli insieme. Ma quand'anche i sequestri fossero condotti con ogni diligenza e ministero diventano sovente involontarj strumenti di diffusione, vi hanno poi sempre cogli infermi nessi inevitabili e commerci invisibili che bastano per sé soli ad eludere ogni più savio provvedimento»; cfr. L. Fornasini, *Del cholera...*, 1865, p. 63.

²²⁹ Mentre il colera faceva stragi nelle città di Brescia, Bergamo e Lodi, l'ottimo stato sanitario di Crema fu tale che molte famiglie bresciane abbandonarono le loro abitazioni per trasferirsi nella campagna cremonese; cfr. *Almanacco cremasco*, in ASDCR, P. 167.

pregiudicata fu l'opportunità offerta al colera di propagarsi senza ostacoli e l'imperfetta e spesso mancata assistenza medica prestata agli infermi, che portò a un maggior numero di casi e ad indici di letalità particolarmente elevati.

In linea di massima, si può affermare che la popolazione di Brescia non si mostrò poi tanto diversa da tutte quelle che furono colpite dal colera, se non che, a differenza di altre città, dovette fare i conti con condizioni ambientali e idrografiche (come si è cercato di dimostrare) purtroppo particolarmente favorevoli alla diffusione del contagio²³⁰.

Cessato il colera, il 5 ottobre del 1836, la Delegazione provinciale manifestò ai commissari distrettuali e alle Congregazioni municipali il desiderio di voler conoscere con precisione i danni che il colera aveva causato nelle province lombarde per poter redigere una statistica il più veritiera possibile. La Delegazione faceva anche presente che dalle notificazioni pervenute all'ufficio provinciale, redatte dalle autorità distrettuali e dal Municipio si riscontravano lacune e imperfezioni, e i dati, nel loro insieme, erano scarsamente attendibili. Dovendo presentare al Governo una statistica del colera, la Delegazione chiese ai commissari distrettuali e alla Congregazione di trasmettere entro un mese una tabella redatta, sul modello che veniva trasmesso attraverso la circolare. La stessa avvertiva chi di dovere, che i dati di ogni Comune dovevano essere desunti dai registri parrocchiali e dalle annotazioni dei medici condotti, i quali venivano invitati a dare relazioni dettagliate sull'andamento del male, sulla sua indole e sui suoi progressi, prestando attenzione ai luoghi dove aveva fatto più stragi e ai metodi di cura adottati²³¹.

Il 21 novembre del 1836 il Commissario aulico fu costretto a richiamare la Congregazione municipale di Brescia, che in tale data non aveva ancora spedito le

L'Ispettore di polizia Boschetti in una lettera del 1° luglio 1836 denunciava la fuga dei cittadini. A tale proposito scriveva che il colera «che cotanto ha imperversato nel decorso mese e tutt'ora miete continuamente numerosissime vittime in questa città, quanto nel distretto e provincia ha portato ovunque e specialmente qui in questa città lo scoraggiamento, la desolazione, l'arenamento nel commercio, per cui alcune migliaia di cittadini hanno abbandonato il loro domicilio recandosi altrove, vistosa quantità di botteghe di negozianti di ogni genere trovansi chiuse per parecchj giorni ed a stenti si possono far tenere aperte quelle di molti venditori de'commestibili, farinari, pastori, fornari etc. Ed a stenti si preparano per tenere assidui al lavoro i lavoranti dei medesimi. Presi dal timore di incontrare la terribile malattia e animati dall'idea di voler essi pure emigrare. [...]»; cfr. ASB, rub. XXXV, 6/1B, II parte, 1830-1845, b. 3861.

²³⁰ I timori di avvelenamenti da parte della classe medica si registrarono in tutta Italia; cfr. P. Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Laterza, Bari, 1996, p. 127.

²³¹ Circolare della Delegazione provinciale destinata ai commissari distrettuali e alla Congregazione municipale di Brescia. 5 ottobre 1836. Cfr. ASB, b. 2708.

tabelle compilate, giustificando il proprio inadempimento con la strettezza dei tempi²³². In effetti, la procedura era un po' complessa: i quadri statistici redatti dai parroci dovevano essere trasmessi al medico municipale, affinché sentiti i medici circondariali redigesse egli stesso il prospetto generale e una dettagliata relazione sull'andamento della malattia e sulla sua indole²³³. La relazione finale fu inviata al Comune tra il 7 e l'11 dicembre del 1836 da parte del medico municipale Benedetto Manzini. Come si è detto, lo specchio degli ammalati di colera registrati nella sola città veniva desunto dal confronto delle relazioni dei medici condotti con le tabelle compilate dai parroci. Nel caso di queste ultime, veniva denunciata dagli stessi parroci la loro inesattezza e approssimazione a priori, perché non era mai stato chiesto loro di tenere un registro degli ammalati²³⁴. Nonostante la loro approssimazione, questi registri restituiscono un'importante testimonianza della contagiosità e del percorso seguito dal colera. Infatti, in molti casi, il curato annotava sotto il nome di ogni defunto il grado di parentela con altri deceduti per colera, il suo domicilio, e specificava anche se chi era stato colpito dal morbo aveva abitato per qualche tempo con un coleroso. In questi documenti veniva altresì dimostrata la maggiore virulenza che il morbo manifestò in alcuni quartieri, come quelli nord occidentali di S. Faustino e di S. Giovanni, perché più popolosi (Mappa 3, 4), più densamente abitati (Mappa 5) e con una maggiore percentuale di poveri (Mappa 6)²³⁵.

²³² Il 21 novembre del 1836 l'ufficio aulico inviò alla Congregazione municipale di Brescia un ultimatum di 6 giorni per la consegna dei quadri statistici. La circolare contenete la modulistica e i prospetti, per redigere una statistica intorno al colera, risaliva all'11 ottobre 1836 con decorrenza al 31 dello stesso mese. Questa fu mandata contemporaneamente ai medici condotti e ai parroci; cfr. ASB, Comune di Brescia, epidemie coleriche, b. 2708.

²³³ La città di Brescia era stata divisa in 9 circondari, corrispondenti all'area dalle parrocchie cittadine. I quartieri di S. Faustino e di S. Giovanni, sovrappopolati e malsani, registrarono i più alti tassi di morbilità e letalità di tutta la città. Nelle contrade di questi due circondari e in quelle di S. Alessandro (dove si registrò il primo caso di colera), soprattutto nella parte a ridosso degli spalti, la densità abitativa non consentiva un adeguato smaltimento dei liquami e delle immondizie; cfr. W. Menis, Vol. II, p. 45.

²³⁴ Monsignor Pinzoni, l'8 novembre 1836 scriveva con disappunto: «i parrochi non hanno mai tenuto registro degli ammalati, non si osa quindi asserire che il numero qui sopra espresso sia preciso, ma soltanto approssimativo. [...] Si fa osservare che un gran numero de' cholerosi e forse la maggior parte fu trasportato al lazzaretto. Il parroco dopo averli confessati e comunicati in fretta (e nemmeno tutti) non li ha più veduti, quindi come può egli sapere se i decessi abbiano cessato di vivere sotto l'algore o sotto la reazione?»; cfr. ASB, b. 2708.

²³⁵ Le prime due tabelle riportano grossomodo la distribuzione della popolazione per parrocchie nel 1815 e nel 1844, perché in mancanza di un catasto si sono incrociati i dati provenienti da diversi documenti ufficiali, quali il registro sulla popolazione di Brescia e non ufficiali come gli Almanacchi; cfr. S. Onger, *La città dolente*, pp. 82-83.

Nella Tabella 4 sono stati inseriti i dati di morbilità, letalità e mortalità di ogni singola parrocchia, mentre nella Tabella 5 sono stati riportati i soli tassi di letalità. Per quanto i popolosi circondari di S. Faustino e S. Giovanni restituiscano i numeri più cospicui in termini di colpiti dal colera, il tasso di letalità più alto della città si registrò nel circondario di S. Agata, forse anche a causa della mancata annotazione da parte del parroco di alcuni guariti²³⁶. Anche l'indice di mortalità del circondario di S. Maria in Calchera sarebbe un dato fuorviante, perché il parroco non comprese nel quadro da lui compilato quegli individui, che nonostante appartenessero per domicilio alla parrocchia, morirono o in un'altra parrocchia o in un altro comune, mentre comprese nella stima degli ammalati quei colerosi che dalla loro casa furono trasportati all'ospedale dei colerosi, senza però che fossero segnati come morti o guariti²³⁷. Inoltre, a causa dell'inesattezza di alcuni registri, il conto dei guariti e dei deceduti non tornerebbe nei circondari della Cattedrale e di S. Alessandro, vista la negligenza del parroco di tale ultima chiesa, che inizialmente rifiutò di aderire alla indagine conoscitiva del governo²³⁸. Queste omissioni, oltre a rendere difficoltosa una stima precisa degli indici di mortalità, letalità e morbilità, producono anche una sfasatura fra le cifre accertate dall'indagine governativa e il numero dei seppelliti al cimitero nel corso dell'epidemia, essendo quest'ultimo, come si vedrà, differente.

Come si è accennato, oltre ai parroci, anche i medici circondariali erano tenuti a compilare le tabelle riepilogative. Il Menis, medico municipale dell'epoca, tradusse i

²³⁶ Il parroco di S. Afra, Giuseppe Girardi nel trasmettere alla Congregazione i dati statistici relativi alla parrocchia di sua competenza scriveva che «il novero dei colpiti da siffatta malattia e fortunatamente guariti non può riuscire precisa perché ignoro quali e quanti guariti sieno que' tali che ricusavano l'assistenza dai parroci, e dei medici»; cfr. ASB, Comune di Brescia, lettera del 14 ottobre 1836, b. 2708.

²³⁷ Il parroco Migliorati il 18 ottobre 1836 nel trasmettere lo specchio degli individui colpiti dal colera nella sua parrocchia faceva osservare che non aveva compresi «quegli individui i quali benché appartenessero per domicilio a questa parrocchia, sono morti o in altra parrocchia, oppure in altro Comune, quella fondata opinione che questi saranno calcolati nel luogo del loro decesso, come egualmente furono compresi nello specchio presente quei pochi che sebbene non fossero qui stabiliti di domicilio, sono però morti in questa giurisdizione parrocchiale; che nello specchio medesimo sono stati compresi ancora quelli che dalla loro casa furono trasportati all'ospitale dei cholerosi e che per conseguenza o morirono in quel luogo o ritornarono guariti alla loro casa medesima». Cfr. ASB, b. 2708.

²³⁸ Il parroco di S. Alessandro il 14 novembre 1836 scrisse alla Deputazione provinciale: «Esibendo lo scrivente la statistica mortuaria degli individui deceduti per cholera in questa parrocchiale distrettazione non può aderire alle superiori ricerche in ciò che riguarda il numero di tutte quelle persone state colpite dal male non avendo potuto conoscere che fosse intenzione dell' Imperial Regia Magistratura provinciale obbligarsi il parroco a tenere siffatto registro, e meno poi che fosse incombenza del parroco indagare a studiare le cause onde veniva colpito l'individuo, se per eccessiva paura o se cattivo regime di vita». Cfr. ASB, b. 2708.

dati che i colleghi gli avevano trasmesso nel suo manuale di *Topografia statistica medica della provincia di Brescia*. Quanto viene riportato dal medico fa apparire la situazione di Brescia ancor più grave di quella presentata nello stesso anno dal dottor Ferrario nel suo saggio *Statistica medica di Milano*. Leggendo le Tabelle 2 e 3, i contagiati tra Brescia e provincia furono 20.987, con 11.024 uomini e 9.963 donne. Degli uomini i guariti furono 5.492 e i morti 5.545; delle donne, se ne salvarono 5.551 e soccomberono 4.399. Come può osservarsi, i maschi furono più colpiti delle donne, forse perché queste ultime erano costrette a vivere in modo più morigerato, mentre gli uomini, godendo di un regime alimentare più vario (e per ciò stesso più soggetto a contaminazioni), contraevano il colera con maggiore facilità. Per quanto riguarda la classe sociale di appartenenza si nota che tra gli ammalati 4.280 appartenevano alla classe degli agiati e dei ricchi, e 16.707 a quella dei non agiati e dei poveri. Questo naturalmente non può portare a concludere *ipso facto* che il morbo si diffuse maggiormente fra i poveri che fra i ricchi, perché (a parte la genericità di tali categorie) bisognerebbe conoscere quale fosse la proporzione fra cittadini “ricchi e “poveri” anteriormente allo scoppio dell’epidemia. Ammesso che vi sia stata una maggiore incidenza della morbilità fra i meno abbienti, ciò potrebbe essere messo in relazione con il peggiore regime alimentare, le peggiori condizioni abitative, che costringevano ad una forzata promiscuità tra infetti e sani, e in genere le precarie condizioni igieniche, che erano in se stesse il miglior brodo di coltura del contagio. Per quanto concerne l’età, il colera uccise 15.230 individui tra i 15 e i 60 anni, 2.082 sotto i 15 e 3.675 sopra i 60, dato non particolarmente significativo giacché non conosciamo la distribuzione della popolazione per classi di età. Sul totale della popolazione, che all’inizio del 1836 ascendeva a 335.546 anime, si ebbe un coleroso ogni 16 e un morto ogni 33 persone circa, cioè, il 6,25% della popolazione fu colpito dalla malattia e il 2,96% morì. Se osserviamo le tabelle 2 e 3, notiamo come Brescia offrì il focolaio più cospicuo. Qui il numero degli abitanti della sola città ascendeva, prima che arrivasse a infierire il colera, a 31.405 anime²³⁹. Dalle cifre, si evince come in città ci fosse stato un coleroso ogni 7,50 abitanti e un morto ogni 14. Ne risultò che il tasso di mortalità arrivò al 5,15%, il tasso di morbilità all’1,02%, mentre il tasso di letalità superò il 50%, arrivando al

²³⁹ W. Menis, *Saggio...*, Vol. II, p. 274

50,26%. Secondo Menis, se analizziamo i dati relativi alle morti ordinarie del 1835 e li confrontiamo con quelli del 1836, risulta che i morti da 0 a 4 anni di vita nel 1835 furono 3.658, mentre nel 1836 furono 6.609; i morti oltre i 60 anni furono nel 1835 2.220 e nel 1836 4.517. Quindi, pare evidente che circa 3.000 casi di morte non furono denunciati come morti per colera²⁴⁰. I 3.000 in più che figuravano fra le morti ordinarie si dovrebbero riferire al colera o alle sue conseguenze nefaste, che ebbe su individui già segnati da altre patologie. In aggiunta a queste morti altre non risultarono denunciate come morti da colera, perché molte persone non furono visitate da medici, oppure perirono a causa di mali non ben conosciuti o per affezioni rese letali dal morbo colerico, che in alcune persone non manifestava sintomi specifici.

Una volta che la malattia era acclarata, entrava in gioco la renitenza dei familiari, più che degli ammalati, a far eseguire il trasporto dei propri cari negli ospedali. Così, nelle contrade più popolate e in qualche paese di modeste dimensioni, venne prestato soccorso a un discreto numero di colerosi sia negli ospedali ordinari sia negli ospizi succursali, mentre alcuni di questi, non trovando asilo altrove, furono ricoverati nei pubblici asili della carità, che essendo strutture non propriamente nosocomiali, non garantivano concrete possibilità di assistenza medica. In tal modo, la mortalità, fatta eccezione per lo scarso numero di individui colpiti da colera fulminante, che fu trasportato subito in queste strutture, risultò, senza dubbio, maggiore fra i ricoverati negli ospizi, che in coloro che si curavano a domicilio. Su 863 colerosi ricoverati, ne morirono 459, cioè il 53,18%²⁴¹.

I registri del Campo Santo riferiscono un quadro piuttosto diverso da quello presentatoci da Menis, sia in termini numerici sia in rapporto alla definizione di indigenza e ricchezza da esso data²⁴². Da una parte, il medico municipale calcola un numero complessivo di morti entro le mura bresciane di 1.613 individui, mentre i registri riportano un totale di 1.564 morti. Ci si chiede, quindi dove siano stati sepolti i

²⁴⁰ Ibid., p. 276.

²⁴¹ Come si è visto nel paragrafo dedicato al colera che colpì il manicomio femminile, nei registri della direzione degli Spedali, redatti dal dottor Chizzoni, il numero dei ricoverati nel lazzaretto ammontava a 789 con un tasso di letalità del 48,4%, mentre nel prospetto compilato da Menis vengono contati negli ospedali e negli ospizi succursali 863 colerosi con un tasso di letalità del 53,18%; cfr. Menis, *Saggio...*, Vol. II, p. 274; cfr. G. Uberti, *Cenni storico-medici...*, in ASB, b. 223.

²⁴² Anche Benedetto Manzini riportava statistiche diverse da quelle del Menis e da quelle dei registri del Vantiniano. Nel suo rendiconto, il totale degli ammalati sarebbe stato di 3.056, con 1345 guariti e 1711 defunti. Cfr. B. Manzini, *Cenni intorno al cholera...* p. 32.

mancanti 49. Sorge il dubbio che, forse, i «fopponi», ufficialmente dismessi nel 1835, fossero ancora attivi nel 1836. Dall'altra, dall'analisi statistica delle mansioni svolte dai deceduti di colera, risulta che la malattia prediligeva soprattutto quelle mansioni che prevedevano un contatto con i tessuti, la terra e l'acqua. Riportando solo le classi professionali maggiormente colpite, risulta quanto segue: le cucitrici furono le più colpite con un totale di 229 decessi, seguono poi, in ordine decrescente, i possidenti (134), le domestiche (72), i contadini (59), i calzolai (53), le contadine (47), le filatrici (45), i nullafacenti (30), i domestici (28), i falegnami (27), i miserabili (22), i villici (22), gli impiegati (21). Osservando questi numeri, parrebbe che a Brescia i tessuti e il terreno infettati da deiezioni coleriche abbiano costituito la causa principale della propagazione della malattia. In effetti, è stato ampiamente dimostrato come nelle fibre tessili i vibrioni possano resistere, in determinate condizioni di umidità e temperatura, fino a 5 settimane e nel terreno, se costantemente bagnato, fino a 68 giorni²⁴³. I cenci, i panni e le fibre tessili costituirono un mezzo di trasmissione della malattia per maneggiamento. Al contempo, come si è visto, l'acqua di scolo delle numerose fontane manteneva il terreno perennemente umido, mentre i canali che andavano a scaricare nel suburbio infettavano i campi e gli ortaggi. La facilità con la quale il terreno e i vestiti potevano imbrattare mani, piedi e abiti rendeva difficile alle categorie sopra citate di poter evitare il contagio.

Dalla tabella 5 si rileva, inoltre, che a Brescia sul totale dei colpiti il 77% apparteneva alla classe dei lavoratori, il 9% a quella dei possidenti, il 4% a quella dei poveri e, infine, l'1% a quella dei ricchi. Il restante 6% non è collocabile in alcuna categoria perché all'interno dei registri non c'è indicazione della professione svolta: si tratta in totale di 94 individui. Il fatto che questi siano stati segnati a cavallo dei mesi centrali dell'epidemia fa supporre che nella fretta, il custode del Vantiniano si sia dimenticato di appuntare alcune informazioni.

Come si è detto, dai registri del Campo Santo è stato possibile desumere per ogni deceduto quale fosse la professione svolta. A parte un numero irrisorio di individui, dei quali non è indicato l'impiego, su 1.564 defunti, possiamo affermare che quelli

²⁴³ G. Sanarelli, *Il colera*, p. 117-122.

qualificati come “poveri” erano solo 36, cioè il 2,3%²⁴⁴. A fronte di questi dati, non possedendo un censimento della popolazione a ridosso del 1836 non è possibile stabilire in che misura l'estrazione sociale abbia contribuito a rendere più o meno esposti gli individui a contrarre la malattia. Quel che è evidente è che la parte più consistente della popolazione era composta da non agiati e che automaticamente questa categoria doveva anche essere la più colpita.

Alla luce delle analisi statistiche comparative effettuate sopra i diversi comuni del regno Lombardo Veneto non è possibile stabilire con certezza quali fossero effettivamente i fattori predisponenti, individuali e topografici, che determinarono una maggiore o minore morbilità. Certamente una maggiore urbanizzazione, la presenza di corsi d'acqua, i movimenti commerciali, lo spostamento dei lavoratori e dei marginali, le abitudini alimentari, la morfologia del territorio e persino alcuni elementi psicologici furono determinanti nella propagazione o meno del colera. Parecchie circostanze locali e temporanee contribuirono a diversificare gli effetti del morbo. In una stessa regione l'epidemia poteva seguire andamenti diversi, e perfino nelle stesse città. Milano, ad esempio, mostrò tra città e Corpi Santi, tassi di morbilità e letalità decisamente differenti. A Brescia il colera risultò più fatale ai popoli della zona pianeggiante, cioè la parte più popolosa della provincia²⁴⁵. A Mantova e a Pavia, invece, collocate nella bassa Lombardia, il colera infierì marginalmente per la minore densità demografica. Durante la seconda pandemia, che (giova ricordarlo) toccò l'Italia a metà degli anni '30, in tutta la penisola italiana, persero la vita 146.383 persone, di queste circa il 47,2% apparteneva a dodici città che avevano denunciato più di 1.000 morti con tassi di

²⁴⁴ Rispetto a quanto riportato da Menis, analizzando la colonna inerente alla professione dei deceduti per colera, si estrapolano i dati riportati. Complessivamente il numero dei lavoratori ascende a 1.193, quello dei possidenti, che intenzionalmente non ho voluto accorpate al numero dei nobili, a 134, quello dei nobili a 5, quello dei fanciulli a 83 e quello dei poveri a 54. In quest'ultimo caso sono stati sommati 2 girovaghi, 22 miserabili, 6 accattoni, 6 mediocri, 4 negligenti, 7 senza lavoro e 7 definiti propriamente come poveri; cfr. Registri di morte del cimitero Vantiniano, 1836-1837; cfr. Menis, *Saggio...*, Vol. II, p. 264.

²⁴⁵ «Per chi amasse conoscere l'andamento del cholera secondo le località in cui gli agenti topografici esercitano un'azione differente, stimo opportuno di riportare il risultato generale degli attaccati e dei morti che si sono verificati in cadauna delle tre grandi parti, in cui è il suolo bresciano naturalmente diviso, cioè quella cioè dei monti, de' colli e del piano, ossia l'alta, la media e la bassa. Nella prima in principio del 1836 comuptavansi la popolazione di 47.022, nella seconda di 111.740, nella terza di 145.379, esclusa rimanendo da questo calcolo la città, siccome quella, in cui l'azione degli agenti topici è meno intensa e variata». Nella località montana furono attaccati dal colera 1.780 individui e ne morirono 796, nella zona collinare 10.840 furono gli attaccati e i morti 5.476, mentre in pianura gli attaccati furono 5.148 e i morti 2.059. Cfr. W. Menis, *Saggio di ...*, Vol. II, p. 270.

mortalità altissimi. Tra queste dodici città in testa a tutte comparve Palermo con un totale di 24.000 morti, con 135 morti su 1.000 abitanti, Napoli che conteggiò 19.665 vittime, con 53 morti ogni 1.000 abitanti e Brescia con 1.613 morti e 52 defunti su 1.000 abitanti²⁴⁶. Si può dire che nessuna malattia più del colera fosse così strettamente legata alle condizioni materiali della popolazione. Effettivamente le città con tassi di morbilità elevati erano le stesse che avevano una cattiva gestione delle infrastrutture idriche e una popolazione malnutrita, debole e sudicia, che rappresentava una buona fetta della popolazione dell'Italia preunitaria. Laddove i cibi non erano sottoposti ad alcun controllo sanitario, dove le case e le strade erano sudicie e dove i sistemi di approvvigionamento idrico erano più arretrati, il colera trovava il suo ambiente perfetto. I focolai partivano sempre da luoghi marginali, come i porti, le darsene, i quartieri poveri e sovrappopolati, gli ospedali e da lì pian piano si ramificava ovunque, mentre a diffondere il contagio erano sempre gli indigenti, i vagabondi, i mendicanti, tutti coloro che svolgevano «mestieri maledetti e itineranti²⁴⁷». A Brescia, come si è ricordato, la prima donna ad essere attaccata fu una lavandaia, a Bergamo uno straccivendolo a Milano un modesto mercante. Certo le condizioni igieniche, non sono sufficienti a giustificare alti o bassi tassi di morbilità, molti altri potevano diventare fattori determinati o predisponenti, come i legami con le città, la vicinanza delle campagne alle mura cittadine, l'intensità di afflusso degli stagionali da un paese all'altro, le abitudini e i comportamenti, la socialità, la superstizione, la paura, la disobbedienza alle autorità e la mancata o tardiva applicazione delle misure profilattiche.

²⁴⁶ Cfr. E. Tognotti, *Il mostro asiatico...*, p. 77.

²⁴⁷ *Ibid.*, p.75.

MAPPA N. 158_4 FONDO OSP. MAGGIORE

VIENE INDICATA TUTTA LA PORZIONE OCCUPATA DAGLI OSPEDALI



SEZIONE OSPEDALE FEMMINILE.

Mappa n. 173_2 fondo Ospedale Maggiore

N.B Si noti che la facciata rivolta ad est si sviluppa su fondazioni posizionate nel letto del fiume Garza, che occupava l'attuale via Einaudi.

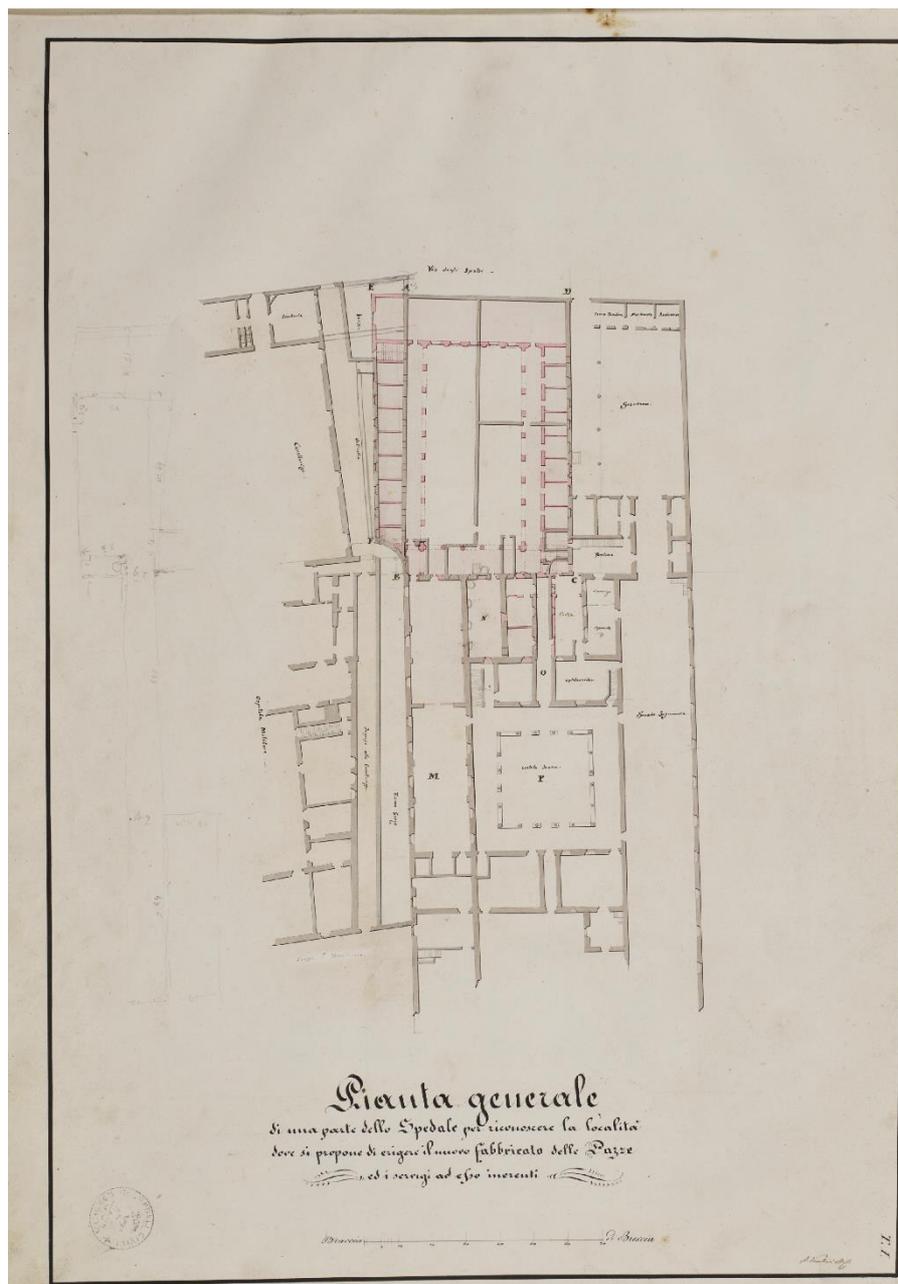
La facciata a ovest, invece, dava sull'attuale Via Gramsci, all'epoca via dell'Ospitale delle Donne.



PLANIMETRIA PORZIONE MERIDIONALE DELL'OSPEDALE DELLE DONNE.

Mappa n. 159_2 fondo Ospedale Maggiore

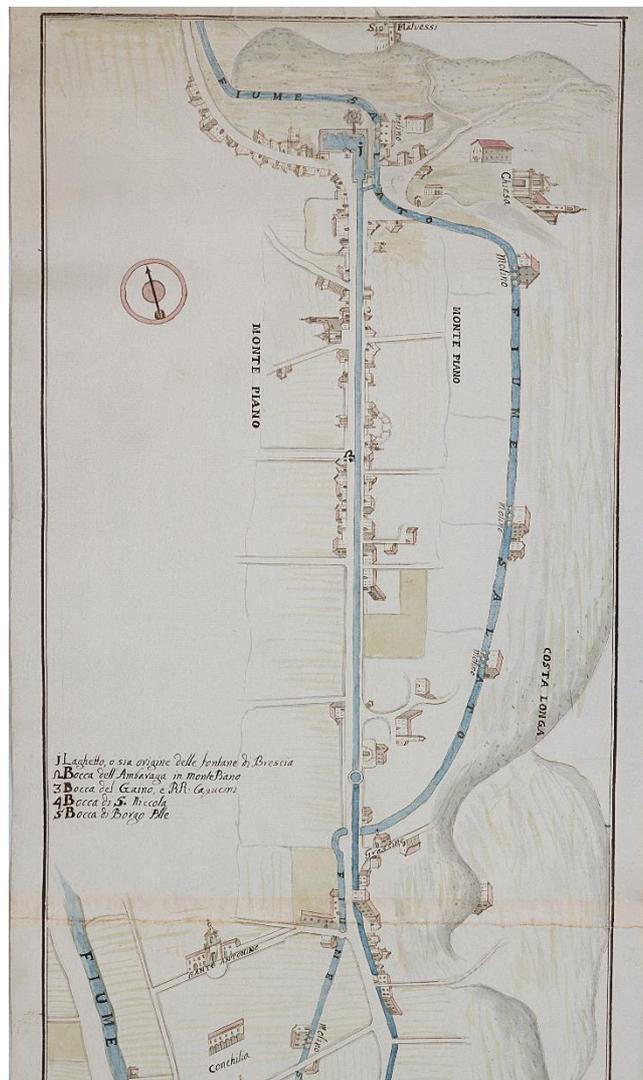
Progetto dell'architetto Rodolfo Vantini per l'ampliamento delle sale delle pazze, datato 1832.

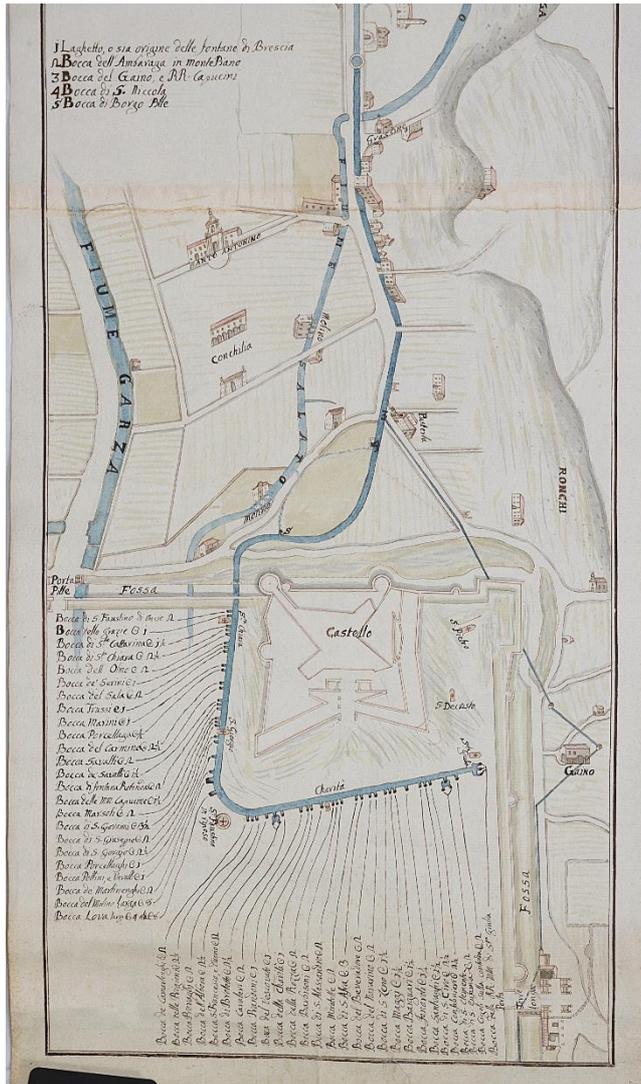


PARTE DEI CORSI DEI FIUMI SALATO E GARZA DAL TERRITORIO DI MOMPIANO SINO ALLA CITTÀ DI BRESCIA

Mappa Cigola n. 1 (N. 22EX N. 53).

È indicato l'abitato di Compiano e il laghetto da cui traggono origine le fontane della città. Sono indicate le 5 bocche che si incontrano lungo il percorso sino a quello di Borgo Pile. La città, nella parte a nord, è indicata dalle mura e dal castello, rappresentato in pianta, e est dalle mura e dalla porta Torrelunga. Entro la città sono indicate le 52 bocche che partendo dal condotto principale servivano i vari quartieri. Mappa non datata, di mano ignota, di ottima fattura. Per alcune sue caratteristiche la si può datare all'ultimo quarto del XVIII secolo.





CORSI D'ACQUA SOTTERRANEI DELLA CITTÀ DI BRESCIA OGGI

Mappa n. 2 Corso delle acque entro le mura bresciane

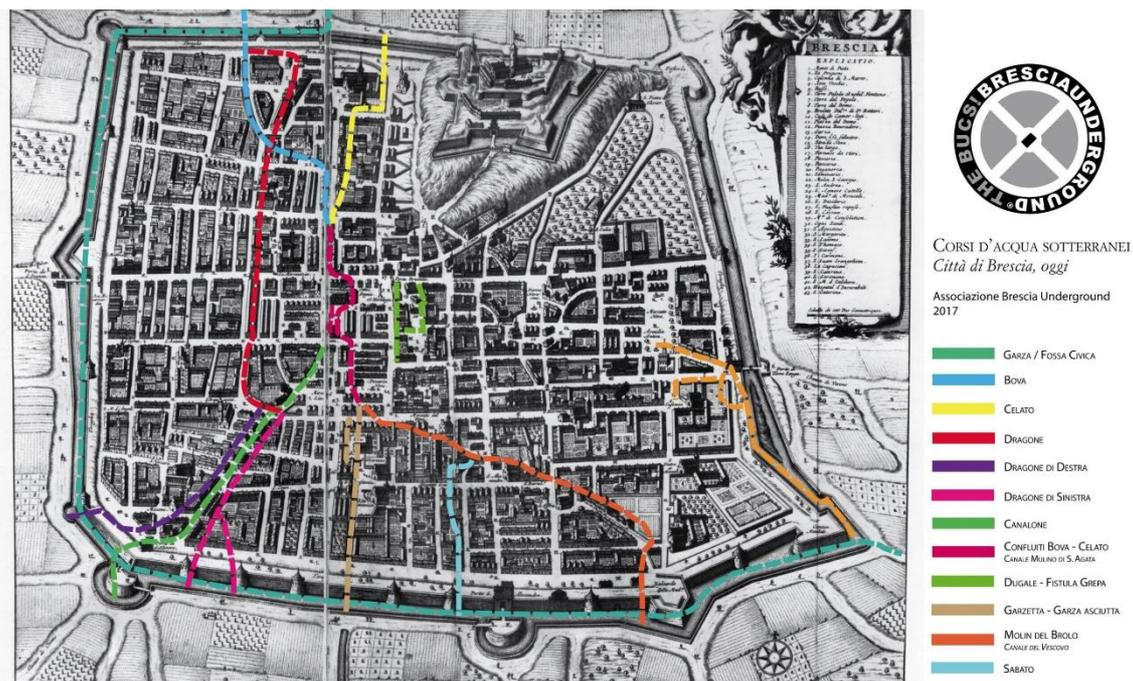


Tabella - 1 STATISTICHE SUL COLERA DEL 1836 NEL REGNO LOMBARDO VENETO

PROVINCE	POPOLAZIONE	COLEROSI NOTIFICATI	MORBILITÀ	LETALITÀ	MORTALITÀ
BRESCIA	335.546	15.449	4,6%	58,5%	2,7%
BERGAMO	341.543	11.915	3,5%	48,6%	1,7%
MILANO	514.543	7.225	1,4%	58,9%	0,8%
CREMONA	185.822	3.535	1,9%	55,7%	1,1%
COMO	369.424	4.399	1,2%	126,4%	1,5%
LODI E CREMA	206.218	5.006	2,4%	56,7%	1,4%
MANTOVA	255.663	2.159	0,8%	61,6%	0,5%
SONDRIO	90.309	1.580	1,7%	56,4%	1%
PAVIA	156.447	543	0,3%	66,9%	0,2%

Fonte: G., Ferrario, *Statistica medica di Milano e statistica del cholera morbus asiatico dell'anno 1836 (escluso il militare)*, 1837, p. 121.

IMMAGINE 1.

Fonte: ASB, Comune di Brescia, epidemie coleriche, rub. XXIV, 6/2A, 1833-1849, b. 2708. Modulo stampato e allegato al Regolamento sanitario e di beneficenza, con la rispettiva modifica sul numero dei circondari.

All. A.

Disposizioni relative alla Divisione della Città in Circondari,
con assegnazione del Personale Sanitario a cadauno dei medesimi, e destinazione di Farmacie.

Circondari e Numero degli Individui	Parrocchia	Cognome e Nome del Medico	Cognome e Nome del Chirurgo minore	Cognome e Nome dello Speciale e situazione della Spezieria	OSSERVAZIONI
1	Cattedrale Anime 3590	Lombardi Francesco Medico condotto	Zerri Luigi Chirurgo min. cond.	Ragazzoni in Contrada Broletto	
2	S. Nazaro » 4151	Da Ponte Lodovico idem ed in sua vece Ponzoni Lodovico	Udescini Luigi idem	Tocagni » S. Nazaro	
3	S. Agata » 3865	Bianchi Giambattista	Parma Luigi idem	Ferrari fratelli » S. Agata	
4	S. Lorenzo » 4528	Ponzoni Paolo	Fioretti Francesco	Quaglieni, ora Gaggia Gambero	
5	S. Giovanni » 7619	Pedroni Francesco	Amadori Angelo	Bianchi » S. Carlino	Sezione II di detta Parrocchia
		Gualla Bortolo		Bosio » Mercanzia	Sezione I idem
6	S. Faustino » 4858	Bosio Alessandro	Landi Luigi	Rossi » Rosovera	Sezione I di detta Parrocchia
		Bettoni Filippo			
7	S. Alfa » 1648	Croppi Costantino	Bocchi Lelio	Masperoni » S. Alessandro	
8	Santa Maria Calchera	Buffali Giorgio Medico condotto	Capponati Bonaventura	Ventura » Mercato Nuovo	
9	S. Alessandro	Fenaroli Paolo	Capponati Antonio	Margola » Bruttanome	

Firm. FENAROLI Podestà

Brescia 20 Giugno 1836.

Fisto

Il CONSIG. AULICO ATTUALE L. R. DELEGATO PROVINC.

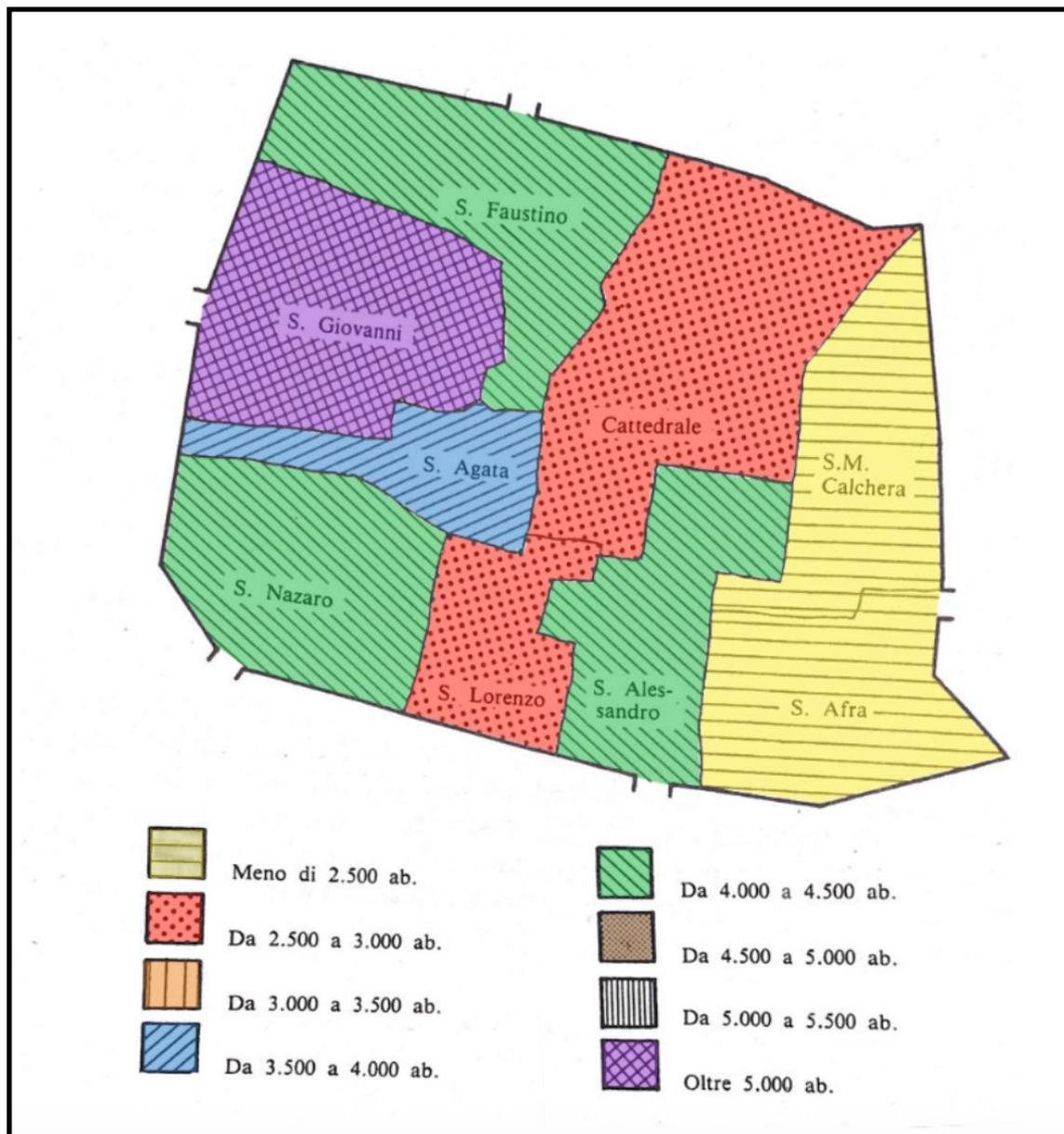
TERZI

MOCINI Segretario.

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER PARROCCHIE NEL 1815

Mappa n.3 (sono stati evidenziati con dei colori i dati già presenti)

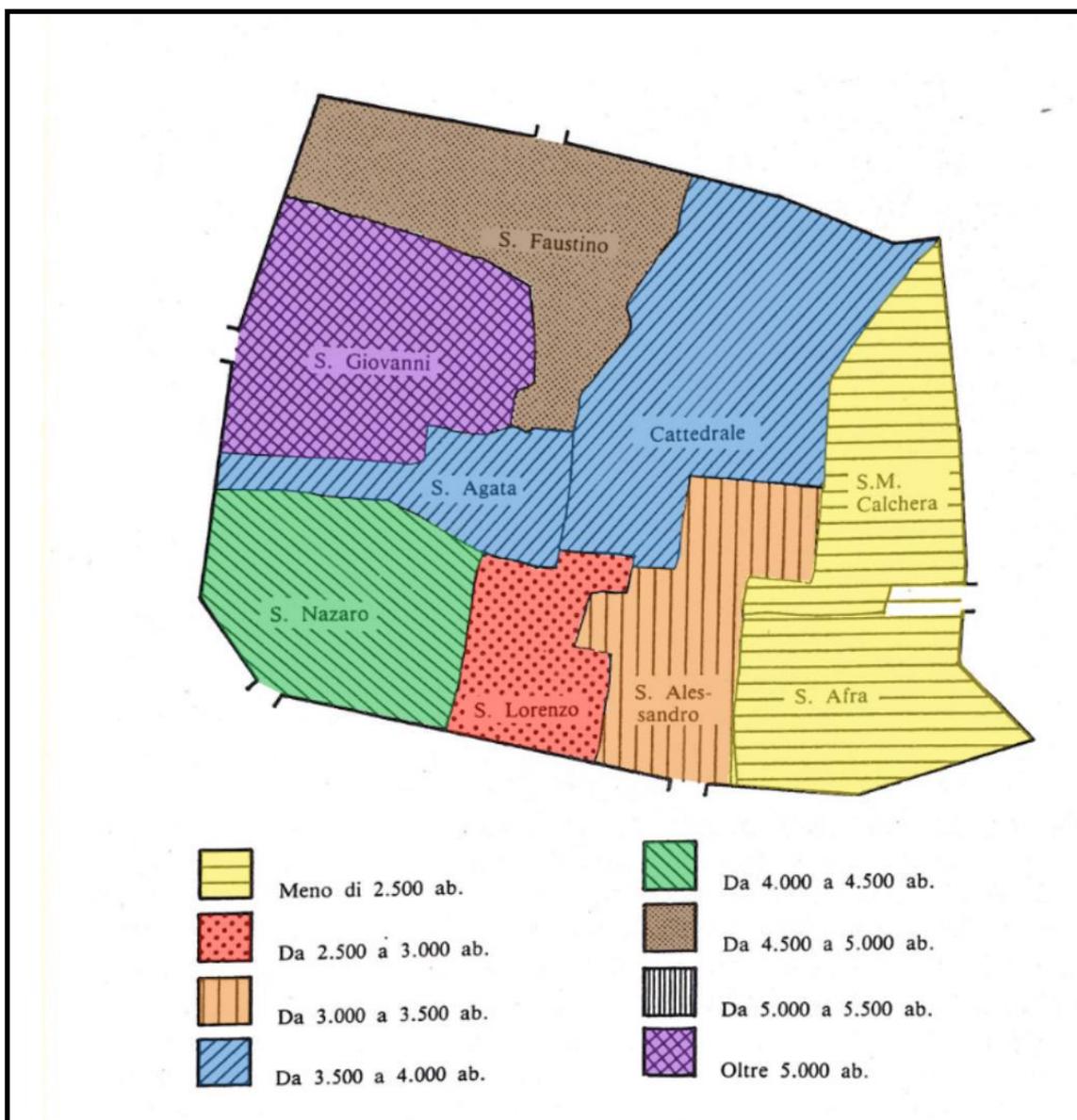
Fonte: S. Onger, *La città dolente*, p.82



DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER PARROCCHIE NEL 1844

Mappa n.4 (sono stati evidenziati con dei colori i dati già presenti)

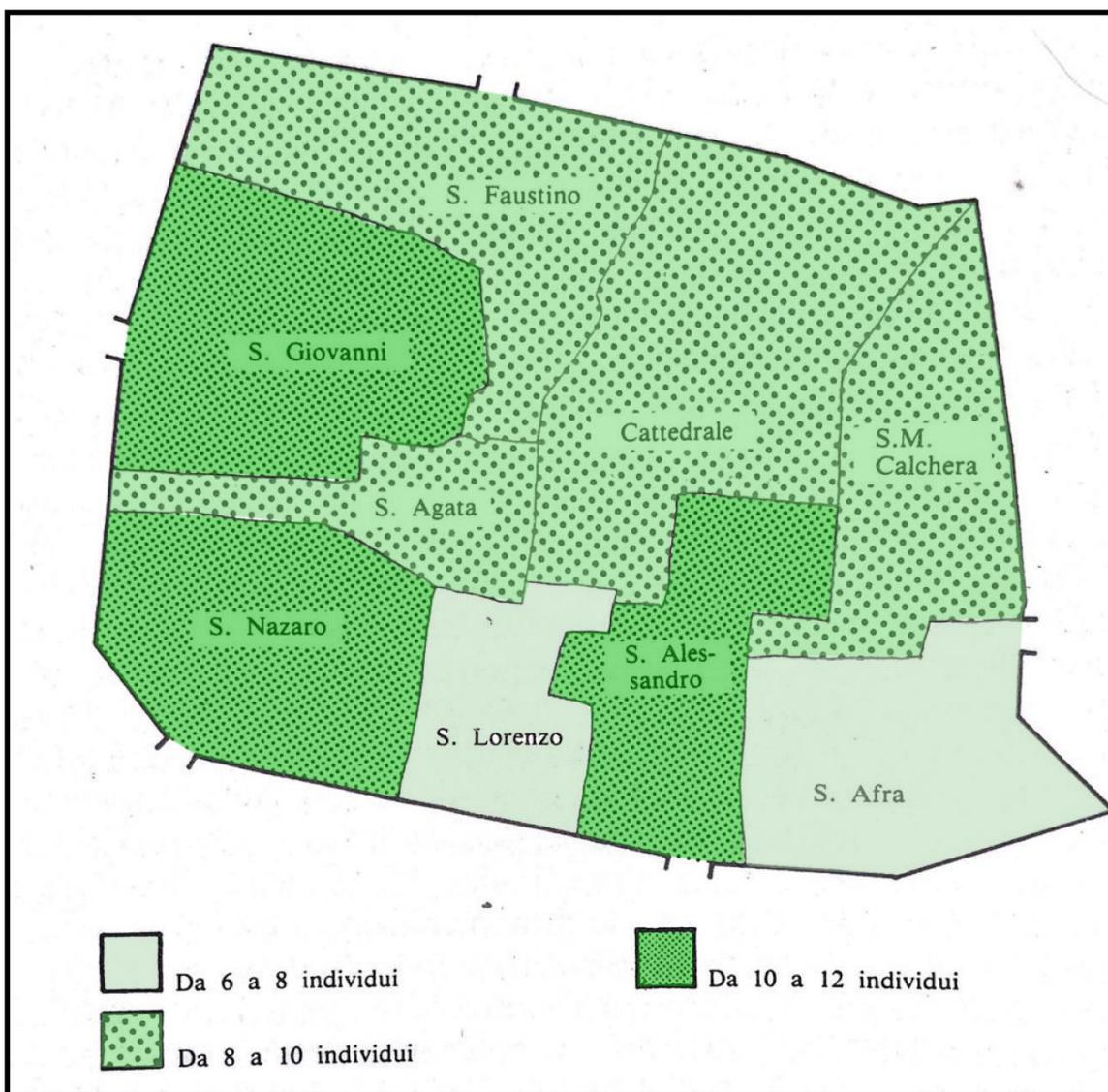
Fonte: S. Onger, *La città dolente*, p.83



NUMERO MEDIO ABITANTI PER CASA NEL 1815

Mapa n.5 (sono stati evidenziati con dei colori i dati già presenti)

Fonte: S. Onger, *La città dolente*, p.94



PERCENTUALE DEI POVERI SUGLI ABITANTI DI CIASCUNA PARROCCHIA
NEL 1859

Mappa n.6 (sono stati evidenziati con dei colori i dati già presenti)

Fonte: S. Onger, *La città dolente*, p.47

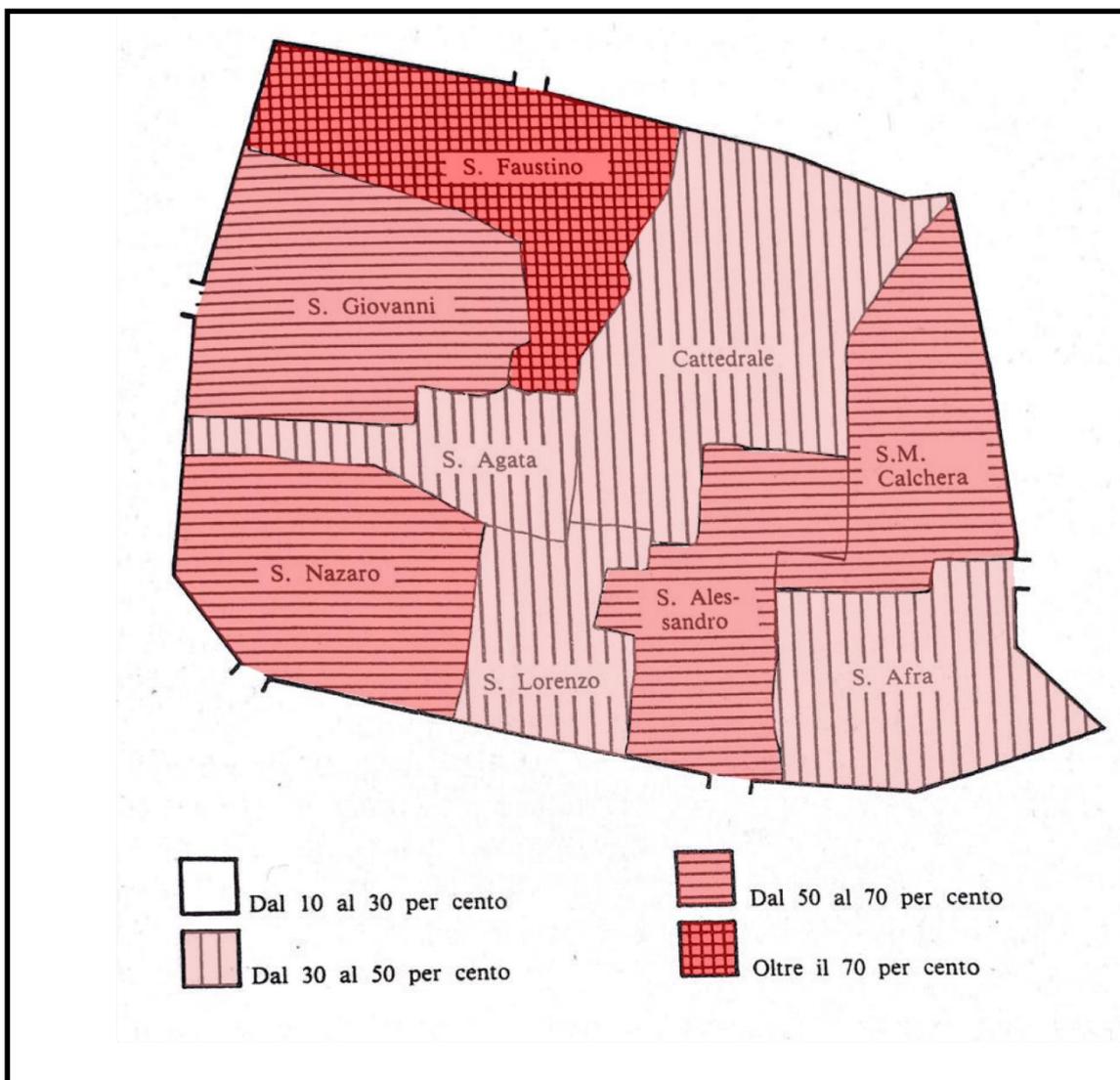


Tabella - 2. AMMALATI E RISPETTIVA CONDIZIONE SOCIALE

DISTRETTI	AMMALATI		CONDIZIONE	
	MASCHI	FEMMINE	AGIATA	NON AGIATA
BRESCIA R. CITTÀ	1715	1504	727	2492
BRESCIA	1874	1789	1071	2592
OSPITALETTO	522	471	211	782
BAGNOLO	433	389	229	602
MONTECHIARO	384	339	162	561
LONATO	797	661	305	1153
GARDONE	444	340	74	710
BOVEGNO	123	122	128	117
CHIARI	1039	1006	277	17689
ADRO	438	394	163	669
ISEO	589	429	186	832
VEROLANUOVA	529	568	150	947
ORZINUOVI	445	386	72	759
LENO	610	538	181	967
SALÒ	616	607	172	1051
GARGNANO	310	296	128	478
PRESEGLIE	82	69	21	130
VESTONE	74	46	23	97

Fonte: W. Menis, *Saggio di topografia statistico medica della provincia di Brescia aggiuntevi le notizie storico statistiche sul colera epidemico che desolò nell'anno MDCCCXXXVI*, 1837, Vol. II, pp.264-265

Tabella - 3. ESITO DEI GUARITI E DEI DEFUNTI IN BRESCIA E PROVINCIA

DISTRETTI	ESITO			
	GUARITI		MORTI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
BRESCIA R. CITTÀ	787	819	965	648
BRESCIA	1039	1128	835	661
OSPITALETTO	272	272	245	204
BAGNOLO	204	227	225	175
MONTECHIARO	122	128	257	216
LONATO	329	307	462	360
GARDONE	223	202	222	137
BOVEGNO	73	81	50	41
CHIARI	490	523	545	487
ADRO	230	230	208	164
ISEO	339	253	247	179
VEROLANUOVA	291	345	235	226
ORZINUOVI	233	192	212	194
LENO	321	308	284	235
SALÒ	321	345	294	263
GARGNANO	135	140	177	154
PRESEGLIE	51	33	34	33
VESTONE	32	18	48	22

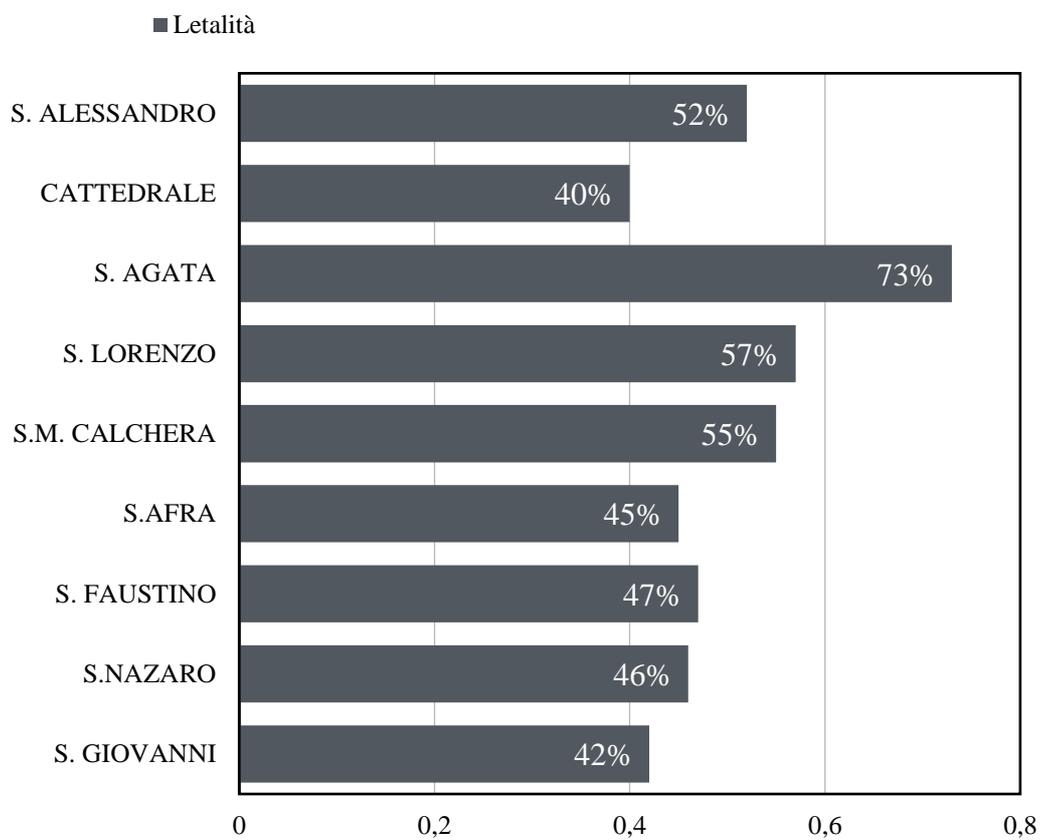
Fonte: W. Menis, *Saggio di topografia statistico medica della provincia di Brescia aggiuntevi le notizie storico statistiche sul colera epidemico che desolò nell'anno MDCCCXXXVI, 1837*, Vol. II, pp.264-265

Tabella 4. QUADRO STATISTICO PER CIRCONDARI

PARROCCHIA	NUMERO COMPLESSIVO INDIVIDUI	AMMALATI	GUARITI	MORTI	TASSO DI LETALITÀ	TASSO DI MORTALITÀ	MORBILITÀ
S. ALESSANDRO	/	142	74	74	52%	/	/
CATTEDRALE	3.590	179	54	72	40%	2%	5%
S. AGATA	3.865	155	42	113	73%	3%	4%
S. LORENZO	2.528	152	65	87	57%	3,5%	6%
S. MARIA IN CALCHERA	/	141	63	78	55%	/	/
S. AFRA	1.648	164	80	74	45%	4,5%	10%
S. FAUSTINO	4.858	446	237	209	47%	4,3%	9%
S. NAZARO	4.151	370	200	170	46%	4%	9%
S. GIOVANNI	7.619	607	353	254	42%	3,5%	9%
TOTALE	28.259	2.356	1.168	1.131	/	/	/

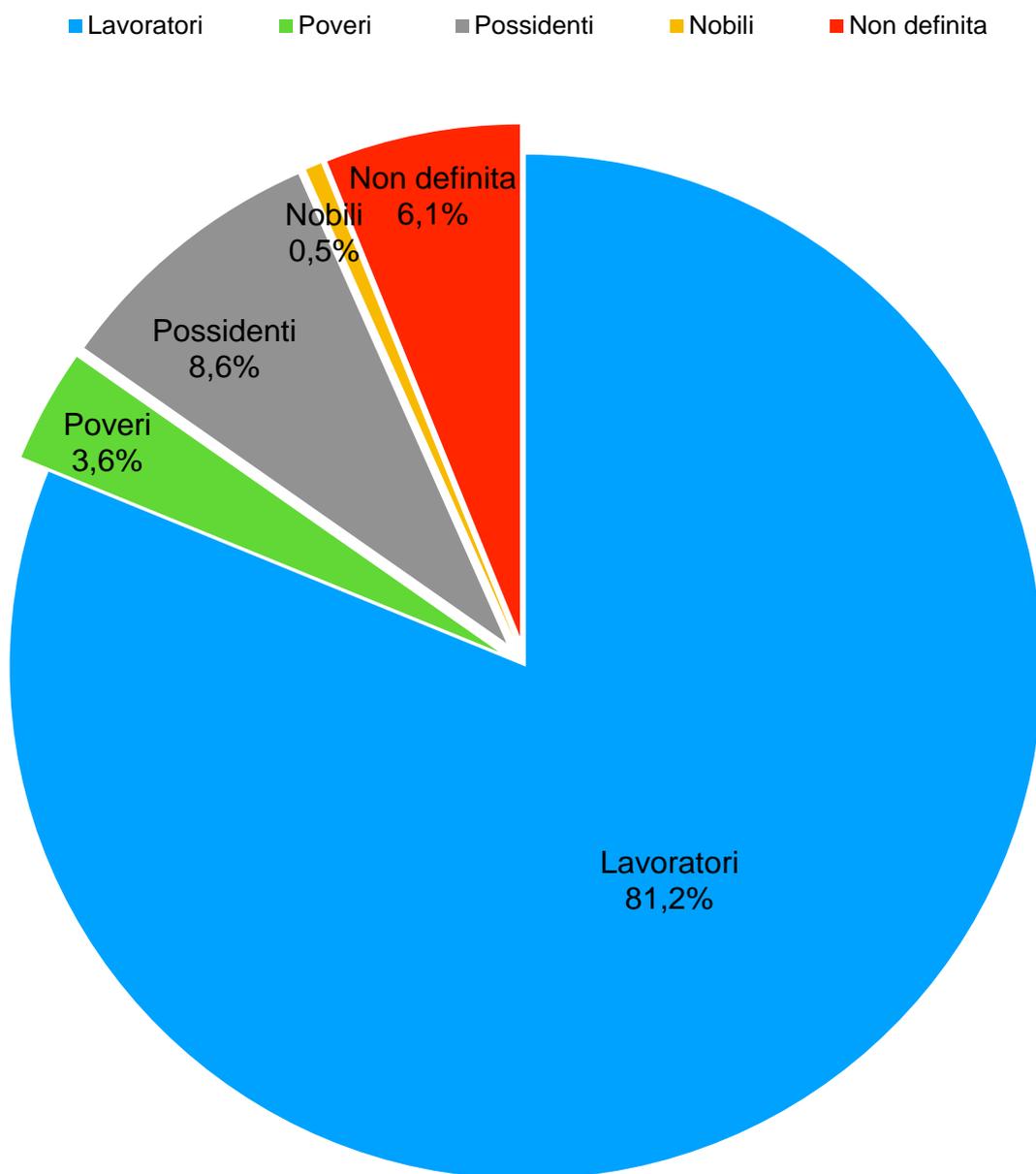
Fonte: ASB, rub. XXIV, 6/2A, 1833-1848, b. 2708

Tabella 5. LETALITÀ REGISTRATA NEI CIRCONDARI



Fonte: ASB, rub. XXIV, 6/2A, 1833-1848, b. 2708

GRAFICO: INCIDENZA DEL COLERA PER CLASSI PROFESSIONALI



Fonte: Registro morti Vantiniano dall' '1/1/1836 al 21/6/1837. Le percentuali sono state ricavate dall'inserimento di 1564 morti per colera in una apposita tabella Excel;

III. La Chiesa locale di fronte all'epidemia: strategie pastorali e modalità assistenziali

3.1 Le istituzioni ecclesiastiche lombarde durante la Restaurazione

Definire quale fosse la struttura della Chiesa lombarda negli anni precedenti allo scoppio del colera è impresa davvero ardua, anche perché le forme organizzative tradizionalmente in uso nei secoli precedenti risultarono profondamente mutate per effetto delle politiche giurisdizionaliste attuate dai vari governi a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo. In molti settori si profilavano cambiamenti radicali: dal ruolo delle parrocchie, quali centri della vita religiosa, a quello delle diocesi, fino alle molteplici istituzioni a carattere educativo e assistenziale nate in questo periodo storico. È in questa dimensione che prese piede il fenomeno della rinascita spirituale, registratosi in particolare all'interno delle diocesi di Milano, Brescia e Bergamo. A Brescia, ad esempio, le devastazioni del colera costituirono la spinta decisiva alla fondazione dell'Istituto assistenziale-caritativo delle Ancelle della Carità.

In Lombardia, la politica giurisdizionalista dell'Austria prima e di Napoleone poi aveva contribuito a modificare il secolare volto della Chiesa. I monarchi illuminati, consapevoli di quale fosse l'importanza dell'istruzione quale *instrumentum regni*, cercarono di controllare il funzionamento delle istituzioni educative. Maria Teresa, in tal senso, fu pioniera della statalizzazione delle scuole, favorita dalla soppressione dei gesuiti²⁴⁸. Questo nuovo atteggiamento dei sovrani europei verso le istituzioni ecclesiastiche provocò naturalmente forti attriti con la Santa Sede e condusse in alcuni casi ad una profonda crisi dei rapporti tra Chiesa e Stato.

Le tendenze già emerse nella seconda metà del Settecento si accentuarono sotto le spinte della Rivoluzione francese, che attuò un vero e proprio smantellamento della

²⁴⁸ Per la riforma austriaca della pastorale si veda E. Combi, *Appunti sulla pastorale catechistica lombarda del primo Ottocento*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento. Gli istituti religiosi tra impegno educativo e nuove forme di apostolato (1815-1860)*, IITL, Milano, 1997, pp. 47-76.

Chiesa attraverso l'emissione di un provvedimento organico quale la *Costituzione civile del clero*, al culmine di un'attività legislativa che aveva già contemplato l'abolizione delle decime, la soppressione degli ordini regolari e la nazionalizzazione dei beni ecclesiastici.²⁴⁹ La Rivoluzione, in tal modo, distrusse dalle fondamenta l'edificio ecclesiastico, da un lato sottraendo alla Chiesa le più usuali modalità di reperimento delle risorse e dall'altro cancellando forme di presenza e di apostolato consolidate da una tradizione plurisecolare. Il modello di laicizzazione francese, archetipo dei processi di secolarizzazione europei, prese un'ulteriore piega dopo il 1796. Napoleone, con la legge organica dell'8 aprile 1802, mantenne in vita capitoli cattedrali e seminari, ma soppresse tutti gli altri istituti religiosi. Egli concepiva infatti una Chiesa di Stato, perfettamente omologata al resto dell'amministrazione statale, salvo che per la

²⁴⁹ Nella notte del 4 agosto 1789 l'Assemblea Costituente soppresse le decime, i diritti feudali e le annualità dovute al Papa. Il 25 agosto 1789 fu approvato l'articolo X della *Dichiarazione dei Diritti dell'uomo*, secondo cui nessuno poteva subire molestie a motivo delle proprie convinzioni religiose. Il 2 novembre 1789 i beni della Chiesa furono privati del loro valore legale e il 13 febbraio 1790 furono disconosciuti i voti religiosi, in quanto contrari alla natura umana e causa del principio di disuguaglianza. Dal 17 aprile del 1790 il Cristianesimo non fu più religione di Stato e il 21 aprile dello stesso anno la Costituente cominciò a discutere il progetto Martineau. Tale discussione terminò il 12 luglio 1790 con l'emissione della *Costituzione civile del clero*, che avrebbe dovuto chiamarsi la soppressione dei diritti di Dio. La *Costituzione civile* era suddivisa in quattro titoli; il primo titolo prevedeva una nuova ripartizione delle cariche ecclesiastiche e venivano risparmiate solo quelle impegnate nella cura e assistenza delle anime dei fedeli. Furono quindi, soppressi tutti i capitoli e le collegiate. Il numero di vescovi e parroci fu ridimensionato, così come quello delle parrocchie. Il secondo titolo fissava il trattamento economico del clero, dal momento che gli uomini di chiesa venivano inquadrati nello stesso regime fiscale degli impiegati statali. La *Costituzione civile* assunse, per i cattolici, caratteri scismatici e antireligiosi, che portarono il popolo a schierarsi contro i rivoluzionari. Il papa, Pio VI, nel concistoro del 19 marzo 1790, espresse la propria inquietudine e condannò la filosofia rivoluzionaria. Il papa provò a rivolgersi al re, che comunque era privo di autorità, per convincerlo a rifiutarsi di approvare la legge, ricordandogli che il potere civile non poteva legiferare in materia religiosa, perché tale diritto spettava solo alla Chiesa. Se Luigi XVI avesse approvato i decreti rivoluzionari lui stesso sarebbe diventato scismatico. I due arcivescovi del Consiglio del re avrebbero dovuto impedire al re di Francia di concedere la sua approvazione e per rimediare a tale situazione, Pio VI scrisse due lettere a Luigi XVI. Gli scritti del Papa giunsero a Parigi solo il 23 luglio 1790, quando l'Assemblea Costituente, in data 12 luglio, aveva già approvato la *Costituzione civile del clero*. Il 28 luglio il re mandò al Papa il testo della Costituzione, perché l'aveva approvata in via provvisoria. Luigi XVI mandò a Roma il cardinale de Bernis perché facesse presente al pontefice l'urgenza di una sua approvazione. Pio VI sperava che il tempo avrebbe risolto ogni cosa, come peraltro era accaduto dopo che aveva accondisceso alle riforme di Giuseppe II. Ancor prima che il Papa concedesse il suo benestare, il re di Francia aveva fatto pubblicare la *Costituzione*, sotto le pressioni della Costituente. Il 22 ottobre 1790 il Papa raccolse in un dossier i pareri dei cardinali, che risultarono tutti in disaccordo con i principi della Costituzione. I membri della Costituente, che incarnavano il potere civile di Francia, obbligarono il clero a giurare fedeltà alla Nazione. Solo un terzo dei deputati ecclesiastici prestò giuramento. A quel punto il Papa prese esplicita posizione contro la Rivoluzione e il 10 marzo 1791 condannò i principi della *Costituzione civile*. Cfr. P. Blet, *Pio VI e la Rivoluzione francese*, in *La civiltà cattolica*, Vol. I, Unione Stampa Periodica Italiana, 2 gennaio 1988, pp. 223-229; cfr. L. Giampaoli, *L'eroe del XIX secolo, ossia cenni storici-apologetici del pontificato di nostro Signore Papa Pio IX fino ai giorni nostri*, Tip. Largo Avellino, Napoli, 1874, pp. 248-249; cfr. *La civiltà cattolica*, Vol. II, Luigi Manuelli Libraio, Firenze, 1871, pp. 551-552.

specificità dei suoi compiti: in tale prospettiva, gli ordini religiosi apparivano come “corpi estranei”, dato che erano strutturalmente dipendenti da Roma, soggetti al controllo di superiori designati da autorità interne agli ordini stessi e per di più dotati di un’organizzazione territoriale che non corrispondeva alla divisione in province dello Stato francese²⁵⁰. Napoleone volle quindi creare una Chiesa nazionalizzata nelle sue strutture, con le stesse logiche a cui obbediva il resto dell’apparato amministrativo statale. Questa trasformazione rimandava a due questioni fondamentali per l’affermazione dello Stato laico: la lotta agli ordini e alle congregazioni e al monopolio, che essi mantenevano nell’ambito dell’istruzione e dell’assistenza al povero²⁵¹.

²⁵⁰ Nel novembre del 1789, la Costituente aveva messo a disposizione dello Stato i beni della Chiesa e definì che i ministri del culto dovessero essere stipendiati dallo Stato, alla stregua di funzionari statali. Momento fondamentale nel processo di laicizzazione della Francia fu il decreto 13-19 febbraio, che sanciva il non riconoscimento dei voti monastici solenni. Venivano così aboliti gli ordini e le congregazioni in cui tali voti venivano professati. Successivamente, con il decreto 8-14 ottobre fu abolito l’abito religioso. Con l’ascesa di Napoleone si assistette a un ripristino della vita religiosa, al fine di ottenere maggiore consenso popolare; cfr. F. De Giorgi, *Le Congregazioni religiose dell’Ottocento nei processi di modernizzazione delle strutture statali*, in *Chiesa e prospettive educative in Italia tra Restaurazione e unificazione*, La Scuola, Brescia, 1994, pp. 123-149; cfr. F. De Giorgi, *Cattolici ed educazione tra Restaurazione e Risorgimento. Ordini religiosi, antigesuitismo e pedagogia nei processi di modernizzazione*, I.S.U, Milano, 1999, pp. 33-36.

Per quanto riguarda il Concordato del 13 settembre 1801, la Santa Sede con grande sorpresa veniva invitata dal Primo Console a secondare i suoi voti per il ristabilimento della religione cattolica in Francia. Non fu risolta la questione rispetto alla nomina dei vescovi francesi, che continuarono a essere nominati da Napoleone; cfr. A. Barruel, *Sul Papa e i suoi diritti religiosi all’occasione del Concordato del 1801 fra la Repubblica francese e la Santa Sede*, Stamperia Delle Piane, Genova, Vol. II, 1803, pp. 145.155.

Il Mezzogiorno rimase escluso dal processo di modernizzazione. I tragici avvenimenti del 1799, legati alla Repubblica Partenopea, e la durissima repressione borbonica portarono alla sparizione di Napoli, intesa come centro culturale, mentre si affermarono le città di Milano e di Firenze. Per approfondire il rapporto tra potere civile e spirituale nel Sud Italia si vedano i seguenti testi: A. Lepre, *Storia del Mezzogiorno nel Risorgimento*, Editori riuniti, Roma, 1969; G. Aliberti, *La modernizzazione istituzionale del decennio francese*, in *Potere e società locale nel Mezzogiorno dell’800*, Laterza, Roma-Bari, 1987, pp. 3-45.

²⁵¹ Per un approfondire il rapporto tra Chiesa e modernizzazione si vedano i seguenti testi di recente pubblicazione: E. Bressan, *Carità e riforme sociali nella Lombardia moderna e contemporanea. Storia e problemi*, NED, Milano, 1998, pp. 135-170; F. De Giorgi, *Cattolici ed educazione tra Restaurazione e Risorgimento. Ordini religiosi, antigesuitismo e pedagogia nei processi di modernizzazione*, I.S.U, Milano, 1999; D. Menozzi, *Chiesa, poveri, società nell’età moderna e contemporanea*, Editrice Queriniana, Brescia, 1980; G. Zagheni, *Cattolicesimo e vita religiosa in Lombardia tra Chiesa e società civile*, in *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento. Gli istituti religiosi tra impegno educativo e nuove forme di apostolato (1815-1860)*, a cura di R. Sani, ITL, Milano, 1997; G. Alberigo, *Dal bastone alla misericordia. Il magistero nel cattolicesimo contemporaneo (1830-1890)*, in *Cristianesimo nella storia*, 1981, pp. 487-521; G. Alberigo, *Lo sviluppo della dottrina sui poteri nella Chiesa universale*, Herder, Roma, 1964; M. Meriggi, *Il regno Lombardo Veneto*, UTET, Torino, 1987; C. Tivaroni, *L’Italia settentrionale, durante il dominio austriaco*, in *Storia critica del Risorgimento*, Editori L. Roux, Torino, 1892, Vol. II; A. Caprioli, A. Rimoldi, L. Vaccaro, *Storia religiosa della Lombardia, Diocesi di Brescia*, Editrice La Scuola, Brescia, 1992, Vol. III; J.B. Duroselle, *Les débuts du catholicisme social en France (1822-1870)*, Presses Universitaire de France, Parigi, 1951; A. Turchini,

Il venir meno, tra la seconda metà del Settecento e i primi decenni dell'Ottocento, delle strutture portanti della realtà ecclesiastica tradizionale, favorì la concentrazione della vita religiosa nella parrocchia, che assorbì le funzioni svolte dalle istituzioni ecclesiastiche soppresse, mentre la nascita di un pauperismo inedito e dalle dimensioni sconosciute indusse le autorità rivoluzionarie a richiedere l'intervento della Chiesa. In effetti, la laicizzazione istituzionale non aveva fatto i conti con il venir meno del volontariato religioso, che sollevava le casse statali dall'erogazione di ulteriori sussidi. Così, più per convenienza che per il riconoscimento effettivo dell'azione cristiana, Napoleone autorizzò la formazione di Congregazioni a carattere assistenziale-caritativo con il decreto 22 giugno 1804, mentre il 18 febbraio 1809 riconobbe le Congregazioni femminili ospedaliere. Riconfermò, invece, con il decreto 3 maggio 1810 la soppressione generale di tutti gli ordini ecclesiastici, per effetto della quale solo in Lombardia si assistette a un loro dimezzamento²⁵².

Il modello di laicizzazione napoleonico fu sostanzialmente mantenuto anche dai sovrani della Restaurazione. Sotto la dominazione austriaca, obiettivo dell'Imperatore era quello di ridurre la superficie delle diocesi, per controllare la loro azione e per meglio monitorare l'operato della Chiesa, ragione per cui Vienna ordinò che tutti i provvedimenti emessi dalla Santa Sede dovessero prima essere sottoposti al vaglio imperiale. Così, bolle, pastorali, circolari, prima di pervenire ai destinatari, erano sottoposte all'autorità delle Delegazioni provinciali, che dovevano anche vigilare su tutto quanto concernesse il culto. Da Roma non giungeva nulla che non fosse stato prima vidimato dalla cancelleria austriaca. Di fatto, ogni azione ecclesiastica risultava priva di veri e propri margini di libertà e autonomia. Il contrasto tra Stato e Chiesa si

Lo straordinario e il quotidiano. Ex voto, santuario e religiosità popolare nel bresciano, Grafo, Brescia, 1980.

Si vedano anche i seguenti testi, di pubblicazione meno recente: F. Dini, *Della costituzione civile del clero o dell'incameramento dei beni ecclesiastici*, Tipografia delle Murate, Firenze, 1860; *Sulla Costituzione civile del clero, emanata dall'assemblea nazionale di Francia*, P.G.M., Torino, 1870; F. Savio, *Storia della Rivoluzione francese e dei tempi moderni*, G.B. Petrini, Torino, 1893; *Histoire abrègèe de la Constitution civil du clergè de France*, Paris, 1828; L. Misermont, *Serment à la Constitution civile du clergè*, J. Gabalda, Paris, 1917; C.J. Mitchell, *The French legislative assembly of 1791*, E.J. Brill, New York, 1988.

²⁵² Per i decreti governativi emanati tra 1802 e 1809 si veda F. De Giorgi, *Cattolici ed educazione tra Restaurazione e Risorgimento...*, pp. 7-57.

Nel ventennio francese si registrò una drastica contrazione delle ordinazioni religiose, ridotte della metà in Lombardia. Il clero tra il 1780 e il 1810 fu ridotto di un terzo; cfr. R. Sani, *Indirizzi spirituali e proposte educative dei nuovi istituti religiosi dell'Ottocento in area lombarda*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento...*, ITL, Milano, 1997, p. 91.

acui ancora di più quando l'Imperatore Francesco I dichiarò dinanzi alla Deputazione italiana, al Congresso di Vienna, che si reputava continuatore della politica ecclesiastica napoleonica. Si infrangeva così il sogno della Chiesa di ripristinare i diritti e le prerogative che le erano stati sottratti in età napoleonica. Il sovrano austriaco ribadiva il suo volere, quello cioè di non revocare le alienazioni dei beni ecclesiastici e di voler mantenere il possesso di quelli che erano rimasti invenduti²⁵³.

Rimase, così, la necessità di chiarire quale fosse il ruolo della Chiesa e quale quello dello Stato. Le riforme napoleoniche avevano creato una molteplicità di situazioni²⁵⁴. Nello specifico, il Lombardo Veneto, in virtù di una struttura amministrativa e legislativa più moderna rispetto agli altri stati italiani, fu centro propulsore di questo processo di razionalizzazione, che, come si è visto, aveva subito una velocizzazione nel ventennio francese. Il Governo austriaco voleva che gli enti ecclesiastici divenissero in qualche modo un ramo della pubblica amministrazione, così veniva confermata agli ordinari la facoltà di supervisionare gli enti caritativi e di beneficenza, mentre ai parroci veniva affidata l'educazione nelle scuole elementari. Nel 1818 il Governo riconfermò il riconoscimento solo degli ordini che per statuto si dedicavano alla cura, all'educazione e all'assistenza, mentre con il decreto 16 novembre 1819, papa Pio VII stabilì che tutte le diocesi lombarde fossero poste sotto la giurisdizione della sede metropolitana di Milano²⁵⁵.

Nel caso specifico di Brescia, a partire dal 1814, il Vescovo di allora, Gabrio Maria Nava, aveva chiesto il ripristino dei conventi e dei monasteri soppressi, insistendo specialmente per il recupero di quegli ordini dediti all'assistenza e all'educazione, come i Filippini, ristabiliti nel 1822 e le Orsoline, ripristinate nel 1827. Tale necessità di

²⁵³ Per un approfondimento sulla lotta tra il clero e il Governo circa i beni ecclesiastici si veda A. Sandonà, *Il Regno Lombardo-Veneto (1814-1859). La costituzione e l'amministrazione*, pp. 123-140.

²⁵⁴ G. Zagheni, *Cattolicesimo e vita religiosa in Lombardia, tra Restaurazione e Unificazione nazionale*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento...*, pp. 19-39.

²⁵⁵ Già precedentemente a questo decreto, con il Concordato del 1803, stipulato tra la Repubblica italiana e la Santa Sede, si assistette a un primo riordino della giurisdizione della provincia ecclesiastica di Milano. Nel 1804, al Vescovo di Milano furono sottoposte le diocesi di Bergamo, Brescia, Pavia, Como, Cremona, Crema, Lodi, Novara, Vigevano. La diocesi di Mantova rimaneva subordinata a quella di Ferrara; cfr. G. Zagheni, *Cattolicesimo e vita religiosa in Lombardia tra Chiesa e società civile...*, p. 23; La subordinazione delle diocesi sopra nominate a Milano fu sancita dal II articolo del Concordato; cfr. *Concordato fra sua santità Papa Pio VII e la Repubblica italiana*, Lazzarini Stampatore, Roma, 1804, p. 4.

Per una lettura approfondita della resistenza cattolica contro Napoleone, si veda A. A. Caiani, *To kidnap a Pope. Napoleon and Pius VII*, Yale University Press, Yale, 2021.

ripresa e recupero derivava dalle difficilissime condizioni socio-economiche in cui versava il Regno Lombardo Veneto, colpito dapprima dalla carestia del 1815, poi, nel 1817, dall'epidemia di tifo petecchiale. Condizioni queste che determinarono un drastico aumento dei prezzi dei generi alimentari²⁵⁶. Questa difficile congiuntura fece da sfondo alla diffusione di nuovi sistemi di produzione, che portarono al fenomeno dell'inurbamento e all'aumento esponenziale del numero degli indigenti. I nuovi poveri, provenienti dalle campagne, si trovarono presto privi dei mezzi di sostentamento, in quanto privi di quelle abilità che consentissero loro di inserirsi in modo competitivo nel mondo del lavoro. Questo contesto, segnato da profondi mutamenti sociali, portò la Chiesa a porre in essere nuove e dinamiche forme di intervento, miranti soprattutto al recupero dei giovani attraverso un'accorta attività educativa e assistenziale, resa ancor

²⁵⁶ La dura carestia del 1815 e del 1816 fu in buona parte causata dal monopolio degli incettatori, arbitri dei prezzi e dei mercati in tutta Europa. I rincari dei cereali, soprattutto del mais, che, come si sa era, il principale alimento del povero, erano da attribuirsi al monopolio del suo mercato, attuato da questi individui. Le incessanti piogge del 1815 e del 1816 avevano ridotto il raccolto del granturco in Lombardia e i proprietari terrieri, ingolositi dai prezzi generosi delle vendite all'estero, avevano aumentato le esportazioni, lasciando la popolazione senza di che vivere. Il poco grano rimasto a fronte della crescente domanda aveva consentito, a quanti detenevano il monopolio del mercato, di alzare i prezzi. Il rialzo del prezzo del mais causò a sua volta l'aumento del prezzo delle farine. La fame portò molti contadini lombardi alla disperazione, non trovando alcun modo di assicurarsi la sussistenza. Antonio Sabatti descrisse così la situazione di miseria della Lombardia «per l'infame monopolio [...] i prezzi sono saliti ad un esorbitante limite, poiché il formentone si è venduto in questo pubblico mercato sino a lire 83 milanesi e il granturco a 90 lire. Intanto il popolo si è trovato nella più squallida miseria, ed il giornaliero guadagno, non essendo bastante a provvedere ai sani bisogni, lo ha costretto a minorare la razione della sussistenza delle proprie famiglie ed a vendere persino le proprie suppellettili, riducendosi alle ultime estremità». La fame e la miseria avevano prodotto nel popolo anche la voce che «la Spagna aveva invitato tutte le famiglie straniere che volevano recarsi colà per la coltivazione di queste terre, offrendo ad esse vantaggiose condizioni. 1° arrivate a Genova avrebbero trovato un pronto e franco imbarco per la Spagna; 2° giunte colà sarebbero state assegnate delle terre dai coltivatori, e in proporzione al numero delli individui atti al lavoro. 3° che si sarebbero fatte delle anticipazioni per provvedere a bestiame ed attrezzi rurali e le sussistenze per un anno. Questa voce che rapidamente si sparse per le nostre valli in tutti i paesi alpini, come divulgata da persona conosciuta ritornata dalla Spagna, [...] fece sì che molte famiglie presero il partito di provvedersi di denaro per un lungo viaggio; quindi, convennero di vendere le cose loro, i grossi arnesi e quei pochi campi che formavano la piccola proprietà e si disposero alla partenza. Unitesi in compagnie, ciascuna di due o tre famiglie noleggiarono una carretta per caricarla dei panni loro e biancherie [...]. Questa migrazione avvenne nel successivo ottobre ed enorme miserando spettacolo il vedere queste famiglie seguire il loro convoglio. [...]. Le prime che partirono furono anco le prime cui fu permesso di penetrare sino a Genova, ma quel fu mai la loro disperazione nell'udire da' capitani dei vascelli spagnoli ch' erano in quel porto, ch'essi non avevano istruzioni di noleggiare alle famiglie forestiere per la Spagna, ma che se avessero voluto prendere imbarco per colà, doveasi trattare pel noleggio; la loro disperazione si può piuttosto immaginare che esprimere. Intanto l'affluenza delle famiglie cresceva ogni dì, per cui quel Governo ordinò che dovessero partire dalla città. Molte di queste avevano di già consumato il denaro che seco loro avevano recato, mancando del tutto dei mezzi di sussistenza furono costretti per il momento a spargersi per le campagne e dormire sulla nuda terra. In mezzo al loro sconforto ripresero di nuovo il viaggio per la loro terra [...]»; cfr. A. Sabatti, *Del rincaramento de' grani e de' suoi effetti negli anni 1815-1818*, in ASB, Atti Ateneo, Atti Accademici, b. 220.

più necessaria dall'utilizzo sconsiderato della manodopera minorile e femminile negli stabilimenti industriali lombardi.

È proprio in questo momento storico che si inserisce l'interessante vicenda delle Congregazioni religiose, in contrasto con la demolizione delle strutture ecclesiastiche effettuata nel contesto delle politiche giurisdizionaliste sette-ottocentesche. Da un lato, i membri di queste nuove istituzioni religiose furono obbligati ad acquisire le competenze dettate dai nuovi meccanismi burocratici, mentre dall'altro si mostrarono particolarmente sensibili alle nuove forme di povertà, prodotte dall'industrializzazione e dal conseguente inurbamento. Come si è detto, la posta in gioco nella lotta fra lo Stato e la Chiesa era il controllo dell'istruzione popolare e le Congregazioni furono la risposta della Chiesa alle pretese statali. Questo spiegherebbe perché solo in Italia, nel corso dell'Ottocento, si ebbero ben 183 nuove fondazioni femminili e 23 maschili. Numeri visibilmente straordinari se paragonati alle 43 Congregazioni nate tra Cinque, Sei e Settecento²⁵⁷.

Si può affermare che negli anni Trenta dell'Ottocento si assistette a un'inversione di tendenza rispetto alla drastica diminuzione delle ordinazioni religiose nel ventennio francese, che comunque non riuscì a reintegrare del tutto i numeri precedenti agli sconvolgimenti rivoluzionari²⁵⁸. Inoltre, fattori di diversa natura resero tutt'altro che semplice il ripristino delle istituzioni religiose soppresse, come le problematiche interne agli istituti, gli intralci burocratici, gli indirizzi assunti dai diversi ordini locali e l'atteggiamento oppositivo dell'autorità governativa. La questione amministrativa si

²⁵⁷ F. De Gregori, *Cattolici ed educazione...*, p. 19.

²⁵⁸ La rinascita religiosa, attuata attraverso la fondazione di nuovi istituti, non è fenomeno esclusivamente italiano. In realtà in tutta l'Europa cristiana dell'Ottocento si assistette ad un rinnovato dinamismo della Chiesa nella società civile. A Parigi, Félicité Robert de Lamennais diffuse l'idea che la Chiesa, attraverso il principio della carità, dovesse impegnarsi per migliorare le condizioni di vita degli operai. Sempre a Parigi, lo storico e giornalista Antoine-Frédéric Ozanam, nel 1833, fondò la società di San Vincenzo de' Paoli con lo scopo di esercitare la carità verso i più bisognosi. L'associazione di Ozanam fu particolarmente attiva sul fronte assistenziale e la società di San Vincenzo de' Paoli divenne importante punto di riferimento in tutto il mondo cattolico. Qualche anno più tardi con la progressiva industrializzazione della Francia, anche la Chiesa cominciò a imporsi per garantire migliori condizioni di lavoro e di vita alla classe operaia. Il Vescovo di Magonza, G. E von Ketteler, nel 1864, indicò nel cristianesimo l'unica via per risolvere concretamente i problemi legati al pauperismo proletario. Da questa polemica si originarono movimenti cristiano-sociali nelle chiese protestanti. A fronte, quindi, del moltiplicarsi delle iniziative a carattere religioso, nel 1891, il papa Leone XIII, con la pubblicazione dell'enciclica *Rerum novarum*, espresse la posizione della Chiesa verso i problemi della società industriale; cfr. D. Menozzi, *Chiesa, poveri, società nell'età moderna e contemporanea...*, pp. 59-68.

poneva anche rispetto alle diocesi radicate sul territorio e alla dimensione assistenziale, che queste avevano.

A fronte dei dissapori tra Chiesa e Stato, sorge, quindi, spontaneo chiedersi in che misura le due istituzioni cooperassero tra il 1831 e il 1836. Le circolari vescovili, che tra le fonti dirette sono quelle più interessanti in questo senso, restituiscono la testimonianza di una collaborazione attiva, forse anche per il clima di rigido controllo cui erano sottoposte le istituzioni ecclesiastiche. Fatto sta che l'azione intrapresa dalle Diocesi lombarde ricalcava l'attuazione dei primi provvedimenti emanati dall'autorità governativa, come dimostrano le circolari a stampa diramate in area lombarda. Il nuovo tenore dei rapporti fra autorità civili e autorità ecclesiastiche si tradusse in un più autorevole ruolo di queste ultime, rafforzando il loro prestigio e l'ascendente di cui godevano presso le classi popolari.

3.2 L'azione della Chiesa al sopraggiungere del colera nel Lombardo Veneto

Anche se l'ottimismo positivista si proponeva come nuova religione, il colera portò la popolazione europea ad assumere atteggiamenti affini a quelli riscontrati durante le emergenze epidemiche dei secoli precedenti. L'Europa mostrò di essere psicologicamente impreparata ad affrontare un nuovo trauma epidemico e così, non appena il colera toccò le terre occidentali, la popolazione, in preda allo sgomento, ne attribuì la comparsa alla mancanza di fede in Dio, forse anche con la consapevolezza dello spirito antireligioso che andava diffondendosi. Così, la propagazione del morbo in Europa rappresentò una clamorosa smentita delle “certezze” medico-scientifiche della cultura positivista e poiché la classe medica non riusciva a dare delle spiegazioni ragionevoli a quanto stava accadendo, nel popolo si diffuse sconforto, accompagnato da reazioni isteriche. Questo perché se la fede, in passato, aveva permesso di accettare anche gli avvenimenti più incomprensibili, come il numero altissimo di vittime mietute dalla peste, in ragione di un misterioso ma ineluttabile disegno divino, la nuova cultura razionalista richiedeva viceversa spiegazioni immanenti, quali ad esempio l'idea di una congiura del Governo e della classe medica verso gli indigenti.

Il terrore collettivo si aggravò ulteriormente a fronte dell'inefficacia dei provvedimenti governativi e del vacuo dibattito medico-scientifico, con una parte dei sanitari che si aggrappava alle tradizionali teorie ippocratiche e un'altra parte che si sforzava di trovare spiegazioni eziologiche e strategie terapeutiche fondate sull'osservazione diretta dei sintomi²⁵⁹. Il colera, se da una parte rappresentò la sconfitta dello spirito illuminista e positivista, dall'altra permise alla Chiesa di riscattarsi agli occhi dei fedeli²⁶⁰. La religione, più ancora della scienza - anche se non mancarono medici valorosi - soccorse per prima (e più efficacemente) gli infelici colpiti dalla terribile malattia. Numerosi furono i sacerdoti che con abnegazione sacrificarono la propria vita alla salvezza spirituale e fisica del prossimo.

Il primo impegno da parte delle diocesi lombarde, in tal senso, si concretizzò nella pubblicazione di numerose circolari, al fine di istruire il popolo su quei provvedimenti sanitari che erano stati emanati dal governo, nella speranza di poter limitare le devastazioni collegate all'arrivo del morbo asiatico.

Le prime circolari a stampa diramate nel Lombardo Veneto risalgono al 1831, anno in cui Vienna registrò i primi casi di colera. A partire dal 1° agosto del 1831, l'allora Vescovo di Brescia, Gabrio Maria Nava, nel rincuorare i parroci della diocesi bresciana,

²⁵⁹ Cfr. L. Bonuzzi, *Immagine del colera a Verona nel 1836*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia ...*, Vol. III, pp. 1173-1180;

²⁶⁰ Sulle reazioni popolari si vedano i seguenti testi: P. A. Rossi, *Sunt lacrymae rerum et mentem mortalia tangunt. La grande moria del 1835*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, ...*, Vol. III, pp. 995-1009; P. Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari, 1987; P. Sorcinelli, *Nuove epidemie antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Franco Angeli, Milano, 1986; P. Sorcinelli, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari dell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Franco Angeli, Milano, 1979; P. Ariès, *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 1980; E. Tognotti, *Cordoni marittimi, contumacie e quarantene. Le strategie igienico-sanitarie contro il colera nella Sardegna pre e post-unitaria*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia...*, vol. II, pp. 511-526; E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 2000; R. Pelagalli, *Il colera in letteratura. Dalla narrativa europea a Mastriani*, Guida, Napoli, 2017; A. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (ed.) *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984, pp. 431-494; A. Forti Messina, *Società ed epidemia, il colera a Napoli nel 1836*, Franco Angeli, Milano, 1979; L. Del Panta, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV – XIX)*, Loescher, Torino, 1980; S. Cunha Ujvari, *Storia delle epidemie* (traduzione italiana), Odoya, Bologna, 2011; G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348 – 1918*, Laterza, Roma – Bari, 1987; E. Cafulli, A. La Torre, E. Zanarotti-Trainini, *Virgola infetta morbus cholerae e contesto sociale nella pianura Padana*, Porto Seguro Editore, Milano, 2022. Anche alcuni testi letterari forniscono talora squarci interessanti sulle reazioni popolari di fronte alla diffusione del colera. Fra tutti si vedano: G. Verga, *Quelli del colera*, I Meridiani, Milano, 2006; F. De Roberto, *I Viceré*, Garzanti, Milano, 1978; M. Serao, *Il ventre di Napoli*, BUR, Milano 2016.

affinché non temessero un'invasione colerica, sentita ancora geograficamente lontana, richiedeva loro di affiancare i medici nell'individuazione dei primi casi²⁶¹. Qualche giorno più tardi, il 9 agosto 1831, il Vescovo bresciano incitava il clero a stimolare i fedeli perché si impiegassero in opere di beneficenza. L'intento del Governo di laicizzare la gestione dell'assistenza pubblica fu vanificato dall'arrivo di questa malattia. Il carattere laico delle nuove istituzioni, che si era in parte concretizzato con l'esclusione della nobiltà dalle amministrazioni comunali, aveva portato alla diffusione di un sentimento di diffidenza verso di esse, che si era tradotto nel venir meno di una buona parte delle donazioni, su cui si reggeva l'assistenza cittadina. I parroci furono, così, invitati a intervenire anche in questo senso. Attraverso le omelie, pronunciate dal pulpito, essi dovevano incitare le persone agiate a donare quanto più possibile. Furono enfatizzate le conseguenze della povertà in chiave escatologica, perciò molte persone facoltose, sperando di vedere la propria anima salvata, risposero positivamente a queste richieste. Grazie allo spirito caritativo dei fedeli, il Comune riuscì a supplire alle richieste avanzate, non solo dagli indigenti "strutturali", ma anche da tutti quegli individui, che a causa della malattia erano rimasti senza nulla²⁶².

La sfiducia nella scienza e nelle autorità civili si tramutò presto in sfiducia nella classe medica, motivo per cui, in molte città italiane e non solo lombarde, si diffuse la diceria che i medici, in accordo con i governi avvelenavano, somministrando medicinali e inquinando l'acqua dei pozzi, quanti più indigenti possibile. Il sospetto di una congiura

²⁶¹ Il 1° agosto 1831, il Vescovo di Brescia, Gabrio Maria Nava scriveva così ai parroci della Diocesi bresciana «Grazie al cielo è lungi da noi il flagello del cholera morbus, e mercé la vegliante governativa Provvidenza non c'è a temere, che arrivi a molestarci. In affare però di tanto rilievo nulla deve lasciarsi intentato dal Pastorale Ministero, che mentre procura la salute eterna, non deve omettere la temporale del gregge affidatogli [...]»; cfr. ASDBS, sez. avvisi a stampa, b. 16/B, 1800-1836.

²⁶² Il 25 settembre 1835 la Diocesi metropolitana di Milano diramava, per mezzo di una circolare, a tutti i parroci delle città e delle diocesi lombarde la necessità di incrementare le donazioni «[...] prevedendo il Governo che, dovesse penetrare fra noi il temuto flagello, potrebbero molte famiglie trovarsi in angustie, ed essere prive forse anche delle supreme necessità della vita, ha istituito, come sapete che in ogni città e Comune di Lombardia sia destinato a una Commissione apposita di beneficenza, incaricata di raccogliere, promuovere e al bisogno distribuire, secondo i bisogni, le elargizioni aggiunte dalla liberalità dei privati mezzi ordinari, di cui gli istituti elemosinieri ed i rispettivi municipi già possono disporre. Concorrete venerabili fratelli, a quest'opera pia con tutto lo zelo che la prudenza del pari e la religione vi impongono: insistete nell'esortare i vostri affidati, perché riferiscano direttamente o mediante il vostro ministero, i loro soccorsi a quella commissione che può diffonderli con unità di operazioni e porgerli di gran cuore secondo il poco che hanno. [...] Dite ai facoltosi, che non ebbero mai un'occasione più bella di impiegare i doni di Dio in quelle opere appunto, per le quali furono dati; se vogliamo che la sua faccia non si storni da loro, dite che non istornino la loro faccia dai poveri. [...]»; cfr. ASDM, sez. stampe. Anche a Brescia e a Crema le omelie chiamano i fedeli a donare; vedi ASDC, b. 32 e ASDB, sez. avvisi.

si radicò a tal punto, nelle città lombarde, che l'Imperatore fu costretto a chiedere l'intercessione del clero, affinché persuadesse i fedeli dell'infondatezza di tali dicerie²⁶³. L'appoggio dell'autorità civile al clero fu segno evidente che al processo di laicizzazione non corrispose un'adesione altrettanto immediata del popolo, che vedeva ancora nel prete e nella parrocchia un indiscusso punto di riferimento. In ragione di ciò, Vienna chiedeva piena collaborazione e sostegno al clero, che comunque non avrebbe potuto fare altrimenti, in ragione del vincolo cui erano sottoposte le circolari vescovili e le bolle papali.

I parroci erano chiamati a smentire dal pulpito le moleste vociferazioni popolari, a prestare assistenza religiosa agli ammalati, a introdursi nelle case dei poveri, dove più facilmente si originavano le dicerie attorno agli avvelenamenti, a vigilare sulla corretta ventilazione e pulizia delle chiese, a cooperare con i medici nell'individuazione dei malati²⁶⁴.

Quando l'autorità dichiarò che il colera aveva invaso i paesi limitrofi al Regno, con la circolare del 4 agosto 1835, i Vescovi lombardi si attivarono sin da subito per allertare i parroci, perché invitassero immediatamente il popolo delle rispettive città a radunarsi attorno agli altari per invocare l'intervento divino. In accordo con il Governo, la Santa Sede approvò che nelle città lombarde si facesse un triduo nelle rispettive cattedrali, della durata di otto giorni²⁶⁵. Ogni sacerdote, spronati i fedeli a pregare anche nelle proprie abitazioni, durante la messa, doveva recitare l'orazione *Deus, qui non*

²⁶³ Per una lettura approfondita delle dicerie diffuse in tutta la Penisola vedi L. Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Laterza, Roma-Bari, 1988.

²⁶⁴ Si tratta di una comunicazione riservata che il Vescovo, Gabrio M. Nava, il 1° agosto 1831, inviò ai suoi parroci, in ASDBS, sez. Avvisi, b. 16.

Lettera del 14 giugno 1836 del Delegato provinciale al Vescovo di Brescia. Il Governo riconosceva di non essere in grado di estirpare le superstizioni nate attorno al colera. «Vengo informato che nel volgo di quella città va sempre più diffondendosi l'opinione che dei medici si propina un segreto veleno agli ammalati di cholera e che dei malintenzionati vanno fomentando quella truffa [...]. Simili dicerie o credenze sarebbero in sé stesse troppo strane perché l'autorità politica dovesse occuparsene se non avessero prodotto nella bassa classe della popolazione una specie d'irritazione alquanto risentita, la quale però fa temere delle disgustose conseguenze [...]. Ho dovuto però riflettere che l'intervento dell'Autorità politica in una materia così delicata potrebbe avere dal popolo una interpretazione sinistra, che verrebbe a corrompere al beneficio del ripiego e da convertirlo per avventura in un male maggiore [...]; cfr. ASDBS, Fondo vescovile, b. 58.

²⁶⁵ A Brescia, ad esempio, il 26 maggio 1836, il Vescovo approvò, che avesse luogo il 2 giugno, la processione «consueta del *Corpus domini*, la quale partirà dalla Cattedrale. Alla Sacra cerimonia, che avrà principio alle ore dieci del mattino assisteranno tutte le autorità civili e militari residenti in Brescia»; cfr. Lettera del 24 maggio 1836, in ASB, Comune di Brescia, rub. VIII, sez. culto, b. 391, 18/1, 1818-1861;

*mortem*²⁶⁶. L'imminente arrivo del colera, che riaccendeva visioni apocalittiche, era sentito come il furore di Dio, che di fronte alla malvagità presente nel cuore degli uomini, dava libero sfogo alla sua collera. Di questa concezione della malattia sono testimoni le omelie pronunciate dal clero, nelle quali i fedeli venivano ammoniti in quanto diretti responsabili dell'arrivo del flagello ²⁶⁷.

L'arrivo del colera nei territori veneti indusse le Congregazioni municipali lombarde, l'11 settembre 1835, a prescrivere la formazione delle Commissioni parrocchiali e della Commissione di beneficenza comunale, incaricate di promuovere, ricevere e dispensare le donazioni ricevute, al fine di sostenere gli indigenti colerosi e le loro famiglie²⁶⁸. Poco dopo, il 16 settembre dello stesso anno, il Governo invitò i vescovi delle diocesi lombarde a diramare istruzioni ai rispettivi parroci, affinché dal pulpito con la loro influenza potessero esortare i proprietari delle industrie a non interrompere i lavori con l'arrivo del colera. Un simile provvedimento trovava giustificazione nelle

²⁶⁶ Dal 6 agosto 1835 in tutte le cattedrali e chiese parrocchiali lombarde per otto giorni si doveva eseguire la funzione con il «canto delle litanie dei Santi, del Salmo miserere» e chiudersi con la recitazione cantata del *Deus qui non mortem*; in APSGM, Cart. 1, fasc.3.

²⁶⁷ Nell'omelia pronunciata dal pulpito della cattedrale di Crema, il Vescovo Sanguinettola, ammoniva così i fedeli «La Divina misericordia con mandare questa terribile malattia sopra le altre a noi vicine province, intendeva forse di avvertirci e di stimolarci a cangiar vita e costumi per risparmiarci? E noi, siccome far debba un amoroso pastore colle sue pecorelle, noi non abbiamo mancato di farvi sentire che il castigherà imminente e che faceva mestieri placare la collera del signore con una pronta e sincera penitenza. Ma qual frutto abbiamo noi ricavato dalle nostre esortazioni? [...] Ah! Che Dio vedendo la durezza e l'impertinenza del vostro cuore è costretto a lasciar libero sfogo al suo furore anche contro di voi e permettete che anche questa Diocesi sia visitata e percorsa dallo spaventevole morbo, strumento di sue giuste vendette! Noi diciamo queste cose, o diletteissimi, non per confondervi o spaventarvi, ma per ammonirvi, siccome figliuoli da noi tanto amati, onde sì traviati vogliate tornare al buon senso e retto cuore e pensiate almeno adesso che la spada di Dio vi sta sospesa sul capo, a placare il signore, che non è poi inesorabile a provvedere eziandio alle urgenti terribili necessità.»; omelia pronunciata il 5 luglio 1836, in APSGM, fasc.3.

Anche Bartolomeo Carlo Romilli, Arcivescovo di Milano, si pronunciava così verso i parroci della Diocesi di Milano «La mano del Signore, che afflisce e affliggendo va altri nostri lontani fratelli col micidiale cholera, minaccia di giungere infino a noi e di percorrere anche questa nostra città, dove già il fatale morbo ha mietuto qualche vittima. Ora mentre la savia Magistratura avvisa i mezzi opportuni e da ricorso alle prudenti misure per stornare la pubblica calamità o per mitigarla, che mai vi aspettate voi dell'amante vostro pastore, o diletteissimi, se non che vi inviti e quanto sà e può esorti a placare con la penitenza e collaborazione la giusta ira di Dio? Voi bene lo sapete non altro che il peccato è sorgente di quanti mali contristano l'umanità; il peccato arma di flagelli la Divina Giustizia; il peccato, è secondo l'apostolo, lo stimolo della morte: e però se vedete eccedere la consueta misura de' mali e la morte raddoppiare la sua strage, conchiudete senza tema di errore, che dunque s'è raddoppiato il numero de' peccati. Abbattiamo, o diletteissimi, questo nostro supremo avversario e noi avremo pace»; cfr. ASDM, sez. stampe.

²⁶⁸ Avviso della Congregazione municipale di Brescia, 11 settembre 1835; in ASDBS, b.16. Vedi anche ASDM, Curia arcivescovile, sez. X, 1836, b. 343, circolare 16 settembre 1835. Il Governo aveva ordinato ancora il 21 ottobre 1831 la nomina di tali Commissioni, che però non si erano più formate perché il colera tardava ad arrivare, cfr. APSGM, cart. 1, fasc. 3.

preoccupazioni dell'autorità per l'aumento dell'indigenza, provocato dalla paventata chiusura delle fabbriche²⁶⁹. L'incremento della povertà corrispondeva a un aumento delle difficoltà di gestione dell'ordine pubblico.

Il 12 dicembre 1835, quando il colera era ormai entrato anche nei territori lombardi, tutte le diocesi, per provvedere anche alla salute corporale dei fedeli, ordinarono ai parroci di vigilare sulla qualità degli alimenti, soprattutto della frutta, della verdura, dei funghi e delle patate e di impiegare ogni cura nel raccomandare la pulizia e lo spurgo delle case. E per favorire l'adozione di un regime alimentare più abbondante, in modo da rendere i fedeli meno vulnerabili alla malattia, si sospese l'obbligo di cibarsi di magro nei giorni stabiliti, finché l'epidemia non fosse cessata²⁷⁰.

A Brescia, le calamitose circostanze, indussero il popolo a innalzare numerose preghiere a Dio, perché ponesse fine alle stragi del morbo. Poiché in tutto il nord Italia e in Europa si erano registrate numerose agitazioni popolari, la Congregazione municipale di Brescia, il 20 giugno 1836, decise di rispolverare un'antica tradizione devozionale cittadina, quella delle SS. Croci, con un rito particolarmente solenne²⁷¹. Lo stesso

²⁶⁹ Con diramazione della Circolare 16 settembre 1835 l'Imperatore stabilì che «in ogni Città e Comune di Lombardia venga destinata una Commissione apposita di beneficenza incaricata di raccogliere, promuovere e all'uopo distribuire come le circostanze potranno richiedere le offerte aggiunte dalla carità e dalla liberalità dei privati mezzi ordinarj di cui gli istituti elemosinieri ed i rispettivi municipi possono disporre. [...] ciò premesso il Governo interessa la efficace cooperazione di codesto ordinariato a voler diramare conformi istruzioni ai reverendi parrochi della sua Diocesi perché colla santa influenza del loro evangelico ministero e colla pia autorità delle loro calde esortazioni concorrano alla divisiata opera di carità per accrescere le risorse. [...] Potrebbe anche essere opportuno nei comuni in cui esistono fabbriche, manifatture o stabilimenti d'ogni sorta che impiegano molte persone d'ogni sesso e d'ogni età esortare con evangeliche parole i rispettivi proprietarj a non voler, data l'invasione del morbo, sospendere i lavori, ma procurare invece a costo di qualche momentaneo sacrificio di tenere le stesse braccia a continuare così senza interruzione gli stessi mezzi di sussistenza agli individui, che ora sono addetti agli opifici e agli stabilimenti industriali»; Il Vescovo di Crema, Giuseppe Sanguinetta, il 16 settembre 1835, scriveva ai parroci della Diocesi di Crema, di mettere in opera tutta l'eloquenza possibile per esortare i parrocchiani a formare un fondo di beneficenza, perché i poveri, sapendo di non essere abbandonati alla loro sorte, durante il colera, « conserveranno la tranquillità d'animo»; cfr. ASDM, b. 343; cfr., APSGM, cart.1, fasc. 3.

²⁷⁰ L'Arcivescovo di Milano, Bartolomeo Carlo Romilli, dichiarò che in ogni parrocchia non solo venisse aperto un solenne triduo, al sopraggiungere della malattia, ma che fosse permesso a tutti i fedeli della città e della Diocesi l'uso delle carni «ne' giorni di magro, altrimenti proibiti e dispensato pure il precetto del digiuno pe' giorni in cui sarebbe comandato: permissione e dispensa durature finché con nuovo nostro avviso, al cessar del pericolo, vengano rinvocate»; cfr. ASDM, sez. stampe, morbi contagiosi.

²⁷¹ Il voto alle SS. Croci fu emesso il 20 giugno 1836 e fu accolto dal Vescovo il 21 giugno dello stesso anno; cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. culto, rub. VIII, 4/3, 1837, b. 357. A proposito di questa devozione locale, va ricordato quanto segue: le prime notizie sicure attorno alle SS. Croci risalirebbero al secolo XIII. Le reliquie sono in tutto 4: una è la crocetta del Vescovo Alberto di Reggio Emilia; una è la Croce del Campo Orifiamma, così chiamata perché quando la si portava in campo veniva collocata sulla cima dello stendardo e fu commissionata sempre dal Vescovo Alberto in occasione delle crociate, nel XII

Podestà accettò che la manifestazione si svolgesse in forma solenne, mentre per le strade fu affisso il seguente avviso:

*Cittadini! Questo voto solenne la Congregazione municipale vi annuncia con pienezza di soddisfazione, siccome un urrà della vostra salute, preparatevi ad adempirlo con sentimento e divota esultanza, intanto confidate nella Provvidenza divina che ben presto porrà fine alla malattia che ci travaglia!*²⁷²

Poiché, tuttavia, la somma risultante dalle elemosine raccolte per la solenne ostensione delle reliquie era assai lontana da quella necessaria, le autorità religiose chiesero all'amministrazione cittadina di farsi carico delle spese che si sarebbero dovute affrontare per allestire il Duomo Nuovo²⁷³. Il 15 ottobre 1836, il Podestà dichiarò che il Comune non intendeva sborsare alcunché, perché la Congregazione provinciale aveva stabilito che i Comuni non avrebbero dovuto impegnarsi a sostenere tali spese, a maggior ragione perché la funzione avrebbe dovuto esprimere penitenza e non allegrezza ed esultanza. Era quindi necessario eliminare allestimenti troppo sfarzosi, contrastanti con il lutto di tante perdite e con la miseria di tante famiglie. Dopo molte tergiversazioni, il Governo centrale approvò l'esborso di 5.000 lire da parte del Comune e la manifestazione poté svolgersi con la richiesta solennità²⁷⁴. Vale la pena ricordare che anche l'Imperatore Francesco Giuseppe rese omaggio alle SS. Croci. Durante la sua

secolo. Questa seconda croce fa parte delle Croci Stazionali; una è la stauroteca bizantina, forse dell'XI secolo, in legno e lamine di argento, che formava il primitivo astuccio della reliquia, a forma di cassetta rettangolare e, infine, l'insigne del reliquiario quattrocentesco, opera di cesellatori bresciani, nel quale è racchiusa la reliquia della Croce. Si trattava di reliquie tutelari della città; ecco perché tutti gli eventi tristi o lieti venivano celebrati con l'esposizione delle SS. Croci. Per l'occasione, non solo accorrevano in città migliaia di persone, ma per le contrade bresciane si stendevano panni e tappeti ricchissimi sulle facciate dei palazzi, si esponevano le tele più preziose delle gallerie private, insieme ad arazzi e fiori. Le contrade si trasformavano in gallerie e giardini. I voti fatti alle SS. Croci furono numerosi; cfr. P. Guerrini, *Il tesoro delle Sante Croci nella storia e nell'arte*, in *Le Sante Croci nella storia e nella cronaca cittadina*, Morcelliana, Brescia, 1927, pp. 24-29.

²⁷² Avviso n. 80, datato 21 giugno 1836, in ASB, rub. VIII, 4/3, b. 357.

²⁷³ Lettera del Cancelliere della Fabbriceria del Duomo, Compagnoni, al Podestà di Brescia, datata 17 settembre 1836. La presidenza delle SS. Croci chiedeva le modalità di svolgimento al Podestà, al fine di stabilire a chi dovessero competere le spese di allestimento dell'intera città e del Duomo Nuovo. Poiché il voto era stato emesso dalla pubblica autorità, sarebbe spettato proprio al Consiglio comunale cittadino determinare la somma, che comunque avrebbe dovuto essere tale da «poter eseguire una veramente straordinaria funzione che corrisponda ad un solenne voto, in una circostanza luttuosa e che non dovrà essere inferiore alla funzione fattasi nell'anno 1799»; cfr. ASB, rub. VIII, b. 357.

²⁷⁴ Il 6 febbraio e poi il 10 febbraio 1837 la Delegazione provinciale approvò e consegnò, sotto delibera governativa, la somma complessiva di 5 mila lire per la solenne funzione delle SS. Croci.

visita alle province lombarde, il 12 gennaio 1837, passò anche da Brescia, assieme alla consorte, non mancando di entrare in Duomo Vecchio, dove il Vescovo gli mostrò le reliquie²⁷⁵. Il 9 marzo 1837, versata la somma alla Fabbriceria del Duomo, fu diramato in tutti i comuni della provincia l'avviso sulle modalità di svolgimento della funzione²⁷⁶. Curioso il caso dei *ricevitori del lotto*, che per l'occasione speciale, chiesero di essere autorizzati a chiudere le ricevitorie dalla sera di martedì 9 maggio a tutto il mercoledì 10, in modo da poter partecipare alla processione. La Congregazione municipale, in accordo con la Direzione del Lotto, stabilì che le ricevitorie si potessero chiudere solo il 9 maggio, ma non il 10, giorno della processione finale e dell'estrazione dei numeri. Si era previsto che la funzione a chiusura dell'esposizione delle reliquie avrebbe attirato molte persone, perciò chiudere le ricevitorie significava perdere molte giocate²⁷⁷. Per ben tre giorni la città festeggiò. Le reliquie, il 7 maggio, furono spostate dal Duomo Vecchio a quello Nuovo, sede più idonea a contenere la folla di devoti, con una processione, che percorreva le stesse contrade destinate alla celebrazione del *Corpus domini*²⁷⁸. La Congregazione municipale, come da tradizione, ricordò ai proprietari e

²⁷⁵ Nel processo verbale della visita fatta dall'Imperatore all'altare e alle reliquie delle SS. Croci vengono minuziosamente descritti i procedimenti della funzione privata. «Monsignor Vescovo prestava ad una ad una le SS. Croci al religiosissimo Monarca che genuflesso le contemplò divotamente con credente religiosa compiacenza amministrando ad un tempo il cospicuo lavoro bizantino, massime del piedistallo e della testa [...]»; cfr. ASB, rub. VIII, b. 357.

²⁷⁶ Il Podestà, il 9 marzo 1837, comunicava alla popolazione di Brescia le modalità di svolgimento della processione « La festa in onore delle SS. Croci, già proposta con voto solenne da questa Congregazione municipale ed annunciata coll'antecedente avviso del 21 giugno 1836, approvata dal Consiglio comunale e dalla superiore autorità, giusta i concerti presi con Monsignor Vescovo, avrà luogo nei tempi e modi seguenti: comincerà la sacra funzione ai vesperi del giorno di domenica del prossimo andante mese di maggio col trasporto delle preziose reliquie dalla vecchia alla nuova Cattedrale, ove staranno esposte nei tre giorni consecutivi 8, 9, 10, nell'ultimo de' quali verranno portate in processione e restituite alla Cattedrale anzidetta percorrendo le strade che sono destinate per quella del Corpus Domini [...]»; cfr. ASB, b. 357.

²⁷⁷ Con la lettera del 22 marzo 1837, il Podestà dichiarava che «la funzione delle suddette Croci, stabilita con pubblico avviso pei giorni 8,9,10 del prossimo maggio, attirerà immancabilmente in città un concorso straordinario di gente, che unita agli abitanti della medesima si affolleranno a festeggiarla devotamente massime nell'ultimo giorno, cioè del 10, nel quale verranno recate in processione le surricordate preziose reliquie, tanto generalmente venerate. E siccome non si ha dubbio che in tal giorno la sacra funzione in discorso durerà probabilmente fino alle 4 ore circa pomeridiane, e ben difficilmente si troverebbero inservienti che vogliano distrarsene, chiudere i registri relativi all'estrazione del Lotto, [...] così opinerebbe il Municipio che anche questa ed altre considerazioni inerenti di convenienza e d'interesse Erariale, si potesse opportunamente accorrere ai pregiati ricevitori il chiudimento dei rispettivi bollettari nella giornata di martedì 9 maggio»; cfr. ASB, b. 357.

²⁷⁸ La Congregazione municipale, per il concorso della numerosa popolazione, suggerì al Vescovo e al clero capitolare di ampliare il giro della processione «passerà la medesima dalla Cattedrale al Corso degli Orefici, procedendo direttamente sino alla Torre della Pallata. Piegherà a sinistra percorrendo la Contrada della Pace, di S. Francesco, e continuando pel Corso dei Parolotti (attuale Corso Palestro), fino al

affittuari delle abitazioni, collocate lungo il percorso tracciato dalla Diocesi, di curare a dovere le decorazioni e gli addobbi da esporsi fuori dai balconi. Una volta terminata la processione, le reliquie, collocate su un'apposita macchina da esposizione, rimasero visibili al pubblico fino al 10 maggio, data in cui le SS. Croci furono ricondotte al Duomo Vecchio²⁷⁹.

Non mancarono forme di devozione più pittoresche, che si espressero con processioni e raduni di fronte alle numerose immagini sacre, disseminate per la città²⁸⁰. Il fervore devozionale rinfocolato dalla paura del morbo portò peraltro alla costruzione di un santuario a Orzinuovi, in provincia di Brescia, proprio nei pressi di un'immagine raffigurante la Beata Vergine. Va anche detto che manifestazioni come processioni e pellegrinaggi, provocando inevitabili contatti fra i fedeli, non ebbero certo gli effetti sperati, anzi concorsero ad alimentare la forza devastatrice del colera.

Gambaro (attuale Corso Zanardelli); Indi avvicinandosi alla Contrada delle Pescherie (si tratta di una delle contrade andata distrutta a causa dello sventramento per la costruzione di Piazza della Vittoria) a fianco dei portici fino all'Arco del Granarolo (attuale via X giornate), si restituirà alla Cattedrale»; cfr. ASB, b. 357.

²⁷⁹ Il 9 marzo 1837 il Podestà ordinò l'emissione della circolare a stampa per avvisare la popolazione della festa straordinaria in onore delle SS. Croci. L'avviso dichiarava: «la festa in onore delle SS. Croci, già proposta con voto solenne da questa Congregazione municipale ed annunciata coll'antecedente avviso 21 giugno 1836, n. 80, approvata dal Consiglio comunale e dalla Superiore autorità, giusta i concerti presi con Monsignor Vescovo, avrà luogo nei tempi e modi seguenti: comincerà la Sacra funzione ai vesperi del giorno di domenica e del prossimo andante mese di maggio, col trasporto delle preziose reliquie dalla Vecchia alla Nuova Cattedrale, ove staranno esposte nei tre giorni consecutivi 8, 9, 10, nell'ultimo de' quali verranno portate in processione e restituite alla Cattedrale anzidetta percorrendo le strade che sono destinate per quella del Corpus domini. Tanto si reca a pubblica notizia in prevenzione per norma di tutta la devota popolazione, la quale vorrà concorrere alla su ricordata straordinaria funzione con quei sentimenti di religiosa pietà che soli si addicono all'eminente carattere e scopo della medesima ed alle calamitose circostanze per cui fu promossa»; cfr. ASB, rub. VIII, 4/3, b. 357.

²⁸⁰ Sono numerose le testimonianze, a tale proposito, riferibili alle incursioni del colera successive a quella del 1836. Un certo signor Alemanni, il 12 agosto 1867, scriveva così alla Prefettura di Brescia «sono già quattro sere che la contrada ove io abito (Contrada delle Grazie) a causa di alcuni fanatici è funestata da cortei prolungati fino ed oltre le ore 9:00 della sera avanti ad un'immagine situata in principio di detta contrada, attirando una folla da oltre un migliaio di persone, chiamate con il mezzo di replicati colpi di una campanella senza mai che alcun agente della pubblica forza si presti a disperdere tanta moltitudine [...]; n.b venerdì sera poi ultimata la funzione, vi furono grida prolungare di morte ai protestanti ed altre belle cose; e non andò poco che passasse alle vie di fatto addosso ad un inquilino di casa Soletti, certo dottore, poiché si era fatto sentire in proposito». Lo stesso Alemanni scriveva ancora in data 12 agosto «Avevo sperato che dietro l'avviso che avevo sporto per lettera a vostra Illustrissima, accompagnato da tanta preghiera avrebbe avuto il suo effetto, avrebbe dato ordine per la pronta cessazione dello scandalo serale, dell'agglomerazione di popolo che va facendosi al suono di una campana, da cinque sere consecutive, attorno ad una Santella in vicinanza di mia casa, quando che ieri sera si fece il solito anche più stragrande e le grida risonarono più gagliarde delle altre volte. Io non so se abbia fatto bene ricorrere a vostra illustrissima, [...] quello però che spero si è, che lo scandalo deve finire perché è un vero oltraggio alla legge e alla pubblica igiene»; cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2d, II parte, 1858-1873, b. 2712.

Inconsapevole di ciò, il popolo sentiva l'esigenza di accostarsi a Dio in modo più intenso e la Chiesa, desiderando assecondare tale fervore, promosse nuove devozioni. Il 6 marzo 1836, il rettore del Santuario di S. Maria delle Grazie chiese il benestare della Congregazione per esporre ai fedeli l'immagine della Vergine, mentre il 17 giugno 1836 il prevosto della parrocchia di S. Faustino chiese alla Congregazione municipale il permesso di poter esporre ai fedeli le reliquie dei SS. Patroni della città: Faustino e Giovita²⁸¹. La Congregazione accolse la domanda del rettore di S. Maria della Grazie, mentre rifiutò la richiesta del prevosto di S. Faustino, forse perché la chiesa omonima era troppo angusta e l'eccessivo affollamento era reputato una possibile fonte di contagio.

Se da una parte, quindi, furono autorizzate le esposizioni di reliquie poco note, dall'altra fu necessario posticipare a tempi più tranquilli tutte quelle processioni, che per tradizione implicavano la necessità di raduni e assembramenti, come era stato stabilito per il triduo alle SS. Croci. Il clero si adeguò quasi sempre a tali disposizioni, ma non fu sempre possibile posticipare le celebrazioni, per il timore che il malcontento della popolazione sfociasse in disordini pubblici. Il 26 aprile 1836, la Congregazione municipale di Crema manifestò il desiderio che, viste le circostanze sanitarie, fossero sospese le processioni fatte dagli abitanti di alcuni comuni del cremasco, che accompagnate dal clero, si recavano a venerare il crocifisso esposto nel duomo di Crema. Il 30 aprile, Giuseppe Sanguinetta, Vescovo di Crema, con grande rammarico comunicava alla Delegazione come non fosse possibile sospendere le processioni nei due comuni, per evitare il malcontento delle popolazioni. Per prudenza fu comandato al

²⁸¹ Il 6 marzo 1836 il rettore del Santuario cittadino di S. Maria dei Miracoli, chiese alla Congregazione municipale il permesso di poter esporre ai fedeli l'immagine dell'omonima santa, lungamente richiesto dai cittadini; cfr. Lettera da parte della presidenza del Santuario di S. Maria dei Miracoli alla Congregazione municipale di Brescia, datata 8 marzo 1836, in ASB, Comune di Brescia, rub. VIII, culto, b. 391, 18/1, 1818-1861.

Le stesse richieste furono rivolte dalla Diocesi di Brescia e alla Congregazione municipale di Brescia, durante l'epidemia di colera del 1855; cfr. Lettera 24 luglio 1855, in ASB, sez. culto, b. 391, 18/1.

Il 17 giugno 1836 il preposto di S. Faustino chiese alla Delegazione il permesso di poter esporre al pubblico le reliquie dei Santi protettori della città. La Delegazione non acconsentì trovando «che l'invocato suono delle campane sulle pubbliche torri servirebbe appunto a straordinario concorso di moltitudine in ore determinate»; cfr. ASB, b. 391.

clero di non permettere l'afflusso simultaneo di fedeli provenienti da più comuni presso l'immagine sacra, ma di uno solo al giorno²⁸².

Gli incarichi attribuiti al clero non cessarono al termine dell'epidemia. Il Comune, dopo l'emissione della circolare delegatizia del 7 giugno 1836, con la quale veniva vietato il trasporto degli individui colpiti da sola dissenteria in ospedale, si trovò a dover risolvere la questione delle disinfezioni delle abitazioni che avevano ospitato persone malate. A seguito di questa circolare, molti colerosi furono curati a domicilio e di conseguenza il numero dei locali da ripulire aumentò a dismisura. Le spese di queste procedure sarebbero toccate ai privati cittadini, che in un primo momento o omisero di consegnare le chiavi della propria abitazione alla Commissione di polizia sanitaria o rifiutarono di pagare le spese dei famigliari defunti. Inoltre, molte delle chiavi consegnate erano state perdute, a seguito della morte del Commissario²⁸³. Così, il 10 aprile 1837 la Congregazione municipale fu costretta a richiedere ai parroci di verificare che nelle rispettive parrocchie fossero effettivamente eseguiti efficacemente gli spurghi²⁸⁴. Eseguite le pratiche di sanificazione degli ambienti, il 19 maggio 1837, il direttore della Polizia sanitaria, Carlo Giacomini, rassegnò il conto delle spese sostenute per eseguire la pulizia e la disinfezione dei locali, in esecuzione della circolare delegatizia del 7

²⁸² Il 30 aprile 1836 Giuseppe Sanguinetola rispondeva alla Delegazione provinciale che «avrei creduto prudenza come esposi a questa R. Municipalità sospendere le processioni; [...] ora però che i comuni di Ottonego e Camisano sono stati colpiti e fortunatamente è cessata la malattia, [...] stima di non prendere tale determinazione per evitare ogni qualunque malcontento nella popolazione, limitandomi a suggerire ai singoli parroci locchè vi recheranno a questa sagrestia onde prendersi i relativi concerti, ed a non permettere l'intervento simultaneo di più comuni, ma di uno solo al giorno [...]»; cfr. ASDC, Atti del Governo, cartella 6, b. 32.

²⁸³ Il 15 marzo 1837 il Podestà richiese al Commissario di polizia di trasmettere un quadro dei locali che «furono infetti, di quegli espurgati a dovere e degli altri non bene espurgati». La richiesta nasceva dalla necessità di conoscere quanto era stato fatto prima che il Commissario di polizia si ammalasse. Molti erano i locali che necessitavano ancora di essere disinfettati, ma il Comune non riusciva a produrre un documento in cui con esattezza si facesse riferimento a quanto era già stato fatto e quanto doveva ancora farsi. Poiché le autorità non riuscivano a venirne a capo, soprattutto perché le chiavi di molte case non erano ancora state consegnate alla polizia sanitaria e quelle che erano già state consegnate non si erano più trovate, dopo l'assenza del Commissario, il Viceré fu costretto a interpellare nuovamente i parroci, perché nelle proprie parrocchie verificassero che i luoghi, in cui ebbero «decubito i cholerosi fossero espurgati»; cfr. ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

²⁸⁴ Con la circolare delegatizia 7 giugno 1836 il Governo centrale vietò il trasporto degli individui affetti di sola diarrea negli ospedali. Diretta conseguenza del provvedimento fu che «migliaia e migliaia di persone attaccate da diarrea vennero denunciate col carattere di malattia di cholera e curati nelle proprie abitazioni». Il 10 aprile 1837 fu richiesto ai parroci di comunicare se «nella rispettiva parrocchia furono eseguiti gli spurghi negli effetti e locali in cui ebbero deceduto i cholerosi o se furono mal eseguiti»; cfr. ASB, b. 2708.

marzo 1837²⁸⁵. Il pagamento delle prestazioni sarebbe dovuto spettare ai famigliari dei defunti, ma poiché questi o non si rinvennero o si opposero al pagamento, queste furono addebitate per metà all'Erario e per metà al fondo di beneficenza²⁸⁶. Così, il Viceré del Lombardo Veneto richiamò nuovamente all'ordine il clero, perché chiedesse un ultimo sforzo ai cittadini: era necessario che donassero non solo per saldare il rendiconto degli spurghi, ma anche per provvedere al mantenimento dei numerosi orfani²⁸⁷. Certo è che l'azione ecclesiastica supportò con grande diligenza e impegno quella delle autorità governative, nella prospettiva dell'alleanza fra Trono e Altare che, seppur declinata in modi e forme differenti a seconda dei diversi contesti statali, informa tutta l'età della Restaurazione.

3.3 Gestione degli enti assistenziali di beneficenza.

A partire dal XVII secolo, anche le istituzioni benefico-assistenziali conobbero un processo di graduale laicizzazione, a causa dell'affermarsi dei principi muratoriani, secondo cui la beneficenza non doveva rendere ozioso il povero, ma se mai inserirlo nella logica etico-produttivistica del lavoro. Anche le regole dei pii istituti, a partire dal Settecento, furono revisionate; videro, infatti, una progressiva limitazione all'accesso dei poveri forestieri, provenienti dalle campagne, ai quali veniva richiesta la cittadinanza quale condizione indispensabile per accedervi ²⁸⁸.

Fu così che le confraternite assistenziali, gli uffici annonari e gli ospedali si specializzarono maggiormente per fronteggiare il problema del pauperismo, che si fece sempre più intenso e angoscioso per la classe dirigente, soprattutto nei periodi

²⁸⁵ Carlo Giacomini, Direttore della polizia sanitaria, il 19 maggio 1837 rassegnò le spese sostenute per la disinfezione dei locali in cui si sviluppò un focolaio epidemico. Rimanevano scoperte le spese di imbiancatura dei locali abitati da ex monache, i cui parenti spesso o erano inesistenti o erano irreperibili. Il consuntivo definitivo, pari a 50 lire austriache, fu prodotto solo il 14 luglio 1838: cfr. ASB, b. 2708.

²⁸⁶ La spesa fu così spalmata perché era stata sostenuta «allo scopo d'impedire la diffusione del contagio»; cfr. Lettera del Podestà di Brescia alla Delegazione provinciale, in ASB, b. 2708.

²⁸⁷ Lettera di Hartig al Vescovo di Crema, 13 settembre 1836; cfr. ASDC, b. 32.

²⁸⁸ «Dalla metà del XVIII secolo aumentarono le limitazioni all'ingresso dei poveri forestieri negli istituti assistenziali, i quali, per potervi accedere, dovevano dimostrare di essere residenti nel Comune da almeno dieci anni, rispetto ai quattro chiesti in precedenza», cfr. D. Montanari- S. Onger, *I ricoveri della città, storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia (secoli XVI-XX)*, Grafo, Brescia, 2003, p. 21.

calamitosi, come quelli epidemici, che ne provocavano una riacutizzazione. Le restrizioni attuate dagli enti caritativi rispondevano alla necessità di limitare l'esborso, sempre più crescente, di denaro e risorse materiali.

Questi istituti possedevano una complessa struttura patrimoniale basata sul possesso di terreni, di immobili urbani ma soprattutto di censi (ovvero di prestito di denaro ad interesse), con concessione di mutui ipotecari al quattro o cinque per cento, a favore di ecclesiastici, nobili e borghesi, per una durata media di quattro anni²⁸⁹.

Il 5 dicembre del 1816²⁹⁰, dalla Congregazione Centrale di Milano nacque la Commissione Centrale di Beneficenza, amministratrice della Cassa di Risparmio (un vero e proprio istituto di credito), al fine di individuare un piano coordinato di provvedimenti atti ad alleviare le ristrettezze economiche e le difficili condizioni di vita delle popolazioni più umili, rimaste profondamente colpite dal succedersi di tre anni di carestia e dal diffondersi di un'epidemia di tifo petecchiale²⁹¹. Per rispondere nel miglior modo possibile alle richieste del territorio, si propose la nomina, in ciascuna provincia del Regno, di una commissione, che sollecitasse le donazioni e promuovesse l'inserimento degli indigenti nelle manifatture locali. Si nominò, all'interno della Congregazione Centrale una commissione, per gestire e promuovere gli aiuti.

Dal 1823 il compito di gestire la Cassa di Risparmio passò alla Commissione Centrale e dal 1831 gli stabilimenti di beneficenza furono identificati come sussidiari del Comune, attraverso la messa a disposizione della classe indigente di donazioni private in denaro, alimenti o suppellettili²⁹².

I commissari distrettuali, quindi, consultati i bilanci dei comuni, cominciarono a impiegare indigenti nei lavori di manutenzione delle strade e delle infrastrutture urbane, così che, se le terribili conseguenze della malattia avevano reso necessario prestare

²⁸⁹ Cfr. D. Montanari- S. Onger, *I ricoveri della città...*, cit., p. 21.

²⁹⁰ Cfr. M. Canella, E. Puccinelli, *Beneficenza e risparmio. I documenti preunitari della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde*, Nexo, Milano, 2005, p. 20.

²⁹¹ Le Congregazioni Centrali di Milano e Venezia vennero istituite nel 1815 con la costituzione del Regno Lombardo Veneto; erano assemblee rappresentative e consultive, composte per un terzo da deputati nobili, per un altro terzo da deputati non nobili e per il terzo rimanente da deputati eletti dalle città regie; queste assemblee rappresentavano, dunque, gli interessi delle oligarchie cittadine davanti al potere esecutivo. I membri erano scelti dalla Congregazione Centrale di Milano, che era retta da un presidente di nomina imperiale, in maggioranza provenivano dalle fila dell'amministrazione napoleonica e dagli alti funzionari del Lombardo-Veneto... Cfr. M. Canella, E. Puccinelli, *Beneficenza e risparmio...*, cit., p. 32.

²⁹² Cfr. ASB, sez. stampe e decreti, b. 74

assistenza ai poveri, questi si sarebbero sdebitati offrendo gratuitamente la propria forza lavoro²⁹³. Fu così che gli indigenti furono coinvolti nella pulizia delle strade e delle piazze cittadine, nello spurgo delle loro stesse dimore, nel livellamento degli spalti, spesso utilizzati come discariche e cloache, e nella sistemazione dei luoghi di contumacia²⁹⁴.

Come per i cordoni e le patenti sanitarie, i buoni propositi furono, però, abbandonati, sul finire dello stesso anno che li aveva visti nascere e solo il 12 agosto 1835²⁹⁵, quando il colera cominciò a minacciare da vicino il territorio, si ricominciò a mettere mano a ciò che doveva essere già stato fatto²⁹⁶.

Quando la malattia penetrò nel Lombardo Veneto, le città si ritrovarono impreparate ad affrontare l'emergenza sanitaria, perché non furono istituite case di contumacia, lazzaretti, ospedali specifici e non furono raccolti abbastanza fondi per il mantenimento degli indigenti, tanto che molte deputazioni comunali furono accusate di non aver operato con la dovuta solerzia nel raccogliere le oblazioni²⁹⁷. Per rimediare a quanto non era stato fatto e per sollecitare maggiormente la generosità dei benestanti, le commissioni comunali, preposte a ricevere le donazioni e le offerte, promisero agli oblatori che avrebbero pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale di Milano* i loro nomi²⁹⁸.

Contemporaneamente cominciarono ad essere istituite commissioni parrocchiali, che in collaborazione con quelle di beneficenza comunale dovevano promuovere, ricevere e dispensare le elargizioni che dai filantropi venivano date per il sollievo dei poveri ammalati di colera e delle loro famiglie.

Le istituzioni comunali, al divampare del morbo, avrebbero dovuto appoggiarsi alle parrocchie per ricevere le donazioni in denaro e trascrivere tutto quanto in appositi

²⁹³ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 75, 29/10/1831.

²⁹⁴ La Commissione Centrale, grazie ai fondi raccolti, con la sovrimposta del 1817, concesse a 300 comuni del Lombardo-Veneto mutui gratuiti per un totale pari a 730.000 lire. Questi soldi, così raccolti, furono impiegati per finanziare lavori pubblici, che diedero impiego a oltre 16.000 persone. A Milano furono costruiti il Bastione da Porta Venezia a Porta Romana e la circonvallazione da Porta Nuova a Porta Comasina, si ebbe poi la sistemazione della strada tra Asso e Bellagio e da Como a Masnago e l'apertura di nuovi stabilimenti industriali; in più vennero concessi aiuti alle manifatture che avevano risentito della crisi; cfr. M. Canella, E. Puccinelli, *Beneficenza e risparmio...cit.*, p. 22.

²⁹⁵ Cfr. ASB, Sez. Stampe e decreti, b. 74.

²⁹⁶ Vengono richiamate in vigore le misure già prescritte nel 1831, per l'erezione di un sufficiente numero di ospedali in ciascun distretto per il trattamento degli individui colti dal colera. Cfr. ASB, Sez. Stampe e decreti, b. 78.

²⁹⁷ Cfr. ACS, sez. Ottocentesca, sanità pubblica, 1830-36, b.28, *circolare 8 settembre 1835*.

²⁹⁸ Cfr. ASB, sez. Stampe e decreti, b. 78.

registri. Per prevenire mendaci dichiarazioni di povertà, i sacerdoti diventarono il tramite attraverso cui il povero, in caso di emergenza, poteva comunicare i propri bisogni. Sempre i sacerdoti furono incaricati di giudicare le circostanze esposte dai più bisognosi, accertandosi dell'autenticità della loro condizione di povertà. Per fare ciò, dovevano ispezionare le abitazioni delle famiglie che dichiaravano la loro indigenza e stilare un rapporto da mandare alla commissione civica centrale o agli uffici di soccorso. Le commissioni, poi, davano alle famiglie che ne avevano diritto i sussidi necessari, proporzionati secondo il bisogno giornaliero. Gli aiuti potevano essere accordati o per una sola volta o quotidianamente, il che voleva dire erogare quanto necessario in modo continuativo per un periodo di tempo non superiore a una settimana, pertanto i beneficiati, allo scadere di tale termine, dovevano presentare nuovamente le pratiche per poter ottenere una nuova sessione di sussidi. I deputati di ogni sezione parrocchiale erano incaricati, dietro dichiarazione medica di un caso di colera e di comprovata povertà, di accordare gli oggetti che occorreivano alle famiglie bisognose. Dovevano inoltre annotare il numero di oggetti prestati e i dati anagrafici delle persone a cui erano stati distribuiti. Quando gli aiuti consistevano in oggetti, come lenzuola, pezze di tela, vasi, legna da ardere, candele, stufe, il beneficiario, allo scadere del termine di prestito accordato, doveva impegnarsi nella restituzione di quanto aveva ricevuto ²⁹⁹.

La raccolta dei fondi non fu certo facile, le circolari e le pubblicazioni in *Gazzetta* non bastarono a incentivare i ricchi a donare, così anche il clero fu investito del compito di divulgare la necessità di raccogliere quanto più denaro possibile. Entrate e uscite erano rigorosamente segnate in due registri. In uno veniva annotato il flusso di oggetti e denaro e, in un altro, i dati anagrafici degli indigenti. Quest'ultimo serviva a redigere delle vere e proprie graduatorie di merito, che venivano fatte scorrere fino a esaurimento fondi. Le commissioni di beneficenza si occupavano anche della distribuzione del cibo, stabilendo i criteri di spartizione di pane e carne. Per regolare in maniera precisa le distribuzioni, venivano rilasciati dei biglietti, che i bisognosi consegnavano a un qualunque macellaio della città o a commessi anonari, che avevano l'ordine di ritirare gli alimenti e consegnarli agli intestatari. Ogni commissione, al

²⁹⁹ Cfr. ASDM, sezione stampe, morbi contagiosi.

rilascio dei biglietti, vi apponeva la firma, la data della consegna e il nome del beneficiario. Quando le casse comunali esaurivano il fondo di beneficenza, le parrocchie si rivolgevano direttamente alla commissione comunale, che agiva con i mezzi offerti dalla Congrega Apostolica, o dal Monte di Pietà o ancora ad altri comuni, nei limiti fissati dal consiglio comunale cittadino. Le sovvenzioni in denaro richiedevano rigidi controlli, perché per essere somministrate dalla commissione comunale alle commissioni parrocchiali, richiedevano la firma del presidente della commissione stessa e di almeno due individui rappresentanti la commissione comunale. In via ordinaria, invece, venivano determinate delle sessioni, che si tenevano due volte la settimana, in forma verbale con voto della maggioranza assoluta dei membri³⁰⁰. La Congrega Apostolica poteva corrispondere sussidi in denaro alle commissioni parrocchiali, quando veniva sollecitata dal Comune. I soldi venivano così versati direttamente nella cassa comunale, che li custodiva gratuitamente, mentre i conti venivano gestiti e mantenuti dal capo ragioniere comunale. Il 23 agosto 1835, la Congrega, interessata dall'autorità perché accorresse in sussidio della popolazione nel caso in cui il colera fosse penetrato in territorio bresciano, assegnò 50.000 lire alla Cassa di beneficenza³⁰¹. Il 17 luglio 1836 le 50.000 lire erano quasi esaurite e poiché i bisogni invece che diminuire andavano aumentando, la Delegazione provinciale, dietro sollecitazione del Comune, ricorse nuovamente alle finanze della Congrega, perché rilasciasse un ulteriore sussidio. Un benefattore particolarmente munifico, di nome Camillo Moro, assegnò al Comune un ulteriore aiuto economico di 30.000 lire, indirizzato agli orfani della città e alle famiglie rimaste prive di entrate. Questi assegni, una volta erogati dalla Congrega, passavano alla Commissione comunale di beneficenza, che provvedeva alla loro distribuzione o per mezzo delle Commissioni

³⁰⁰ Cfr. ASB, Comune di Brescia, sez. Igiene e sanità, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708, *Regolamento istituito dalla commissione comunale di beneficenza, datato 20 giugno 1836*.

³⁰¹ Il 23 agosto 1835, Alfonso Sala, membro della Commissione di beneficenza, chiedeva alla Congrega la donazione di 50.000 lire a sostegno delle famiglie povere. Nella stessa data si determinarono, da parte della Congregazione, sia le Commissioni di Sanità sia quelle di beneficenza, composte rispettivamente da un Delegato provinciale presidente, dal medico provinciale, dal Podestà della città e da un membro della Congrega Apostolica. La Delegazione rammentava alla Congrega di «essere un istituto eminentemente elemosiniero, autorizzato nelle circostanze di maggior bisogno non solo a concorrere con le proprie rendite, ma ad erogare anche i capitali in beneficenza [...]»; La Congrega accordò il sussidio richiesto dal signor Sala. Si precisava però che le 50.000 lire potevano essere distribuite anche sotto forma di «derrate od in oggetto a norma dei bisogni e delle circostanze»; cfr. *Libro delle proposte e deliberazioni dell'Onorevole Compagnia*, Vol. II, in ACCA, *Atti del Collegio*, dal 1831 al 1854.

parrocchiali di beneficenza o per mezzo dei parroci, incaricati di provvedere alle occorrenze del circondario loro assegnato³⁰². Il 10 luglio 1836, il Comune di Mompiano, poco distante dalla città, chiese alla Congrega di poter partecipare alla beneficenza dispensata, visto che il paese aveva sempre partecipato alle raccolte di beneficenza della città, al pari di tutti gli altri sobborghi. Il parroco di Mompiano chiedeva un sussidio non solo in denaro, ma anche sotto forma di biglietti per permettere alle famiglie di accedere alla distribuzione di carne e di pane. La Congrega rispose che il sussidio di 50.000 lire era stato accordato solo per la città e non per il suburbio. La risposta dipendeva certo dalla consapevolezza della Congrega che le 50.000 lire non sarebbero bastate per la città e che pertanto non sarebbe stato possibile permettere ad altri comuni di accedere al sussidio, onde evitare che altri richiedessero la partecipazione. Tuttavia, la Congrega decise di accordare al parroco di Mompiano un sussidio di 400 lire, perché il Comune era stato in effetti colpito duramente dal colera³⁰³. Ma vediamo nello specifico come fu impiegata parte di questi fondi. Le Commissioni di beneficenza furono costrette a fare i conti con quanto era accaduto in pochi mesi. Terminata l'epidemia, il Comune sentiva la necessità di ringraziare quanti si erano prodigati durante i mesi estivi del 1836. Dalle relazioni finali si evince l'impegno profuso sia dal clero sia da alcuni cittadini, che nel servire i colerosi diedero prova di grande carità cristiana³⁰⁴. I maggiori ringraziamenti andavano alle Commissioni di beneficenza e alla Congrega della carità apostolica, che versò ingenti somme di denaro

³⁰² Sempre il 17 luglio 1836 rimaneva vacante l'ufficio di cassiere della Congrega. Il Comune fu costretto ad attendere la nomina del sostituto di Brozzoni; cfr. *Libro delle proposte e deliberazioni dell'Onorevole Compagnia*, Vol. II, in ACCA, Atti del Collegio, dal 1831 al 1854.

³⁰³ Il 10 luglio 1836 la Congrega rispondeva così alla richiesta di aiuto del parroco di Mompiano «presa dalla banca in esame la sua istanza ha essa così deciso che il sussidio delle 50.000 lire accordato alla Congrega colla parte 23 agosto 1835 per il caso, ora sgraziatamente verificatosi dell'irrompimento del cholera morbus, è tassativamente stabilito per la città e che nemmeno basta per questa, essendo stato richiesto dalla rappresentanza comunale [...] ulteriore sussidio, che d'altronde se i sobborghi sono compresi nelle beneficenze volontarie, non risulta che giammai sieno stati compresi nelle straordinarie beneficenze decretate dalla Congregazione nei casi di pubbliche calamità. [...] È meritevole di una speciale provvidenza massime che nel suo Comune ha il morbo infierito in via straordinaria, quindi con voti 6 affermativi ed uno negativo, l'onoraria banca ha determinato che in via al detto straordinario e senza fatto di esempio sia accordato al parroco di Mompiano per il contemplato oggetto il sussidio di austriache lire 400 sulla cassa [...]»; cfr. *Libro ...*, in ACCA, Atti del Collegio, dal 1831 al 1854.

³⁰⁴ Il 7 marzo 1838 a ricordo di quanti si erano impegnati nella cura e nell'assistenza ai colerosi, la Congregazione municipale fece allestire, nel sottogola dei due piloni centrali di entrata del portico di palazzo della Loggia da Levante, due lapidi con iscrizioni di onore e gratitudine ai cittadini bresciani che si erano distinti per carità e beneficenza, durante il colera; cfr. carteggio tra la Congregazione municipale, l'Ateneo e l'ingegnere d'ufficio, in ASB, b. 2708.

nella cassa centrale di beneficenza, per sostenere le vedove e gli orfani³⁰⁵. Il 26 dicembre 1836 la Delegazione provinciale convocò il Consiglio comunale in seduta straordinaria, al fine di stabilire quali cittadini dovessero essere premiati con una gratificazione speciale, per l'impegno prestato durante i mesi dell'epidemia. Il Consiglio fissò la somma a 1.306 fiorini, a cui furono aggiunti altri 200 per il Podestà. In città, non appena si seppe delle elargizioni, non si fecero attendere le prime richieste. Il 15 settembre 1836 si fecero avanti i servitori della Scuola del SS. Sacramento e poi in seguito altri postulanti, che enfatizzarono i propri meriti e le molteplici attività che avevano svolto nel corso dell'epidemia³⁰⁶.

La Commissione fu costretta a fare i conti anche con le spese sostenute per mantenere gli indigenti non residenti nel Comune bresciano. Il 23 dicembre 1836, la Delegazione provinciale emise il consuntivo della spesa totale per il mantenimento dei colerosi nello Spedale, che ammontava a 35.000 lire austriache. Così, la Congregazione dapprima ordinò alla Ragioneria l'emissione e il deposito nella Cassa di beneficenza di un mandato di pagamento di 10.000 lire a favore della direzione degli Spedali, che si sarebbe poi restituito quando il Governo avesse liquidato quanto il Comune e la Commissione di beneficenza avevano anticipato. Poiché emersero dei dubbi intorno ai Comuni di appartenenza dei 662 colerosi ricoverati nel lazzaretto, prima dell'effettivo saldo della spesa, che sarebbe spettata alla Commissione di beneficenza, la

³⁰⁵ Lettera del Consigliere comunale Francesco d' Aragona al Podestà Fenaroli; cfr. ASB, b. 2708.

³⁰⁶ Il 2 agosto 1836, si fece avanti il portiere del Commissariato di polizia, Bortolo Berenzi, che aveva ottenuto sì un riconoscimento di 15 lire, ma stimando che questo fosse assai inferiore a quello attribuito ad altri impiegati, richiedeva che gli fosse riconosciuta ulteriore remunerazione, perché oltre allo svolgere le sue mansioni, le circostanze lo costrinsero a prelevare i cadaveri dalla strada, a curarne la tumulazione, ad assistere i chirurghi durante i parti cesarei e ad impartire il battesimo ai nati morti. Secondo quanto scritto, Berenzi avrebbe meritato un ulteriore riconoscimento in termini di denaro, oltre le 15 lire assegnategli, perché egli «fu posto in continuo travaglio per quella grande mortalità e confusione [...]. Gli toccava persino assistere gli stessi medici nella visita agli infetti col farli trasportare allo Spedale. Era il primo a fare la scoperta dei cadaveri stesi sul suolo putrefatti per il tempo della loro morte, da quali veniva una esalazione tanto infetta, che nessuno azzardava entrare per aprire le finestre od usare co' profumi i metodi convenienti per la salute. [...] Ordinare carrettoni per la tumulazione di cadaveri, [...] obbligare i signori chirurghi all'assistenza dell'operazione cesarea onde aver il compiacimento di dilavare dalle anime col santo battesimo, assistere con carità i poveri ammalati, porli nella serenità per mandarli agli spedali, acciò quelle rozze persone che li trasportavano non avessero ad offenderli, far strada contro la riunione, acciò non si spargesse la malattia, andar sempre in sconcertazione colla moglie poiché non si discorreva più nelle ore del pranzo e che non curava la propria vita col dormire su d'una panca all'ufficio con logorazione di tutti i suo' abiti, li due suoi figli occupati all'ufficio per non ricevere rimproveri». Il 3 agosto, un'altra lettera certificava l'impegno del sig. Berenzi «Certifica il sottoscritto di aver veduto il sig. Berenzi [...] prestarsi con ardita premura pei bisogni de'cholerosi, anzi esser egli venuto spontaneamente a chiamarmi onde eseguire l'operazione cesarea sopra una signora spirata di cholera e gravida di otto mesi e d'avermi assistito con tutta premura e coraggio»; cfr. ASB, b. 2708.

Congregazione chiese l'intervento del Commissariato di polizia, perché ottenesse le opportune notizie circa il vero domicilio dei colerosi indigenti. Si cercava in tal modo di accollare una parte delle spese a qualche altro comune, visti i numerosi ricoveri effettuati. La Commissione di beneficenza sospese allora il pagamento di 15.000 lire, a fronte delle 35.000 dovute allo Spedale³⁰⁷. Per ovviare alle lungaggini burocratiche che i controlli avrebbero causato, il Governo ordinò che le spese per il mantenimento dei colerosi indigenti dovessero essere a carico del Comune nel quale si fosse manifestata la malattia e non a carico di quello di nascita. Fu così che Comune di Brescia e gli istituti di beneficenza furono gravati della spesa di 600.000 lire³⁰⁸.

Tutto ciò testimonia come, di fronte alla crisi epidemica, le autorità laiche ed ecclesiastiche avessero predisposto un sistema di sovvenzioni abbastanza coordinato e probabilmente efficace a sovvenire quantomeno le fasce più indigenti della popolazione: si pensi in particolare a quelle famiglie che, per la morte di un membro il cui lavoro costituiva l'unica fonte di sussistenza, si trovavano improvvisamente alle prese con seri problemi materiali. Alla luce di ciò, il complesso sistema di controlli sulla erogazione dei fondi può sembrare vessatorio, ma risponde all'esigenza di impedire abusi, sempre possibili anche nel contesto di calamità collettive come l'epidemia colerica.

3.4 Funerali e seppellimenti

Analogamente alle funzioni liturgiche, anche i criteri di sepoltura subirono qualche mutamento nel corso dell'emergenza colerica. Come per i regolamenti sanitari, anche per le inumazioni si assistette, almeno per la città di Brescia, a frequenti cambiamenti di direttive. Il 3 ottobre 1831, la Commissione alla Fabbriceria del Campo

³⁰⁷ La Direzione degli Spedali lamentava che il Municipio di Brescia non aveva ancora saldato la quota di debito che gli era stata attribuita il 23 novembre 1836, così come non aveva saldato il nosocomio delle spese accorse all'ospizio dei colerosi, che si era eretto presso lo Spedale delle Donne. Secondo il decreto del 23 dicembre 1836, la Direzione degli spedali avrebbe dovuto ricevere 15.000 lire, a saldo delle 30.000 caricate alla città per la cura e il trattamento dei 662 colerosi; cfr. Mozione del 9 marzo 1838, firmata dal Podestà di Brescia, in ASB, b. 2708.

³⁰⁸ W. Menis, *Saggio...*, Vol. II, p. 294.

Santo domandava alla Congregazione municipale di Brescia come avrebbe dovuto comportarsi nel caso dell'arrivo del colera. Nello specifico, era necessario conoscere se era possibile seppellire nelle tombe famigliari i morti per colera e se i cadaveri avrebbero dovuto essere trasportati dalle abitazioni al Campo Santo chiusi in casse catramate. Fu proposto dalla Commissione di realizzare due fosse comuni sul terreno prospiciente alla facciata del Vantiniano, di proprietà comunale, entro le quali collocare le casse mortuarie chiuse ermeticamente, cosicché cessato il colera, vi si facesse crescere sopra l'erba. Una tale disposizione avrebbe incontrato anche il favore del clero, naturalmente favorevole all'inumazione delle salme in un terreno santificato³⁰⁹.

Con il decreto 7 gennaio 1832, il Governo centrale stabilì che nell'area del cosiddetto Foppone di S. Alessandro, evidentemente ancora in funzione, nonostante la riforma napoleonica, si dovessero seppellire sia i morti provenienti dai nosocomi cittadini sia i corpi dei colerosi³¹⁰. Tuttavia, la Congregazione si rese presto conto che la superficie del Foppone poteva contenere al massimo 1.360 corpi, il che significava che sarebbe a malapena bastata per la tumulazione dei morti per malattie ordinarie di un anno. Era palese che, se in conformità al decreto si fosse voluto serbare una parte del cimitero per l'inumazione di quanti fossero morti per colera, alla luce dei tassi di mortalità registrati nei paesi già colpiti dal morbo, l'area del Foppone risultava inadeguata. Era necessario edificare un nuovo camposanto nei pressi dei nosocomi cittadini, così da evitare al Comune di pagare, oltre alla tumulazione, anche il trasporto degli indigenti fuori dalla città. La direzione del cimitero, però, consapevole dello stato deplorabile in cui versavano le casse comunali, in accordo con lo stesso Comune, decise di temporeggiare, conscia che una nuova costruzione avrebbe comportato costi non indifferenti. Si pensò allora di velocizzare la decomposizione dei corpi non solo per creare nuovi spazi, ma anche per far tacere le lamentele rispetto alle esalazioni, provenienti dal Foppone³¹¹. La

³⁰⁹ Lettera del 3 ottobre 1831, scritta dalla Commissione alla Fabbrica del Campo Santo alla Congregazione municipale; cfr. ASB, rub. XXIV, 6/2a, 1833-1848, b. 2708.

³¹⁰ Venne così chiamato, come anche a Milano, il cimitero destinato alle sepolture degli ospedali. A Brescia, questo sorgeva fuori da porta S. Alessandro, all'incrocio delle attuali via. A. Diaz e via Zinone; cfr. *Enciclopedia bresciana*, ..., Vol. IV, p., 242.

³¹¹ La necessità di un cimitero fuori dalle mura cittadine era sentita soprattutto dai cittadini che abitavano nei pressi del Foppone di porta S. Alessandro. In effetti, questi lamentavano che soprattutto in estate l'odore che usciva dalle fosse risultava insopportabile. Non erano più tollerate anche le pratiche osservate dai militari nel seppellire i loro morti, perché non si attenevano alle norme igieniche. Aprivano i tumuli

direzione, allora, deliberò che le tombe fossero coperte con un doppio coperchio di pietra, che al loro interno fosse gettata della calce viva e che fossero ermeticamente chiuse le fessure delle fosse. Una volta che si provvide a ciò, il Comune non pensò più a commissionare la costruzione di un nuovo cimitero nelle vicinanze del Foppone. La mancata osservanza di quanto era stato prescritto dalla Delegazione non era da leggersi come un atto di disobbedienza agli ordini superiori, ma come un comportamento dettato dalla parsimonia: il Comune aveva bisogno di risparmiare³¹².

Solo nel 1835 si riaprì la questione. Il 12 settembre di quell'anno, la Congregazione municipale riconobbe il terreno fuori da Porta S. Giovanni (tra le attuali via Milano e piazza Garibaldi) idoneo anche per la tumulazione dei deceduti in ospedale. Fino a questa data l'autorità pubblica di Brescia continuò a concedere che le salme di quanti erano morti in ospedale fossero seppellite all'interno della cinta muraria. Fortunatamente, la Commissione al Campo Santo, dotata di una certa previdenza, dopo aver inaugurato il cimitero monumentale del Vantiniano, nel 1810, si era prodigata a seppellire i corpi di alcuni malati, morti all'interno delle infermerie dei nosocomi, in tre diverse parti del cimitero, per verificare che la terra ivi presente fosse in grado di decomporre le salme contagiose. La Commissione, nel 1835, disseppelliti i cadaveri tumulati circa quattordici anni prima, osservò che tutti si presentavano completamente

nelle ore diurne e non richiudevano a dovere le aperture con le lastre di pietra. I militari, inoltre, usavano anche seppellire le salme di individui non cristiani. Cfr. ASB, b. 3845.

La necessità di un nuovo cimitero era sentita anche rispetto alla questione della tumulazione dei non cattolici, perché non si sapeva dove dare loro una corretta inumazione. Il problema era sentito anche altrove. A Crema, ad esempio, il 27 aprile 1836, l'Ufficio di sanità scriveva alla Congregazione di Crema che «non avvi in Cremona che una sola famiglia di ebrei composta da marito e moglie, che esercitano vendita di stoffe [...]. Non esiste in questo Comune alcun apposito cimitero né per gli Israeliti, né per gli acattolici. [...] Quanto poi all'inchiesta come si avranno a regolare con tali individui nel male augurato caso del cholera contagioso non saprebbe quest'ufficio cosa proporre, mentre non avendovi sito apposito e sperato per seppellirvi i decessi per tale morbo, ritiene che sarebbero da invocarsi dalla superiorità le di lei determinazioni in questo proposito mentre sarebbe pericoloso alla pubblica salute il tradurre, e seppellire nel cimitero pubblico tali cadaveri, essendo questo giornalmente frequentato dalle persone che amano di suffragare i loro defunti colle loro preci»; cfr. ASCR, Comune di Cremona, Congregazione municipale, colera, b. 566.

³¹² Lettera del 7 gennaio 1832, destinata alla Delegazione provinciale. La Direzione del Foppone, ispezionata l'area cimiteriale, dichiarò che non «sarebbe stato sufficiente la metà di quello spazio» per l'inumazione dei colerosi e che la Direzione stessa reputò partito conveniente quello di «ripiegare al tanto difetto delle tombe col farle coprire di doppio coperchio di pietra viva; con gettare di tanto in tanto della calce viva sui cadaveri per accelerarne la consumazione, e con far chiudere le commessure dei coperchi ogni volta che si levavano con lato tenace finché non potesse aver luogo la menoma esalazione. [...] riparato così provvisoriamente a que' difetti che potevano riuscire di nocimento alla salute pubblica [...] si trattenne dal far quel progetto d'innovazione non per disobbedienza agli ordini superiori, ma per risparmiare, se era possibile, a questi stabilimenti un ingente spesa, in tempo che la loro economia si trovava in grande difetto»; cfr. ASB. Delegazione provinciale, b. 3845.

consumati, tanto da poterli riesumare senza timore di esalazioni nocive³¹³. In previsione di un'invasione colerica, si temeva però, che le due fosse comuni, da realizzarsi all'interno del Vantiniano, capienti per circa 870 cadaveri in tutto, non fossero sufficienti a contenere quanti sarebbero potuti trapassare per la malattia. Mentre la Commissione al Campo Santo e la Congregazione cercavano di capire in che modo supplire allo straordinario numero di salme da inumare, la Delegazione provinciale, appoggiandosi alla relazione stilata dal medico provinciale Menis, faceva notare all'autorità cittadina come non fosse più tollerabile la sussistenza del Foppone, nel quale ancora nel 1835, venivano tumulati quanti lasciavano la vita negli ospedali. Si trattava, anche dopo l'emanazione dell'Editto di Saint Cloud, della continuazione dell'antico metodo di seppellimento, difficile da abbandonare da parte della popolazione, che però a causa dei miasmi e del continuo interrimento abusivo da parte dei militari dei loro morti, comportava una vera e propria minaccia alla salute pubblica³¹⁴. Il 27 settembre 1835, la Commissione al Campo Santo di Brescia proponeva un sistema di seppellimento che fosse quanto più conforme alle prescrizioni contenute nel regolamento sanitario del gennaio 1770³¹⁵. Il sistema proposto avrebbe dovuto risolvere il problema annoso dei seppellimenti.

³¹³ Il dottor Manzini, in presenza del Vicepresidente della Commissione al Campo Santo, il nobile Chizzola e dell'architetto del Vantiniano, Rodolfo Vantini, recandosi con questi ad ispezionare il terreno del cimitero, disseppellendo i cadaveri inumati circa dodici e quattordici anni prima, osservò che «sei cadaveri seppelliti nelle succitate epoche e nelle tre diverse località fossero tanto consumati da potersi levare senza tema di spargere alcuna esalazione pericolosa, ma potuto riconoscere la diversa decomposizione, secondo i diversi accennati tempi di inumazione e convincersi esservi piccola differenza fra i i cadaveri tumulati in ciascuno dei retronominati tempi, ma tutti bastantemente decomposti da poterli levare senza pericolo alcuno non mandano il minimo odore»; cfr. ASB, Delegazione provinciale, S. Alessandro, Foppone, fasc. 258, b. 3845.

³¹⁴ Il medico provinciale Menis lamentava come fosse contraria ai regolamenti la sussistenza del Foppone. Il pericolo, secondo il medico, derivava dai continui miasmi che fuoriuscivano dalla fossa comune, causati dall'utilizzo abusivo che ne facevano i militari perché, egli scriveva «se questi si attenessero a quelle discipline osservate dai nostri tumulatori di non aprire cioè quei tumuli che nelle ore notturne e ben sistemassero le fessure delle pietre che li coprono, certo non succedrebbe tanta esalazione da portar nocimento ai circostanti e tanto meno ai passeggeri per le strade vicine. Riguardo ai militari havvi inoltre l'inconveniente che seppelliscono nei medesimi tumuli stati benedetti individui di religione diversa»; cfr. ASB, Delegazione provinciale, b. 3845.

³¹⁵ Il 2 novembre 1831, Hartig scriveva così al Vicario capitolare di Crema «essendo state sostituite riguardo al trattamento del cholera morbus alla patente sulla peste 2 gennajo 1770 le prescrizioni ordinarie per le malattie epidemiche e contagiose, sua Maestà con recente sovrana risoluzione comunicata dall' Imperial Regia Cancelleria Aulica Riunita, con venerato dispaccio 15 ottobre scorso, si è degnata di ordinare, che anche i cadaveri dei choleranti si dovessero seppellire negli attuali cimiteri. [...] Ha pure ordinato che ai cadaveri morti di cholera non potranno essere negati i consueti funerali ed esequie sotto l'osservanza delle cautele prescritte per le malattie epidemiche e contagiose, onde in questa guisa

Il 25 agosto 1835 fu costretto a intervenire sulla questione lo stesso Governo centrale. La Delegazione provinciale cercò di risolvere il problema, chiedendo all'architetto Rodolfo Vantini di stilare un ulteriore progetto per aggiungere un'area proporzionata a contenere tutti i cadaveri provenienti dagli ospedali nei pressi del Foppone, ma questo fu realizzato solo a seguito dell'epidemia colerica, il 9 ottobre 1836³¹⁶. Il 25 settembre 1835, la Delegazione provinciale deliberò che fosse definitivamente sospeso il seppellimento nel Foppone dei cadaveri provenienti sia dall'Ospedale maschile, sia da quello femminile, sia da quello dei militari. Nuovamente la Commissione sanitaria, capeggiata da Menis, fu incaricata di praticare una ulteriore ispezione, dalla quale emerse che il Foppone non poteva più accogliere cadaveri, perché il terreno non aveva la proprietà di farli decomporre nel tempo stabilito dai regolamenti sanitari. Inoltre, l'area sulla quale sorgeva era in grado di ospitare un numero esiguo di corpi. Tuttavia, durante l'ispezione si riscontrò la presenza di dieci camere mortuarie molto spaziose, che di fatto risultavano vuote e che quindi potevano ancora risultare utili e di altre due camere libere, prive però di volta e quindi inservibili. Fu quindi deliberato dalla Commissione che in via provvisoria poteva essere ancora tollerata la tumulazione nelle camere sopra nominate, a patto che il Comune provvedesse alla loro sistemazione, occupandosi cioè delle spese di acquisto delle lapidi di copertura, facendosi garante della loro chiusura ermetica e che mensilmente fosse impiegata della calce, con la quale facilitare la decomposizione. Si riproponeva nei medesimi modi la dinamica di quattro anni prima. Così facendo, il Comune nuovamente evitava il problema di dover acquistare un terreno su cui edificare un nuovo cimitero per il solo seppellimento degli indigenti provenienti dagli ospedali e le cui spese di inumazione spettavano per metà proprio al Comune stesso³¹⁷.

tranquillare gli animi e prevenire con effetto la tanta pernicioso occultazione e trascuranza dei malati»; in ASDC, Atti del Governo, b. 32, cartella 6.

³¹⁶ Rodolfo Vantini presentò il disegno del progetto in un rapporto datato 9 ottobre 1836 e diretto alla Delegazione provinciale; cfr. ASB, Delegazione provinciale, b. 3845.

³¹⁷ In effetti il 25 aprile del 1836 veniva emesso dal Comune il reparto spese occorse per la tumulazione di 915 cadaveri, tutti provenienti dai nosocomi cittadini. Di questi, «548 [erano] a carico della Congregazione municipale e 367 a carico degli Spedali»; cfr. ASB, Delegazione provinciale, b. 3845. Il 25 settembre 1835, il medico provinciale, Menis, dichiarava «la Commissione [al Campo santo] onde lasciare un maggior tempo a questa Congregazione per combinare un vantaggioso progetto [...] ha praticata un'ispezione locale al cosiddetto Foppone, dalla quale ha potuto giustamente rilevare non essere suscettibile la superficie di terreno scoperta ad accogliere li cadaveri perché incapace alla decomposizione dei medesimi nel tempo voluto dai veglianti regolamenti, né anche perché tale superficie sarebbe in grado

La Congregazione, in relazione alla tumulazione, non stilò un regolamento preciso, perché sarebbe bastato che la Commissione del cimitero si rifacesse al regolamento sanitario del 16 gennaio 1817³¹⁸. Veniva però richiesto che il trasporto delle salme non fosse fatto in pompa magna, onde evitare di incutere ulteriore allarme e spavento nella popolazione, già terrorizzata dalla vista dei cadaveri ammucchiati lungo le strade e dalle fioche luci, poste appositamente fuori dalla finestra, indizio della presenza di un cadavere, da quanti rifiutavano di trasportare fuori da casa i corpi dei propri cari³¹⁹.

Come si è visto, poiché la capacità del Foppone era limitata, la Congregazione propose che fossero aperte le due fosse nel Camposanto cittadino, che nel lontano 1810 erano state adibite all'utilizzo degli ospedali³²⁰. Era necessario rivedere anche il numero degli uomini impiegati presso il Vantiniano, perché questi non solo sarebbero serviti al seppellimento dei colerosi, ma anche al trasporto delle salme dalle loro abitazioni al

di contenere che un piccolo numero di corpi morti. Nulla ostante ebbe però nel sopralluogo a riscontrarvisi dieci spaziose camere mortuarie del tutto inumate, affatto vuote e plausibilmente servibili, con altre due tutt'ora non compiute perché mancanti del superiore volto; così la Commissione approvarebbe che provvisoriamente si tollera la tumulazione in queste, procurando però a spese comunali di praticarvi quelle diligenze suggerite dall'arte per impedire le esalazioni, cioè col procurarvi l'ermetica chiusura delle superiori doppie lapidi e riversarvi addentro mensilmente una certa quantità di calce, colla quale facilitare la cercata decomposizione, in modo più pronto ed efficace, incaricando a tale oggetto persona fedele all'adempimento di simili prescrizioni, le quali indebitamente servirebbero a far cessare i reclami prodotti dall'attuale negligenza di sì tanto indispensabili precauzioni. Con tale provvisorio suggerimento si potrebbero ottenere un più comodo pensiero della ricerca di un fondo per la costruzione di un secondo Campo sacro, limitrofo all'attuale». Inoltre, «costituendosi un secondo Campo Santo nella vicina adiacenza dell'attuale Foppone, si otterrebbe un doppio risultato di una assai minore spesa aggravante li comunisti e l'altro assai più flessibile di essere di una portata vicini agli stessi ospitali, circostanza che si deve tenere a calcolo di una mortalità prodotta da malattie contagiose ed epidemiche, onde più pronta ne riesca l'esportazione e conseguente tumulazione in tali disgraziati avvenimenti»; cfr. ASB, Delegazione provinciale, b. 3845.

³¹⁸ Con la circolare del 1° agosto 1836 il Lombardo Veneto infermò nuovamente i parroci e i medici circondariali che tra le cose che più interessavano al Governo, per il buon andamento del servizio sanitario, era il mantenimento dell'esatta osservanza delle misure sanitarie contenute nelle Istruzioni del 16 gennaio 1817; in ASDM, sez. stampe, morbi epidemici.

³¹⁹ Manzini scriveva a tale proposito «Era uno squallore, che ti ghiaccia il sangue nelle vene, il vedere deserte le contrade, e chiuse gran parte delle botteghe per la morte di questo e di quello, o per la fuga di chi cercava scampo: era uno squallore veramente grande il vedere continuamente portarsi il Sacro Viatico agli infermi e di dì e di notte, il continuo tintinnio del campanello, che diventava nunzio di morte! Era pure uno squallore insopportabile il vedere le vie della città ingombrate frequentemente di serventi stipendiati dal Municipio e levar dalle case e portare al lazzaretto gli ammalati, di cui una parte morivano per istrada! Era, in vero, commovente il vedere di notte un funebre pallido lume delle case, dove giacevano i cadaveri, il quale era indizio, che erano colà miserandi vittime del cholera! Erano pure doloroso spettacolo di notte e tempo le vie della città ingombre di cadaveri portati e condotti ammucchiati nel carro funebre al Campo santo!»; cfr. B. Manzini, Cenni storici intono al cholera, che afflisse Brescia nel giugno, luglio e agosto del 1836,

³²⁰ Lettera della Commissione delegata alla Fabbrica del Campo Santo alla Congregazione municipale di Brescia, datata 27 settembre 1835; cfr. ASDBS, Opere pie, Cimitero di Brescia e sepolture varie, istruzioni e regolamenti funerari, b. 5.

luogo di sepoltura. La Commissione, per semplificare il sistema di trasporti, propose che la città fosse divisa in quattro quartieri, facenti capo alle quattro porte cittadine più ampie: uno per Porta S. Alessandro (sud-est), uno per Porta S. Nazaro (sud-ovest), uno per Porta S. Giovanni (ovest), uno per Porta Pile (nord) e che per ogni porta fosse costruito un carro, che trasportasse i defunti fino al Vantiniano. Ogni mezzo poteva trasportare fino a quattro corpi contemporaneamente, in modo separato e in vani dove rimanevano parzialmente chiusi, perché caricato un cadavere, questo non fosse scoperto con il collocamento delle altre salme³²¹. Altri quattro uomini dovevano poi vigilare presso le porte, perché all'arrivo del carro comunicassero al conducente dove si trovavano i cadaveri da prelevare, se nelle rispettive case o nel lazzaretto. Il servizio di seppellimento, allo scoppio del colera, sarebbe stato attivo 24 ore su 24 e per facilitare la decomposizione dei corpi si consigliava di gettarci sopra una quantità abbondante di calce.

Il trasporto immediato dei cadaveri dalle abitazioni o dall'ospedale al cimitero comportò la necessità di sospendere le celebrazioni dei funerali. Se da un lato questo provocò l'omissione della denuncia delle morti per colera da parte della popolazione, dall'altro comportò il venir meno degli introiti per quegli operatori necrologici che traevano un umile ma indispensabile guadagno dai riti funebri³²². In ragione di ciò, i servitori del Santissimo Sacramento (addetti al servizio funebre) delle nove parrocchie cittadine, il 13 settembre 1836, chiesero alla Congregazione municipale, che aveva messo a disposizione dei cittadini meritevoli un fondo di 1.206 fiorini, di essere presi in considerazione nella spartizione del premio. I servitori denunciarono, in una lettera indirizzata alla Delegazione provinciale, la loro critica situazione economica, cagionata dal colera e chiesero una reintegrazione, almeno in parte, dell'ingente danno economico

³²¹ La Congregazione municipale avrebbe dovuto provvedere alla costruzione di «4 carrettoni per i 4 quartieri summentovati. [...] Li 4 nuovi carrettoni saranno capaci di contenere separatamente 4 cadaveri e questi dovranno essere parzialmente chiusi perché collocato un cadavere non abbia ad essere scoperto per il collocamento del secondo, del terzo e quarto così sarà praticato nel relativo scarico impedendosi con ciò una maggiore esalazione»; Lettera della Commissione delegata al Campo Santo, 27 settembre 1835, in ASDBS, Opere Pie, b.5;

³²² A tale proposito, il 12 novembre 1831, l'Arcivescovo di Milano, Carlo Gaetano, per opportuna conoscenza informava i parroci della città e di tutte le Diocesi assoggettate che «all'oggetto di tranquillare gli animi, e prevenire con effetto la tanto perniciosa occultazione e trascuranza dei malati, ai cadaveri di morti di cholera non si negherà il consenso del funerale, né la tumulazione negli ordinari Campi Santi, sotto l'osservanza però delle cautele prescritte per le malattie epidemiche e contagiose»; cfr. ASDM, sez. avvisi, morbi contagiosi.

che avevano sofferto durante la luttuosa circostanza. Gli esponenti ricordarono anche gli obblighi che avevano in tempi non calamitosi. Essi erano incaricati di portare il viatico agli infermi, di assistere ai funerali e di tenere cura degli arredi, appartenenti alla Scuola del SS. Sacramento. Per questi servizi ricevevano un misero compenso, elargito dalle rispettive fabbricerie, inferiore alle 20 lire mensili, che però raddoppiava con le mance che venivano loro offerte dai famigliari del defunto. Dal momento, però, in cui il colera era entrato a Brescia, i servitori avevano dovuto lavorare sia di giorno sia di notte, senza che fosse loro corrisposto un compenso congruo all'impegno richiesto. La soppressione dei funerali aveva inoltre sottratto loro l'emolumento più cospicuo: le elemosine e le 10 lire austriache, che venivano versate per la colatura della cera, l'esposizione delle croci e di altri oggetti. Formalità queste che furono tutte soppresse, così come fu bandita qualsiasi altra forma di sfarzo e il suono stesso delle campane, in modo da non rattristare gli animi della popolazione e per prevenire l'occultamento dei malati³²³. È evidente che le procedure sanitarie non lasciavano spazio a quanti lavoravano come servitori parrocchiali. Nonostante le reiterate richieste, che si protrassero fino al 28 gennaio 1837, la Congregazione municipale non concesse alcunché ai servitori delle parrocchie, perché per quanto fosse ritenuto giusto il loro ricorso, la Commissione di beneficenza aveva deciso di destinare i pochi fondi rimasti agli orfani³²⁴.

L'incremento delle morti portò anche alla sospensione del trasporto dei malati agli ospedali, perché avrebbero gettato lo sconforto nel popolo, già troppo sospettoso e impaurito. Il trasporto del viatico si svolgeva, dunque, nel seguente modo: il sacerdote, vestito di cotta e stola, con il solito rito e seguito da qualche fedele munito di candela, pregava e cantava a mezza voce: il tutto senza il suono delle campane³²⁵. La Diocesi

³²³ Lettera scritta da Hartig al Vescovo di Crema, 2 novembre 1831; cfr. ASDC, Atti del Governo, b. 32.

³²⁴ Il 28 gennaio 1837 il subeconomo Costa si fece garante del servizio prestato dai servitori del SS. Sacramento e scrisse alla Congregazione municipale di Brescia perché prendesse in considerazione quanto era già stato richiesto il 13 settembre 1836. La distribuzione di quanto era rimasto del fondo di beneficenza spettava però alle singole parrocchie. Così, alle reiterate richieste giunte definitivamente risposta il 19 luglio 1837, da parte della parrocchia di S. Alessandro che riconoscendo il sacrificio dei servitori non poteva «destinare per tale oggetto i piccolissimi fondi destinati esclusivamente per il mantenimento degli orfani»; cfr. ASB, Comune di Brescia, b. 2708.

³²⁵ La Diocesi di Brescia, il 4 luglio 1836, rimproverò all'Arciprete di Orzinuovi, Lorenzoni, di aver deferito il viatico «all'infermi cholerosi». Il Vescovo, Domenico Ferrari, eccitò Lorenzoni «a volersi attenere nel proposito quanto prescrive il rituale romano compatibilmente colle circostanze dei tempi presenti, facendo cioè portare il viatico sotto l'umbralino da sacerdote, vestito di cotta e stola col solito velo, preceduto da qualche fedele con candela accesa, recitando le solite preci a mezza voce e senza suono di campane, per tal modo si uniformerà a quanto vien praticato negli altri paesi della Diocesi e

richiedeva la stessa modalità anche nella visita agli infermi. Il sacerdote, una volta somministrata la comunione al malato, prima di uscire dall'abitazione, doveva togliere la stola e la cotta, così che il popolo non potesse sapere se il parroco avesse o meno impartito l'estrema unzione.

3.5 Le Ancelle della Carità

La Chiesa del primo Ottocento, attraversata da un sentimento di inquietudine, causato dagli avvenimenti politici che si erano susseguiti negli ultimi decenni, sentiva la necessità di ridefinire il proprio ruolo all'interno della nuova società con una forte impronta laicale. Abbandonata l'idea di ricorrere a un atteggiamento autoritario, che avrebbe rischiato di accentuare il clima anticlericale, la Chiesa cercò di inserirsi all'interno del nuovo tessuto sociale, attraverso una serie di azioni volte a recuperare il prestigio appannato dall'ideologia e dagli eventi rivoluzionari. Così, sulla scia della sensibilità romantica, che di fronte alla crisi della modernità, guardava nostalgicamente a quel passato che aveva portato alla riscoperta delle identità nazionali, la Chiesa si sforzò di recuperare il proprio ruolo tradizionale e di ripristinare il carisma di cui godeva nella società di antico regime. Le soppressioni degli ordini monastici, a cui non corrispose un disfacimento del sentimento cristiano, avevano portato, in tutta Europa, alla nascita del fenomeno delle nuove Congregazioni religiose, impegnate nell'assistenza ospedaliera e nell'istruzione. In Italia, questo fenomeno si declinò secondo la realtà storica dei diversi territori, ragione per cui interessò soprattutto l'Italia centro settentrionale e meno quella meridionale³²⁶. Il fatto che circa i 2/3 delle nuove

specialmente in questa città»; cfr. ASDBS, Amministrazione parrocchiale, 1836, b. 38. A Milano, dal palazzo arcivescovile, il 12 luglio 1836, fu comandato al curato di S. Simpliciano di sopprimere qualsiasi dimostrazione di solennità particolare e di abolire le prediche accompagnate da musica e da canti. Vietava anche ai curati di impartire i sacramenti più di una volta al giorno. L'Arcivescovo di Milano, il 12 luglio 1836, scriveva, dunque, così al curato di S. Simpliciano «nell'intento di diminuire per quanto è possibile il pericolo di dilatazione della malattia dominante, vogliamo fin da ora soppresso qualsiasi particolare dimostrazione di solennità [...] così non potrà impartirsi la benedizione al popolo col SS. Sacramento più d'una volta al giorno»; cfr. ASDM, sez. stampe;

³²⁶ Delle 140 Congregazioni religiose sorte tra il 1800 e il 1860, circa la metà vide la luce in Italia settentrionale; di queste, 21 sorsero in Piemonte e Liguria, 43 nel Lombardo - Veneto. La Lombardia con i suoi 24 istituti, rispetto ai 19 del Veneto, rappresentò il centro di maggiore fioritura delle nuove

fondazioni avessero visto la luce nelle diocesi di Milano, Brescia e Bergamo induce a credere che in queste tre città fossero maggiormente sentiti i nuovi bisogni sociali, forse per la presenza sul loro territorio di numerosi opifici e stabilimenti industriali³²⁷. Considerato poi, che molte di queste fondazioni nacquero in un momento successivo agli anni Trenta dell'Ottocento, si può dedurre che la loro nascita si collegasse alla necessità di dare una risposta alle esigenze spirituali maturate di fronte alle trasformazioni economiche e sociali tipiche del mondo contemporaneo. Sappiamo, inoltre, che il 1815 si aprì per la Lombardia all'insegna della carestia e delle pestilenze, che produssero l'incancrenirsi della povertà e della fame³²⁸. Queste sacche di disagio e di miseria si ingrandirono ancora sotto le spinte del colera, che se da un lato rappresentò un fattore di peggioramento delle condizioni di vita, incrementando l'indigenza dei poveri congiunturali, dall'altro contribuì a riavvicinare buona parte del popolo alla Chiesa. Ecco che allora, l'opera assistenziale ed educativa dei nuovi istituti partì proprio

fondazioni religiose. Nella Diocesi di Milano nacquero: le Orsoline di S. Carlo, le Suore di S. Marcellina, le Suore del Buon Pastore, l'Istituto Missioni Estere, le Suore del Preziosissimo Sangue, le Suore della Riparazione; nella Diocesi di Bergamo: le Orsoline di Maria Vergine Immacolata di Gandino, le Figlie del Sacro Cuore di Gesù, le Terziarie di Santa Dorotea, le Orsoline di San Girolamo, le Suore della Sacra Famiglia; per quanto riguarda, invece la Diocesi di Brescia, troviamo: le Suore di Carità di Lovere, le Ancelle della Carità, le Suore maestre di Santa Dorotea, i Figli di Maria Immacolata; nelle restanti diocesi di Cremona, Como, Lodi, Pavia e Mantova il numero delle nuove fondazioni risulta essere più limitato. Troviamo, quindi: gli Ospitalieri della Carità e le Suore del Buon Pastore a Cremona; le Figlie della Presentazione di Maria SS. Al Tempio e le Sorelle Infermiere della Carità a Como; le Domenicane del S. Rosario e le Sorelle della Provvidenza a Lodi. Infine, a Mantova le Orsoline di Mantova; cfr. R. Sani, *Indirizzi spirituali e proposte educative dei nuovi istituti religiosi dell'Ottocento in area lombarda*, in R. Sani,, pp. 80-81; G. Rocca, *Le nuove fondazioni religiose femminili in Italia dal 1800 al 1860*, in *Problemi di storia della Chiesa dalla Restaurazione all'Unità d'Italia*, Dehoniane, Napoli, 1985, pp. 107-192;

³²⁷ Già precisamente 19 istituzioni su 24 sorsero in queste tre diocesi; cfr. R. Sani,, p. 81.

³²⁸ A Brescia l'aspetto più disastroso tra quelli elencati fu il rincaro del prezzo dei grani e dei beni di prima necessità. A causa della ridotta capacità di acquisto, buona parte della popolazione si riforniva da rivenditori truffaldini, che a prezzi stracciati vendevano cibi guasti. L'assunzione di alimenti corrotti contribuì, insieme ai fattori ambientali, visti precedentemente, a predisporre la popolazione a contrarre con maggiore facilità il colera. In effetti, poco prima che il morbo, infierisse sul suolo lombardo, il Governo aveva abrogato lo Statuto della bandiera. Il provvedimento, liberalizzato il 3 gennaio 1835, fu motivo di grande disappunto. Per dare un'idea della portata del fenomeno, basti pensare che la liberalizzazione del mercato aveva favorito uno straordinario aumento dei rivenditori o incettatori, tanto che erano quasi raddoppiati tra il 1835 e il 1841, passando da 86 a 168, di cui il 62,5 per cento di sesso femminile. Queste nuove figure professionali non davano alcun servizio aggiuntivo, perché acquistavano prodotti dai mercati cittadini e li rivendevano a loro modo sugli stessi. Erano ritenuti responsabili dei rincari degli alimenti, aumentati di oltre un terzo, nel triennio 1837-1839 rispetto al 1832-1834, con punte del 48 per cento per le castagne, 67 per il pollame e le uova, del 167 per la frutta e del 220 per la verdura, e avevano reso i mercati deserti. Per approfondire lo stato di miseria in cui versava la città a causa degli incettatori, si vedano i seguenti testi: A. Sabatti, *Osservazioni sul mercato de' commestibili in Brescia*, in *Atti dell'Ateneo, ASB, Atti Accademici*, b. 220; O. Fornasini, *Del mercato delle vettovaglie in Brescia e dello Statuto della bandiera*, in *ASB*, b. 220; D. Sbardolini, *Il vitto carneo*, in *Brixia*, 1882.

da questa nuova schiera di indigenti, che sotto la spinta dell'industrializzazione e del colera necessitava di un sostegno materiale e spirituale.

Il successo delle Congregazioni è da attribuirsi anche all'incapacità dei governi di sostenere le spese per il mantenimento dei poveri. Emblematico in tal senso fu il caso del Governo austriaco, che fino al secolo precedente aveva accolto questi individui negli ospedali, ma quando questi ultimi dovettero ripiegare, a causa delle epidemie, sulle funzioni terapeutiche a scapito di quelle assistenziali, dovette acconsentire alla supplenza dei nuovi istituti religiosi per lo svolgimento di un ruolo assistenziale che lo Stato, con le sue sole risorse, non era più in grado di svolgere.

Il fenomeno delle Congregazioni religiose affondava una parte delle sue radici nel passato recente e remoto. Punto di riferimento della realtà lombarda furono gli ambienti delle cosiddette Amicizie cristiane, dalle quali nel 1801 nacque la Pia Unione di Carità e Beneficenza, associazione impegnata nelle opere di assistenza e di educazione e che ispirò Antonio Rosmini, nel 1816, nella fondazione dell'Istituto di Carità³²⁹. Queste associazioni vedevano una stretta collaborazione tra Stato e Chiesa, che si attuò, in un primo momento, grazie alla presenza, almeno in Lombardia, di un folto gruppo di intellettuali di provata fedeltà al Governo centrale, ma al tempo stesso di accese convinzioni cattoliche e che perciò permise la formazione di un clima spirituale e culturale favorevole al rinnovamento della vita religiosa.

In territorio bresciano, questa collaborazione si concretizzò nella persona di Clemente Di Rosa, un aristocratico particolarmente devoto e operoso, che spese buona parte delle sue energie e ricchezze per richiamare in vita gli ordini religiosi soppressi e per finanziarne di nuovi³³⁰. L'emergere di un nuovo laicato, impegnato nella vita civile e sociale della città, che non sempre operò in linea con la curia, rimase senz'altro una

³²⁹ Le Amicizie cristiane erano associazioni formate da ecclesiastici ed esponenti dell'aristocrazia locale, nate a Torino nel 1780, per opera di Nicolaus Joseph Von Diessbach, al fine di promuovere la rinascita cattolica, attraverso l'incremento della pietà. Quest'associazione penetrò a Milano nel 1783, dove si incontrò con un'altra esperienza, nata nel 1796, in territorio veneto, quella della Sacra fratellanza de' preti e laici spedalieri, sostenitrice della necessità di un'assistenza spirituale negli ospedali. A Brescia, fu Ludovico Pavoni a portare gli influssi delle Amicizie Cristiane; cfr. R. Sani, ..., pp. 91-99.

³³⁰ Di Rosa partecipò alla fondazione del monastero della Visitazione, dove fece educare due delle sue figlie (Paola e Ottavia), fu protettore laico delle Orsoline di S. Maria degli Angeli, delle Canossiane; si impegnò perché ai Filippini venisse restituita la loro casa e il Carmine alla città. Il suo maggiore impegno si svolse a favore dei Gesuiti, che aiutò nella fondazione del loro Collegio, mentre l'azione religiosa a lui più cara fu l'istruzione religiosa dei fanciulli, per cui fondò, nel 1810, la Congregazione della Dottrina Cristiana di S. Domenico. Cfr. L. Fossati, *Beata Maria Crocifissa di Rosa, fondatrice delle ancelle della carità in Brescia*, Scuola Tipografica Opera Pavoniana, Brescia, 1940, pp.32-35.

novità del periodo³³¹. L'impegno laicale corrispondeva, così, alle due traiettorie prevalenti seguite dalle Congregazioni religiose: l'educazione giovanile e la carità assistenziale³³². Entrambe andarono a costituire il nucleo principale della vocazione di Paola Di Rosa, figlia di quel Clemente che tanto si era adoperato per promuovere l'educazione giovanile. L'impegno della figlia è interpretabile come un prolungamento dell'azione paterna, rivolta soprattutto a beneficio della classe popolare, come peraltro suggeriscono le sue prime attività quali l'educazione delle operaie impiegate presso la filanda paterna di Aquafredda e l'assistenza delle donne ricoverate nella Casa delle Pericolanti³³³. Sempre nella prospettiva di un apostolato attivo a beneficio delle categorie di persone meno fortunate, la nobildonna si preoccupò anche di fornire opportunità educative ai sordomuti, allo scopo di dare un contributo al loro inserimento sociale e miglioramento intellettuale³³⁴. In questa stessa ottica, rientra l'opera di assistenza agli infermi ricoverati nei nosocomi cittadini. L'epidemia di colera, che colpì soprattutto i ceti più deboli, rese assai più problematica la gestione dell'assistenza e fece percepire come sempre più complicata una possibile riforma del sistema assistenziale cittadino. Determinante nella definizione dell'azione di Paola Di Rosa, oltre alla particolare sensibilità prestata dalla sua famiglia a queste problematiche, fu il sostegno spirituale di Faustino Pinzoni, arciprete della Cattedrale di Brescia, che aveva aderito agli ideali delle associazioni settecentesche delle Amicizie della Carità. Quest'ultimo aveva rivolto particolari attenzioni alla gestione dello Spedale Maggiore cittadino, a partire dal 1811, perché, come si è visto, dopo il 1797 erano venute a mancare le

³³¹ A. Fappani, *La società religiosa e civile bresciana dell'800*, in *Una intuizione di carità...*, p. 63.

³³² Per inquadrare meglio il fenomeno della nascita delle Congregazioni religiose ottocentesche si veda, G. Rocca, *Le nuove fondazioni religiose femminili in Italia dal 1800 al 1860*, in *Problemi di storia della Chiesa dalla Restaurazione all'Unità d'Italia*, Dehoniane, Napoli, 1985, pp. 107-192;

³³³ La Casa di Industria fu fondata da Clemente Di Rosa nel 1820 per dare un ricovero ai lavoratori, che faticavano, dopo ore di lavoro, a tornare nei tuguri in cui vivevano. Questo asilo, grazie all'allestimento di due dormitori, uno per gli uomini e uno per le donne, offriva un'opportunità abitativa ai lavoratori bisognosi.

³³⁴ Sul principio del 1839, la famiglia Di Rosa aprì due scuole per sordomuti. Il problema dei sordomuti era già vivo a Brescia da più di un secolo, da quando cioè il gesuita bresciano Francesco Lana aveva descritto il metodo di istruzione orale, che viene utilizzato ancora oggi. A Brescia, nel 1816, il nobile Giacinto Mompiani, grande amico della famiglia Di Rosa, aveva accolto in casa sua il sordomuto Pietro Spada, uomo noto alla giustizia bresciana, per provvedere alla sua educazione. Colpito dal metodo utilizzato dal Mompiani, Clemente assunse l'iniziativa di proseguire la sua opera, dandole stabilità e continuità. Fu così che Filippo, per i maschi e Paola, per le femmine, si impegnarono nella fondazione delle prime vere scuole dedicate all'educazione dei sordomuti, sotto la supervisione di Pinzoni; cfr. A. Fappani, *La società religiosa e civile bresciana dell'800*, in A. Monticone A. Fappani, A. Nobili, *Una intuizione di carità...*, pp. 74-76.

donazioni dei benefattori cittadini. Era necessario, secondo Pinzoni e Clemente Di Rosa, che lo Spedale riacquistasse credibilità agli occhi della città, perché potesse ottenere nuovamente sussidi. Così, entrambi si impegnarono anche nel ripristino degli antichi monasteri soppressi e nell'apertura di nuovi istituti religiosi femminili. Poco prima della fondazione delle Ancelle della Carità, Pinzoni, fondò, intorno agli anni Trenta, una pia Unione di infermieri, poi chiamata Istituto dei Sacerdoti Infermi, che vedeva molti uomini impegnati nell'assistenza all'interno dello Spedale maschile. Fu certamente sotto queste suggestioni che Paola Di Rosa decise di dedicare la sua vita all'assistenza degli indigenti, ricoverati presso l'Ospedale.

Quando, il 12 agosto 1831, in Lombardia giunse notizia che il colera aveva invaso Vienna, il Vescovo bresciano Gabrio Maria Nava raccomandò ai parroci di vigilare sulle morti sospette e li invitò a leggere dal pulpito la Patente Penale 1805, con la quale si minacciava la fucilazione immediata di quanti avessero tentato di forzare i cordoni sanitari: prescrizione che ben esprime il ruolo di supporto all'amministrazione civile che le istituzioni ecclesiastiche svolsero nel corso dell'epidemia. Sul finire dello stesso anno, si istituì una Commissione di beneficenza, composta da benemeriti cittadini, tra i quali spiccavano monsignor Pinzoni e Clemente Di Rosa³³⁵. Prese tutte le precauzioni umanamente possibili, non restava che attendere l'arrivo della malattia.

Solo sul principio del 1835, giunse la notizia che il colera era entrato a Genova. Stando alle testimonianze, l'ispirazione di fondare un'opera ospedaliera sarebbe sorta proprio in questo momento. Le allarmanti notizie diedero a Paola Di Rosa il coraggio di manifestare al suo direttore spirituale, Pinzoni, il desiderio di volersi occupare dei colerosi, ricoverati in Ospedale. Questo primo slancio caritativo non si tradusse immediatamente in un progetto di fondazione di una Congregazione religiosa, perché furono solo l'ingresso nel lazzaretto e la constatazione dei numerosi bisogni degli ammalati, che indussero la donna a prendere tale decisione. Nacque così l'idea di fondare una Congregazione, con la quale sostituire le *infermiere prezzolate* e assistere spiritualmente le ammalate, abbandonate spesso a loro stesse³³⁶.

³³⁵ Avviso della Congregazione municipale di Brescia ai cittadini, datata 11 settembre 1835. Con questa circolare veniva data pubblica notizia dei nomi di coloro che erano stati incaricati di formare le Commissioni parrocchiali cittadine e la Commissione di beneficenza comunale; cfr. ASB, b. 2708.

³³⁶ Paola Di Rosa, a proposito dell'assistenza all'interno dell'Ospedale, constatò che agli ammalati mancava soprattutto un servizio ispirato a principi di carità e umanità. Per questo, «le nacque l'idea di

La Di Rosa non intraprese da sola questa iniziativa: l'arciprete le affiancò Gabriella Echenos - Bornati, una nobildonna particolarmente animata da impulsi caritativi, che dopo aver visto naufragare il suo matrimonio, si era dedicata a tempo pieno all'assistenza delle inferme nello Spedale femminile³³⁷.

Intanto il cerchio dell'epidemia si stava stringendo attorno a Brescia. Quando si verificarono i primi decessi, le due donne chiesero al loro confessore di potersi dedicare alla cura dei colerosi, ma poiché la città non era ancora stata invasa, Pinzoni disse loro di aspettare. Dopo la strage nelle Sale delle Pazze, il 3 giugno il colera passò dallo Spedale femminile a quello della Mercanzia e, infine, si diffuse in tutti i circondari. Dopo il 18 giugno si registrò un'impennata dei casi e, l'arciprete, a fronte della terribile situazione sanitaria, comunicò alla Di Rosa che era giunto per lei il momento di dedicarsi a tempo pieno alla cura dei malati. Ottenuto, non senza fatica, l'assenso del genitore, la donna iniziò la sua attività³³⁸.

La Direzione dello Spedale, il 24 giugno, approvò l'ingresso nel nosocomio delle due donne, sia perché l'organico era insufficiente, sia perché le infermiere in servizio, oltre ad essere poco caritatevoli, erano anche disoneste³³⁹. Le donne riuscirono a non

fondare la Congregazione, colla quale sostituire le donne mercenarie, che come tali non erano punto diligenti nel loro ufficio»; cfr. A. Nobili, *L'impegno religioso e caritativo delle Ancelle della Carità (1840-1990)*, in A. Monticone, ..., pp. 116-118.

³³⁷ Gabriella Echenos era nata al Grand Vaire in Besancon figlia dei coniugi francesi Giuseppe Echenos e Adelaide Chapuis, che nel 1800 si stabilirono a Brescia con la famiglia. Gabriella fu adottata dai coniugi Avanzi, facoltosi e senza figli. Quando i genitori decisero di fare ritorno in Francia, la ragazza rimase presso la famiglia adottiva. Compiuti i vent'anni sposò il nobile Corradino Bornati, al quale portò in dote quanto le era stato lasciato dagli Avanzi. Il matrimonio, a causa delle tendenze salottiere del coniuge, si risolse in separazione. Dal 1830, data dell'allontanamento dei coniugi, Gabriella cominciò a dedicarsi ai bisognosi; cfr. G. Papasogli, *Una gloria bresciana...*, pp. 40-42.

³³⁸ Ripporto di seguito la trascrizione della lettera con cui Paola Di Rosa chiede al padre il permesso di poter dedicarsi ai colerosi. «Carissimo papà; sono a pregarvi d'una grazia. Ve la chiedo in iscritto, non per mancanza di confidenza a parlarvi, ma perché non mi si chiudano le parole fra le labbra con una vostra pronta negazione. Sì, la grazia che vorrei da voi, ve la chiedo per amor di Gesù Cristo. Deh, non me la negate. Il mio vivissimo desiderio sarebbe d'approfittare che Iddio mi dà d'aprirmi il Paradiso col praticare l'atto di carità in assistere all'ospedale le povere colerose. Lasciate che mi dedichi al servizio di queste povere infelici. Voi, fate al Signore il sacrificio della vostra Paolina; ed io il farò della mia vita. Riflettete, caro il mio Papà, che se voi mi deste una negativa, e che fossi presa dal cholera in casa e venissi a morire, avreste il rimorso d' avermi sottratto l'ingresso in Cielo. Vorrete negarmi questa grazia? Ah no! Quel Dio che ha ispirato me, ispirerà anche voi. Non consultate né la carne, né il sangue, ma la Religione sola. Non apporterò alcun danno alla famiglia, perché vi ho riflesso, e prenderò tutte le misure che la prudenza suggerisce. Di queste ve ne parlerò a voce. Caro Papà accordatemi questa licenza, che mi rendete felice. [...] ; in AACB, epistolario della Santa.

³³⁹ La Direzione dello Spedale era scontenta delle infermiere impiegate presso il nosocomio femminile, ancor prima che le Ancelle facessero il loro ingresso in Ospedale. In un momento successivo all'ondata epidemica, quando le infermiere laiche videro le Ancelle insediarsi nelle infermerie, il medico Buffini, l'8

contrarre il morbo grazie ai consigli di Pinzoni, che prudentemente raccomandò loro di osservare alcune elementari norme igieniche, per evitare di trasportare la malattia entro le mura domestiche³⁴⁰. Esse si trasferirono, così, in un piccolo appartamento, di proprietà di un certo Pietro Trevisini, situato nelle vicinanze del lazzaretto. I turni di lavoro erano estenuanti: si prestava servizio continuo dalle 8.00 antimeridiane fino alle 19.00³⁴¹.

Dopo l'ingresso nel nosocomio della Di Rosa e della Echenos, altre donne di civile condizione decisero di unirsi a loro e si presentarono al lazzaretto³⁴². Queste donne si impegnarono a svolgere servizi propriamente infermieristici, come ad esempio somministrare mattoni caldi (allora usati per alleviare le sofferenze dei malati nella fase

aprile 1839 comunicava che le infermiere laiche licenziate «governano l'Ospedale, sono ribelli e minacciano di lasciare immediatamente il loro servizio»; cfr. L. Fossati, *Epistolario* ..., p. 190.

³⁴⁰ In una lettera indirizzata al padre, Paola descriveva così la sua giornata «io occuperò la giornata a norma di quanto mi verrà prescritto da Mons. Arciprete cioè: non prima delle otto comincerò a mettermi in esercizio, e sempre dopo una conveniente refezione. Alle ore 12 in punto cesserò. Mi ritirerò in luogo appartato onde prender riposo. Ad un'ora ritornerò alla caritatevole occupazione. Alle due uscirò per il pranzo. Alle quattro assumerò il caritatevole ufficio. Alle ore sette cesserò del tutto. Lo scopo principale cui devo tendere non è quello di prestarmi a tutti gli uffici, ma quello di procurare perché le povere inferme sieno assistite per l'anima, procurando di disporle ai SS. Sacramenti, e prepararle con religiosi sentimenti a ben morire»; cfr. Lettera del giugno 1836 (il giorno non è specificato), in *Epistolario*..., p. 2.

³⁴¹ Non è indicato il luogo preciso in cui fosse collocata l'abitazione, ma doveva certo trovarsi nelle vicinanze dello Spedale femminile, come riporta una lettera di Paola, indirizzata al padre, del giugno 1836. «Vado ad abitare in un appartamento in casa del sig. D. Pietro Trevisini. La mia compagna è la Sig. Ra Gabriella Bornati, donna di soda pietà»; cfr. L. Fossati, ..., p. 145; cfr. Lettera del giugno 1836 (il giorno non è specificato), in *Epistolario di S. Maria Crocifissa di Rosa*, (a cura di Mons. L. Fossati), Scuola Tipografica Opera Pavoniana, Brescia, 1976, Vol. I, p. 2.

³⁴² La Gazzetta della Provincia di Lodi e di Crema, a seguito dell'emissione delle statistiche riferibili a tutto il 1836, riportò un estratto di una lettera scritta da un Bresciano a un amico Lodigiano, datata il 28 luglio 1836. «Amico. Dal giorno 16 giugno al 2 di luglio siamo stati in mezzo agli orrori, ma in seno alla grande desolazione abbiamo avuto delle grandi risorse. Qui specialmente si è veduto quanto possa la Divina Religione sul cuore di chi la professa e quai vantaggi per lei tornino all'afflitta umanità. La pietà bresciana ha presentato saggi di se stessa così luminosi che non potranno essere obbliti dai secoli avvenire. L'energia della pubblica autorità a sollievo de' miserabili fu sorprendente. Allo scoppio dell'infortunio il clero si è lanciato tra gli infelici cholerosi con un coraggio e con uno zelo che potrà bensì essere imitato, ma superato non mai. Coloro stessi che per la religione mostravano la più fredda indifferenza non hanno potuto dissimulare la loro commozione. Appena poi la pubblica autorità ordinò che gli ammalati fossero condotti al lazzaretto, giacché a motivo del loro copioso numero non era più possibile che venissero convenientemente assistiti al loro domicilio, alcune signore entrarono piene di coraggio nel reclusorio delle miserie e della morte per assistere uomini e donne indistintamente, e tra queste una nobile giovane di 22 anni. Il loro esempio fu tosto seguito da altri dieci tra signori e negozianti. Altri si presentarono ancora implorando per grazia di entrare nel pietoso ufficio i quali vennero impegnati al bisogno, ma non introdotti, affinché la copia degli infermieri non cagionasse confusione. Ieri ho chiesto ad un choleroso uscito dall'ospedale come fosse stato assistito da quelle pie persone, e col pianto della gratitudine sugli occhi mi rispose queste precise parole - quelle sante persone non sono della mia sfera. Desse sono angeli.- E dopo avermi esposto dettagliate circostanze sull'amorosa assistenza, finì esclamando e piangendo: - non è possibile immaginarsi tanta carità-»; cfr. L. Fossati, *Epistolario*..., pp. 154-155.

“algida” della malattia) agli infermi, oltre a pulire i letti, i pavimenti, a portare via i morti e accogliere quanti arrivavano al lazzaretto. Tra tutte queste mansioni, quella che premeva più di tutte alla Di Rosa era il disporre le colerose alla morte, nell’ottica squisitamente cristiana di un conforto non solo materiale ma anche spirituale.

Il 26 giugno, Pinzoni informò la Di Rosa che una sua sorella religiosa, di nome Maria Crocifissa, aveva contratto il colera. Due giorni dopo, stessa sorte toccò al fratello, Filippo, che spirò il 29 giugno, lasciando due figli in tenerissima età e la giovane moglie, Aurelia. La famiglia Di Rosa, che fino ad allora si era trattenuta dallo scappare in campagna, decise che non fosse più il caso di rimanere in città e si recò ad Acquafredda.

Nonostante questo lutto, la donna rimase al lazzaretto, continuando il suo lavoro di assistenza e conforto agli ammalati. Il colera intanto continuava a mietere le sue vittime. Il 18 luglio 1836, quando in città era sopraggiunta anche la fame, Clemente Di Rosa scriveva alla Delegazione provinciale che gli istituti di beneficenza, rimasti privi di qualsiasi mezzo, non erano più in grado di soccorrere gli indigenti e i bisognosi. Per diretta conseguenza, si trascurarono le pratiche di disinfezione e in molti casi la carenza di personale addetto ai servizi funebri costrinse le famiglie a tenere in casa lungamente i cadaveri³⁴³.

Ad agosto il colera cominciò ad abbandonare la città e la provincia, lasciando dietro di sé morte e miseria. All’atteggiamento esitante e attendista delle autorità civili si contrappose l’azione caritativa del clero, che si dedicò agli infermi con zelo e coraggio, fornendo ai cittadini una testimonianza concreta e visibile dei più autentici valori cristiani. La Di Rosa e le sue seguaci lasciarono il *doloroso recinto* quando vennero eseguite tutte le disinfezioni dei locali dello Spedale e delle abitazioni.³⁴⁴

³⁴³ Lettera di Clemente di Rosa del 18 luglio 1836 alla Delegazione provinciale. «Il cholera mena strage nella maggior parte dei comuni della Provincia [...], ma nei Comuni forensi e precipuamente in quelli privi d'entrate e presso gli Istituti di Beneficenza mancano i mezzi. Tenui sono le offerte e pronti esser non ponno i soccorsi per deficienza di fondi coi quali mediante finanziarie corresponsioni generose allettare l'interesse di chi venisse chiamato all'assistenza di infermiere. Per difetto di peculio si trascurarono i necessari suffumigi, gli espurghi, ed è pur avvenuto che in alcune circostanze a grande stento siasi trovato chi si prestasse a riporre in cassa il cadavere, dopo troppo lungo tempo dal decesso»; cfr. L. Fossati, *Epistolario...*, p. 151.

³⁴⁴ Il lavoro di Paola e delle sue compagne è ben testimoniato in una nota storica, scritta dalla segretaria di Paola, Ottavia Tedeschi, nel 1846, intitolata *Cenno storico*. «Sul principio del mese di giugno correndo l'anno 1836 scoppiò in Brescia il cholera morbus ed invase la città a guisa di torrente. Una giovane signora concepì allora il pietoso divisamento di entrare nel lazzaretto all'assistenza degli sciagurati colti

Il 26 agosto 1839, dopo l'esperienza presso il lazzaretto femminile, la Di Rosa, rivolgendosi alla Delegazione provinciale, chiese che lei e le sue collaboratrici potessero servire il nosocomio femminile per un anno, senza gravare economicamente sulle finanze dello Spedale. Le serventi avrebbero operato presso le infermerie femminili, curando l'igiene degli ambienti, la pulizia della biancheria e delle suppellettili, a titolo completamente gratuito. Entro l'anno di prova, le pie donne avrebbero provveduto a stendere un regolamento fondato sulla diretta conoscenza del nosocomio, mentre il Governo centrale avrebbe potuto autorizzare o rifiutare la fondazione delle Ancelle della Carità³⁴⁵. Nel 1839, il progetto fu presentato al Governo, che lo accolse di buon grado, anche perché non comportava oneri per l'amministrazione. Fu così, che 32 donne, il 18 maggio 1840, avviarono ufficialmente la loro attività nello Spedale cittadino, sancendo l'inizio dell'opera caritativa dell'Istituto delle Ancelle della Carità nello Spedale Civile di Brescia³⁴⁶.

La formazione delle Congregazioni religiose ottocentesche, come quella fondata da Paola di Rosa, testimonia l'emergere di una vocazione alla vita religiosa, intesa come impegno al servizio del prossimo, secondo il modello di vita di Cristo, tendente alla vita contemplativa e nel contempo attiva. Questo orientamento, secondo Roberto Sani non sarebbe un fenomeno nuovo nella storia della Chiesa, perché si collegherebbe al modello di vita consacrata inaugurato nel Seicento, con riferimento a significative esperienze di vita religiosa, quali la Compagnia di S. Orsola, fondata da Angela Merici, le Figlie della Carità di Vincenzo de' Paoli, le Figlie della Visitazione di Francesco

dal gran malore. Comunicò il suo pensiero ad alcune sue conoscenti e queste si esibirono di unirsi a lei nella generosa impresa. Quindi chiesero ed ottennero dalla Direzione degli Spedali di entrare nello spaventoso recinto. Il loro esempio trasse vari altri, segnatamente del ceto de' negozianti, all'opera esimia. Le fatiche, i disagi sostenuti da queste pie donne durante il flagello eccedettero assolutamente, per sentimento di coloro che ne furono testimoni, la sfera delle forze umane»; cfr. L. Fossati, ..., p. 150; cfr. per ulteriore approfondimento si veda, P. Vivenzi, *Vita di Suor Maria Crocifissa, nel secolo Paola Di-Rosa, fondatrice e superiora delle Ancelle della Carità, dette volgarmente le Ospitaliere*, Tip. Vescovile del Pio Istituto, Brescia, 1864.

³⁴⁵ Lettera del 26 agosto 1839, in *Epistolario...*, Vol. I, p. 7.

³⁴⁶ Il 26 agosto 1839 la Di Rosa scriveva alla Delegazione provinciale, esponendo il piano del futuro Istituto «Le sottoscritte desiderose di dedicarsi all'assistenza delle povere inferme che vengono accolte in questo ospedale e ciò per sorvegliare personalmente in quanto è relativo al bene spirituale e corporale di dette inferme, non che a quanto può riguardare la pulitezza dell'infermeria ed accessori. Desse perciò presterebbero gratuitamente l'opera loro. Provvederebbero a proprie spese una casa nella quale alloggiar le Serventi e mantenervele senza che lo Spedale debba incontrare spese maggiori delle attuali il cui importo dovrebbe da quell'Amministrazione mensilmente corrisondersi alla Superiora di detta casa» cfr. L. Fossati, *Epistolario...*, pp. 181-183.; cfr. Papasogli, *Una gloria bresciana...* pp. 61-68.

Sales e le Dame Inglesi di Maria Ward³⁴⁷. Rispetto al Seicento, però, il contesto sociale e culturale appare molto diverso, dato che con la Rivoluzione prima e il ventennio francese poi si erano diffuse correnti ideologiche laicizzanti, che, nelle loro punte più estreme, avevano condotto a radicali e iconoclastiche forme di aggressione verso i dogmi e i valori della fede cristiana. Nel nuovo contesto della Restaurazione, la Chiesa cercava ora di recuperare modalità apostoliche che da un lato si inserivano nel solco di una tradizione antica, e dall'altro cercavano di fronteggiare i bisogni materiali e spirituali delle popolazioni emerse nel mondo contemporaneo.

Per concludere, si può affermare che le Ancelle della Carità rappresentarono un originale tentativo di affermare la presenza della Chiesa nel settore dell'assistenza ospedaliera, in una prospettiva che coniugava il recupero di un tradizionale campo di attività di ordini e congregazioni religiose con un'attenzione specifica alle esigenze materiali di una società in trasformazione, sullo sfondo del nuovo ordine socioeconomico del XIX secolo, denso di sfide e problematiche del tutto inedite³⁴⁸.

³⁴⁷ R. Sani, *Indirizzi spirituali...*, pp. 100-102; per le esperienze educative nel Lombardo-Veneto si vedano i seguenti testi: E. Bressan, *Chiesa ed educazione a Milano: dalle «amicizie» alle nuove Congregazioni*, in R. Sani, ..., pp. 395-416; M. Taccolini, *Le iniziative educative della Chiesa a Brescia e a Bergamo*, in L. Pizzaglia (a cura di) *Chiesa e prospettive educative in Italia tra Restaurazione e Unificazione*, Brescia, La Scuola, 1994, pp. 417-439.

³⁴⁸ E. Bressan, *Chiesa ed educazione...*, p. 395.

APPENDICE ICONOGRAFICA
LA PRODUZIONE DI EX-VOTO NEL LOMBARDO VENETO

Gli ex-voto, qui riportati, ricoprono un periodo di circa 2 anni, dal 1835, anno di ingresso del colera nei domini del Lombardo-Veneto, al 1837, anno in cui l'ondata epidemica si esaurì, almeno in Lombardia.



Soggetto: S. Girolamo libera il popolo di Collebeato dal colera.

Collocazione: chiesa della Conversione di S. Paolo, Collebeato; seconda cappella laterale di destra, detta della Pietà, sulla parete destra. È appeso alla parete e inserito in apposita cornice.

Iscrizione in basso: S. Girolamo nostro Comprotettore/ In occasione del colera in Collebeato/ il popolo si devolve a S. Girolamo/ che liberò dal morbo crudel/ Nel mese di luglio 1836/ a Voi col voto del cuore/ Gratie rendiam sincero Reggeteci sul sentiero/ Liberi dogni mal.

Tecnica: olio su tela

Misure: cm 86x75 (HxL)



Soggetto: infermo invoca la Madonna e S. Rocco per la guarigione dal colera.

Collocazione: Chiesa di S. Maria Assunta (Gussago); nella sagrestia, atrio di accesso, secondo piano, vano primo, deposito, parete di fondo, armadio.

Iscrizione in basso a sinistra: P.G.R [...] / 4 luglio di cholera.

Tecnica: Olio su tavola Misure: cm 42,5x33,8 42(HxL)



Soggetto: Madonna con Gesù bambino, S. Sebastiano, S. Michele Arcangelo e S. Rocco intercedono per scacciare il colera

Collocazione: Chiesa di S. Maria ad Undas (Idro); seconda campata a sinistra della navata centrale. È inserito in cornice ed è appeso a parete.

Iscrizione in basso: In seguito al ringraziamento della protezione/ avuta dai SS. Avvocati contro il morbo cholera nell'anno [1836] il popolo di Idro/ D.D.

Tecnica: olio su tela

Misure: cm 98x 80 (HxL).



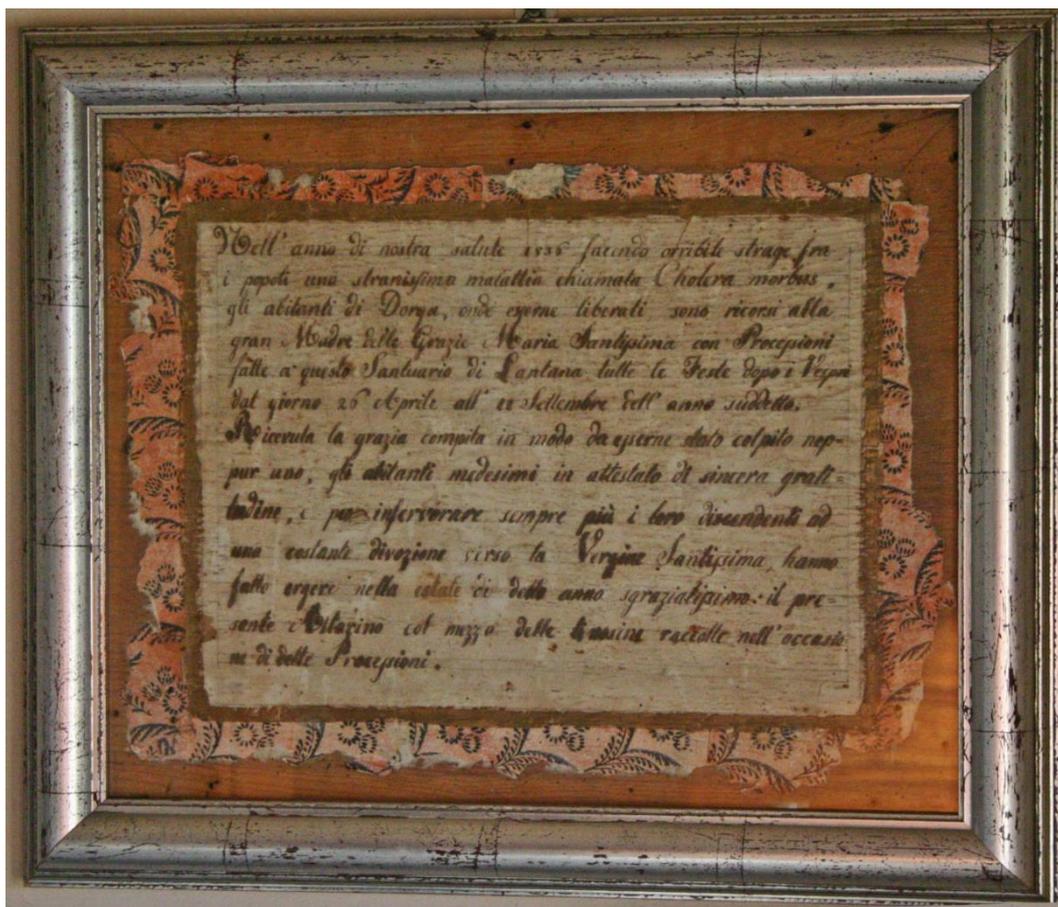
Soggetto: La Beata Vergine Maria protegge il popolo di Polciano.

Collocazione: Chiesa di S. Michele Arcangelo, a Toscolano Maderno, frazione di Gaiola. È collocato nella seconda campata, lato destro, nella Cappella della Madonna, parete destra. Appeso a parete.

Iscrizione in basso: alla miracolosa Vergine Maria di Gaiola li abitanti di Polciano in ringraziamento per essere stati/ preservati dal terribile flagello Cholera-Morbus nell'anno 1836 nei mesi di Agosto e Settembre.

Tecnica: olio su tavola

Misure: Larghezza: cm 48 x 61 (HxL)



Soggetto: la comunità di Dorga prega la Vergine, perché conceda la Grazia.

Collocazione: Esposto al Santuario di Lantana; Castione della Presolana, frazione di Dorga, Bergamo.

Iscrizione: Nell'anno di nostra salute 1836, facendo orribile strage una stranissima malattia chiamata Cholera morbus/ gli abitanti di Dorga, onde essersi liberati sono ricorsi alla/ gran Madre delle Grazie Maria Santissima con Processioni/ fatte a questo Santuario di Lantana tutte le feste dopo i Vesperi/ dal giorno 26 aprile all'11 settembre dell'anno suddetto. / Ricevuta la Grazia, compita in modo da essere stato colpito nep/pure uno, gli abitanti medesimi in attestato di sincera gratitudine, e per infervorare sempre più i loro discendenti ad/ una costante divozione verso la Vergine Santissima, hanno/ fatto ergere nella estate di detto anno sgraziatissimo il presente Altarino col mezzo delle limosine raccolte nell'occasione di dette Processioni.

Tecnica: china su carta

Misure: cm 29x40 (HxL).



Soggetto: Grazia della Madonna di Serina

Collocazione: Chiesa di S. Pantaleone, Serina, località Cornalba, Bergamo

Iscrizione lungo il bordo inferiore della cornice: Voto fatto/ per il colera/ è G.A.R.A./ 1836.

La presenza di strutture mobili applicate temporaneamente non ha permesso di rilevare la dicitura.

Tecnica: Olio su tela

Misure: cm 31.5 x 49 (HxL).



Soggetto: Miracolo della Madonna

Collocazione: Santuario della Beata Vergine della Fontana, Ghisalba, Romano, Bergamo.

Iscrizione in basso: P.G.R/ Dietro voto fatto il giorno IV maggio anno 1836, da diverse/ e diversi individui, mentre la malattia morbo cholera terribilmente/ aveva investito questo comune di Romano, recando la morte a molti.

Tecnica: tempera su tavola

Misure: cm 41.5 x 54 Altezza: (HxL)



Soggetto: Pellegrinaggio alla cappella dei morti

Collocazione: Chiesa della Beata Vergine Maria Immacolata e San Fedele, altare del Sacro Cuore, Parrocchia di S. Fedele, Calusco d'Adda, Bergamo

Iscrizione in basso, a sinistra: Devozione fatta dal popolo di/ Calusco ai morti di Vergo domi/nando il colera nell'anno 1836.

La presenza di strutture mobili applicate temporaneamente non ha permesso di rilevare la dicitura.

Tecnica: Olio su tela

Misure: cm 70x168 (HxL)



Soggetto: Adorazione della Madonna

Collocazione: Chiesa della Natività di Maria, Gorle, Bergamo,

Iscrizione lungo il bordo inferiore: 1836. Per triduum exposita hac venerata Virgine Cholera morbus aufugit.

Tecnica: Olio su tela

Misure: cm 58x66 (HxL)



Soggetto: voto della comunità per preservarsi dal colera

Collocazione: Chiesa della Beata Vergine, Torre de' Roveri, Bergamo,

Iscrizione: Voto fatto dalla comunità per l'ottenuta preservazione/ dal Cholera morbus - 1836-e- 1849.

Tecnica: Olio su tela

Misure: cm 48x40 (HxL)



Soggetto: Madonna di Ardesio concede la grazia

Collocazione: Santuario della Beata Vergine delle Grazie, Ardesio, Bergamo.

Iscrizione in basso a sinistra: V.F.G.R/ 1836.

Tecnica: Olio su tavola

Misure: cm 36x47 (HxL)





Soggetto: Ex voto a rilievo

Collocazione: Alzano Lombardo, Bergamo.

Iscrizione in alto: Exaudita/ est oratio mea / Eccl(esi)e 51.13 / Anno Cholerae / 1836.

Materiale: ottone in lamina, sbalzato, inciso, dorato.

Misure: cm 19x9 (HxL).



Soggetto: donna prega per la guarigione

Collocazione: Chiesa di S. Marco, S. Giovanni Bianco, Sentino, Bergamo.

Iscrizione in alto a sinistra: V. F. G. R. Domenica Milesi 1836.

Tecnica: Olio su tavola

Misure: cm 29.5x33.5 (HxL)



Soggetto: Madonna concede la grazia

Collocazione: Isola di Fondra, Forcella, Bergamo

Iscrizione in alto a destra: V. F. G. R. / BORTOLO REVI (?) ATE / 1836.

Tecnica: Olio su tavola

Misure: cm 34x38 (HxL)



Soggetto: gli abitanti di Goglione chiedono l'intercessione della Madonna

Collocazione: Parete di fondo di sinistra, zona absidale. Santuario della Madonna del Carrozzone, Prevalle, Brescia.

Iscrizione in basso: Voto fatto dagli abitanti di Goglione della Contrada di Baderniga il 10 Luglio 1836 alla Immagine della B.V.M.D.G/ della sua Contrada Mentre il Chollera morbus desolava il Paese.

Tecnica: Olio su tela

Misure: cm 60x50 (HxL).

CONCLUSIONI

Il caso locale che si è cercato di ricostruire compone un quadro certamente complesso e non privo di contraddizioni. Quello che emerge dall'analisi documentaria è la costante incertezza in cui i comuni lombardi si erano mossi per tutta la durata dell'emergenza sanitaria. A determinare questo stato di insicurezza contribuirono da un lato il passaggio della politica governativa dell'Austria dalla concezione nosologica contagionista a quella anticontagionista e dall'altro l'esasperato accentramento burocratico, che non lasciava spazio alle forme di autogoverno, per cui l'omologazione del territorio lombardo al resto dell'Impero aveva portato molte realtà lombarde a percepire i provvedimenti sanitari come inutili e costosi. Nella prima fase epidemica, l'Austria aveva aderito alla dottrina contagionista e aveva richiamato in vigore il Regolamento sanitario del 1817, utilizzato per contrastare la diffusione del vaiolo e del tifo petecchiale. Coerentemente con questa linea, l'Austria aveva predisposto l'erezione di un cordone sanitario, che percorresse la linea di confine dal Tirolo occidentale alle foci dell'Isonzo. Efficaci contro il tifo e il vaiolo, queste misure si rivelarono tuttavia inadeguate a contrastare l'avanzata del colera, sia per la loro tardiva applicazione, sia per il ruolo svolto dai portatori cronici nel disseminare il contagio, sia per la capacità del bacillo virgola di sopravvivere agli ambienti umidi. Il contagio veicolato dai corsi di acqua si sommava pertanto a quello interumano, per mezzo degli insospettiti disseminatori del colera. In tal modo la malattia, nella sua marcia espansiva attraverso il territorio del Regno, sfruttò un insieme di caratteristiche sociali, economiche, politiche e ambientali, che nel loro insieme costituivano uno scenario perfetto: urbanizzazione diffusa ma priva di regolamentazione, rapida crescita demografica, quartieri sovraffollati con acqua soggetta a varie forme di inquinamento, edilizia scadente, alimentazione inadeguata, diffusa sporcizia e precarietà del sistema fognario. Si aggiungevano i fattori connessi agli spostamenti umani: vivacità dei traffici, assembramenti di persone venute da lontano, come nel caso di mercati, svolgimento di fiere e di affollate manifestazioni papraliturgiche quali processioni e pellegrinaggi. L'inefficacia di misure di contenimento (peraltro dispendiosissime) come cordoni e

quarantene portò l'Austria, nel 1835, a inaugurare la seconda fase della sua politica di contrasto all'epidemia e a dichiararsi anticontagionista, proprio nel momento in cui il Regno Lombardo Veneto aveva più bisogno di essere protetto. Entrato il colera a Bergamo, nel dicembre del 1835, le altre province non fecero nulla per arrestare il corso del contagio e tutta la Lombardia, nel giro di pochi mesi, fu invasa dal colera. Furono introdotte delle patenti di circolazione per controllare chi e cosa si muoveva dentro e fuori i confini del Regno e fu data la caccia ai girovaghi e ai mendicanti, additati come untori. Non tutti i comuni accettarono pacificamente le ordinanze governative. Alcuni sentirono la necessità di difendersi da soli, come nel caso di Pontevico, mentre altri trascurarono del tutto i consigli sanitari, credendo più alle vociferazioni popolari che alle parole dei medici e delle autorità civili, che a forza di cambiare partito, avevano perso ogni credibilità. Alla luce di questi elementi si spiegherebbero le forti differenze di mortalità registrate fra provincia e provincia. Non tutte le realtà del territorio agirono allo stesso modo. Milano, ad esempio, registrò un tasso di mortalità decisamente inferiore rispetto a quello di Brescia e di Bergamo, perché la classe medica milanese si dichiarò sin da subito contagionista. A Brescia i medici non furono altrettanto uniti. La maggior parte di loro dichiarò il colera non contagioso e appoggiò la decisione governativa di promuovere le cure domiciliari, preferite al ricovero ospedaliero, reputato molto più dispendioso. Da qui gli alti tassi di mortalità registrati all'interno delle mura bresciane. Senza contare che la città presentava condizioni idrografiche e ambientali favorevolissime al propagarsi incontrastato del colera. La fitta rete di canali, che tagliava da nord a sud la città, il numero spropositato di fontane, rifornite da un acquedotto in precarie condizioni, la scarsa igiene pubblica e l'elevata densità abitativa si erano rivelati fattori decisivi per la propagazione del morbo, che nel giro di sei mesi aveva mietuto, nella sola città, ben 1.613 vittime.

Di fronte a un'epidemia così violenta e pervasiva, si è cercato di mettere a fuoco anche il ruolo della Chiesa locale, nel contesto delle dinamiche non prive di contraddizioni dei rapporti fra Stato e Chiesa nel Regno Lombardo Veneto nell'età della Restaurazione. Ispirata ad un modello "neo-giuseppinista", l'azione governativa (almeno fino alla svolta del 1848) si collegò in larga misura alle forme di regalismo settecentesco. Il progetto di razionalizzazione delle strutture statali incluse anche le istituzioni ecclesiastiche (considerate parte integrante delle prime) e si tradusse nello

smantellamento di residui del passato quali i giuspatronati familiari e il policentrismo devozionale fondato su confraternite, cappelle, santuari e altari. Con la Restaurazione, lo Stato tornò dunque a proteggere la Chiesa, anzi Stato e Chiesa si supplirono e puntellarono a vicenda. La tendenza fu tuttavia quella di inserire vescovi e parroci nella struttura statale, quasi come un ramo speciale della pubblica amministrazione: ai vescovi si riconobbero poteri di intervento nell'ambito educativo e assistenziale, ma lo Stato manteneva molte prerogative giurisdizionali (*regio placet*, *exequatur*, controllo sui seminari). I nuovi istituti religiosi dovevano ottenere un'autorizzazione governativa che peraltro veniva concessa intervenendo nel merito della struttura dell'istituto. Nell'ambito di questo modello, definibile come "semigiurisdizionalismo filo-cattolico", la Chiesa seppe trovare margini di intervento e spazi di azione apostolica che si innestavano felicemente sulla tradizione lombarda del Cristianesimo illuminato. Il caso bresciano dimostra chiaramente che, pur nei limiti concessi dalla legislazione e dal controllo statale, la Chiesa seppe ritagliarsi margini di libertà, favorendo una maggiore collaborazione con le autorità governative e affermando la propria presenza in settori cruciali della società civile. Da un lato la Chiesa locale si adoperò per il ripristino di ordini e congregazioni cadute sotto la scure delle soppressioni napoleoniche, ma dall'altro (nel rispetto del divieto che le legislazioni ottocentesche opposero all'emissione di voti solenni, e quindi alla fondazione di ordini religiosi), seppe promuovere nuove congregazioni attente ai bisogni più urgenti delle popolazioni. Il ruolo che le istituzioni ecclesiastiche svolsero in tale periodo risaltò in modo particolare nel corso dell'epidemia di colera. Intuendo che il clero poteva svolgere un'azione particolarmente efficace nel prevenire disordini popolari, che si erano puntualmente verificati praticamente in tutti i paesi europei toccati dall'epidemia, le autorità civili chiesero ai sacerdoti di adoperarsi per calmare gli animi ed essi non furono sordi a tali richieste, riuscendo con successo a prevenire o a soffocare sul nascere manifestazioni di violenza. Oltre a ciò, il clero si adoperò per raccogliere elemosine, prestare soccorsi materiali e spirituali ai colerosi, promuovere devozioni intese a rassicurare e confortare i fedeli, atterriti dall'imperversare del morbo, ma anche svolgere funzioni in larga misura estranee al "mansionario" sacro dei ministri del culto, come vigilare sulla qualità degli alimenti e raccomandare la pulizia delle abitazioni e delle strade. Di fronte al colera si ebbe in definitiva una cooperazione fra autorità civili e religiose che in qualche misura

restituiva prestigio e protagonismo alle istituzioni ecclesiastiche, riscattandole dalle umiliazioni patite nel periodo rivoluzionario e napoleonico.

BIBLIOGRAFIA

1. Fonti inedite

Balardini L., *Relazione di fatti comprovanti l'indole contagiosa del colera, occorsi nella provincia di Brescia l'anno 1849*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 196.

Bargnani A., *Sulle ragioni che diedero origine al morbo cholera nell'infermeria della pazze in Brescia, memoria letta il 12.06.1836*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 196.

Battaglia G., *Il colera morbus non è poi tanto a temersi da tutti come si crede. Cenni di un osservatore imparziale sopra la suddetta malattia dominante in Venezia atti a tranquillare e ad istruire colle prove e coi fatti*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 196.

Bettoni A., *Sulle condizioni sanitarie della città*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 197.

Cadei G., *Comunica che terrà una lettura " Sull'uso della naftalina contro il colera "*, in ASB, Atti Ateneo, busta 200.

Da Como G., *Ancora dell'acqua sul sottosuolo di Brescia, memoria letta il 22.06.1884*, in ASB, Atti Ateneo, Atti accademici, busta 204.

Da Como G., *Disperdimento dell'acqua nel sottosuolo di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1879, busta 204.

Da Como G., *Progetto di edificio misuratore della portata variabile di un vaso convertibile in bocca a regolatore variabile, memoria letta il 18.04.1880*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, busta 204.

Fornasini L., *Ancora sul colera, memoria letta il 26.04.1857*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 207.

Fornasini L., *Della riforma delle carceri voluta dalla morale, dalla politica e dalla igiene*, in ASB, Atti Ateneo, busta 207.

Fornasini L., *Il sottosuolo di Brescia e i sistemi di medicina, memoria letta il 03.07.1870*, in ASB, Atti Ateneo, busta 207.

- Fornasini L., *Sul colera, memoria letta il 16.04.1874*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 207.
- Galli V., *Aria pura e aria delle stalle*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, busta 134.
- Galli V., *Briachi e briaconi, alcolismo, studi e proposte*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, busta 134
- Galli V., *Dell'igiene in generale e dell'aria, conferenza tenuta al Circolo Marino il 04.02.1884*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Carte Galli, Conferenze, busta 134.
- Galli V., *Disinfezione pratica sui mali epidemici del dott. Wilson*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, busta 134;
- Galli V., *Fognature*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, busta 134.
- Galli V., *Igiene agricola (I copia, I concorso)*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Carte Galli, busta 133.
- Galli V., *Istruzioni popolari sul tifo o peste bovina*, in Atti Ateneo, Carte Galli, busta 133.
- Galli V., *L'igiene, conferenza tenuta al Circolo Marino il 28.02.1885*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Carte Galli, Conferenze, busta 134.
- Galli V., *La buona fede e la scienza sopra una mia memoria sulla fognatura*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, busta 133.
- Galli V., *La casa, conferenza tenuta al Circolo Marino il 17.03.1884*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, Conferenze, busta 134.
- Galli V., *Rapporto della commissione incaricata di visitare le case del 10° quartiere*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, Studi diversi, busta 134.
- Galli V., *Rivista igienica. Disinfezione pratica sui mali epidemici del dott. Wilson*, in ASB, Atti Ateneo, Carte Galli, Studi diversi, busta 134.
- Gamba F., *Alcune note sulla mortalità di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, busta 208.
- Gamba F., *Delle cause che fanno apparire in Brescia sì grave mortalità in confronto alle altre città italiane*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, busta 208.
- Gamba F., *Di alcune necrosopie eseguite nel nostro civico Ospitale*, memoria letta il 18.04.1869, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1869, busta 208.

- Gamba F., *Sull'origine e diffusione della febbre tifoide*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1884, busta 208.
«Gazzetta privilegiata di Milano», 4 dicembre 1831;
- Ghirardi G., *Del concime umano*, in ASB, Atti Ateneo, Atti accademici, 1875, busta 209.
- Girelli G.F., *Saggio di un progetto clinico medico delle malattie trattate nell'Ospedale Maggiore di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, Atti accademici, 1828, busta 209.
- Gorno P., *Alcune osservazioni sul colera che ha imperversato in Brescia e sua provincia, nella estate del 1855*, memoria letta il 17.05.1857, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211.
- Gorno P., *Descrizione di malattia epidemica con alcune osservazioni sul mellume*, s.d, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211.
- Gorno P., *Riflessioni sulle proposte del prof. Rodolfo Rodolfi onde rendere viepiù salubri le acque della sorgente di Mompiano*, 1867, in ASB, Atti Ateneo, busta 211.
- Gorno P., *Si risponde alla critica del dott. Fornasini ad alcune mie osservazioni sul colera indiano*, s.d., in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211.
- Gorno P., *Storia di un'epidemia di colera con alcune osservazioni delle cause*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 211.
- Pellizzari G., *Dai climi boreali sino agli equatoriali quale la intiera progressione geografica di febbri e di pesti paludogene*, memoria letta nell'adunanza del 28.07.1878, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 216.
- Perego A., *Alcune osservazioni intorno alla distribuzione delle acque in Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 217.
- Perego A., *Dell'aria e delle acque potabili di Brescia*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 217.
- Perego A., *Tavole contenenti i risultati dell'analisi di alcune specie di aria e di acqua della città di Brescia*, in ASB, Atti Ateneo, 1834, busta 217.
- Perdomo P.L., *Sull'ipotesi che il fumo della polvere da guerra possa essere efficace contro il cholera*, memoria letta nell'adunanza del 26.04.1885, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 216.

Turrini G., *Ragguaglio delle malattie curate dal dott. Giuseppe Turrini, le quali dominarono epidemicamente in Livemmo, Odeno e Barono durante il secondo e terzo quadrimestre dell'anno 1836*, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 222.

Uberti G., *Del cholera morbo che disertò le sale della Pazze nell' Ospitale femminile in Brescia e nella casa di soccorso o lazzeretto ivi attuate. Cenni storico-medici*, 1837, in ASB, Atti dell'Ateneo, busta 233 .

2. Fonti edite

Abate E., *Il colera sua etiologia e cura*, Stabilimento Tipografico dell'Unione, Napoli, 1884.

Acquista S., *Del cholera-morbus. Cenno storico – profilattico – sintomo – terapeutico*, Da' Torchi di Raffaele Miranda, Napoli, 1831.

Allocchio A., *Cholera morbus in Crema*, s.n.t, Crema, 1837.

Almanacco Cremasco, Tipografo Gio. Battista Orcesi, Lodi, 1837.

Amos H., *The probable cause, nature and mode of treatment of the prevailing disease termed cholera morbus*, E. Cox Medical Bookseller, London, 1832.

Andreucci O., *Cenni storici sul cholera asiatico*, Società Tipografica, Firenze, 1855.

Andreucci O., *Delle quarantene considerate nei loro rapporti politici, sociali ed igienico-sanitari*, Tipografia di F. Bencini, Firenze, 1866, Vol. I.

[Anonimo], *Istruzione pratica, profilattica e terapeutica sul cholera-morbus asiatico, compilata dal Consiglio sanitario presso la Direzione generale degli ospedali militari di terra, d'ordine del Sig. Cav. D. Antonio Alvarez - y -Lobo, generale ispettore degli stessi spedali, per uso delle truppe del Reale esercito di S. M. il re del Regno delle Due Sicilie*, Dai Torchi dell'Osservatore Medico, Napoli, 1832.

[Anonimo] *Lettera di un giovane di Marsilia ad una amica sul colera morbus*, Tipografia Guasti, Prato, 1835.

- [Anonimo], *Manuale popolare de' mezzi preservativi e curativi del cholera morbus indiano*, Gabinetto Letterario, Napoli, 1832;
- [Anonimo], *Notizie, memorie ed istruzioni riguardanti il cholera morbus, raccolte dalle opere più accreditate e da' giornali moderni od anche recentemente emanate per cura delle pubbliche autorità estere*, II edizione, Tipografia di Commercio, Venezia, 1831.
- Atkins D., D. *Reports of hospital physicians and other documents in relation to the epidemic cholera of 1832*, G. & C. & H. Carvill, New York, 1832.
- Auxilia G., *Monografia sul colera-morbo. Sua storia, progressi, natura, e trattamento*, Stamperia Spampinato, Palermo, 1837.
- Barraco L., *Cenni sul cholera-morbus epidemico osservato in Parigi l'anno 1832*, Tipografia del Reale Albergo de' Poveri, Napoli, 1834.
- Barruel A., *Sul Papa e i suoi diritti religiosi all'occasione del Concordato del 1801 fra la Repubblica francese e la Santa Sede*, Stamperia Delle Piane, Genova, 1803, Vol. II.
- [Berony, C.], *Metodo semplice contro il colera-morbus adottato a Marsiglia*, Per le Stampe del Pierro, Napoli, 1835.
- Berruti T., *Rapporto della regia commissione medica piemonte sul cholera morbus*, Tipografia Giuseppe Foderati, Torino, 1832.
- Betti P., *Sul cholera asiatico che contristò la Toscana nelli anni 1835-36-37-49*, Tipografia delle Murate, Firenze, 1856.
- Bianchi-Giovini A., *L'Austria in Italia e le sue confische*, Libreria Patria, Torino, 1853.
- Biccherai Z., *Poesie scelte di Cesare Arici*, Successori Le Monnier, Firenze, 1874.
- Bollettino di notizie italiane e straniere e delle più importanti nozioni e scoperte, o progresso dell'industria e delle utili cognizioni*, Vol. XXXII, Società degli Editori degli Annali Universali, Milano, 1852.
- Bonizzardì T., *Ai pochi superstiti della epidemia opportunista a coloro cui il vero è culto che né scema né impallidisce né apostata dinanzi al tornaconto*, Tip. Apollonio, Brescia, 1885.
- Bonizzardì T., *Delle condizioni fisiche della città di Brescia, in rapporto alla sua salubrità e alle malattie d'infezione*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1884.

- Bonizzard T., *Della memoria del dottor Luigi Fornasini, che ha per titolo Cholera studi e congetture ne' suoi rapporti colle scienze mediche*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1874.
- Bonizzard T., *La buona fede e la scienza sopra una mia memoria sulla fognatura: in relazione alle obiezioni lette all'Ateneo bresciano dal Dottor Galli*, Tipografia Commerciale, Brescia 1888.
- Bonizzard T., *La canalizzazione nei suoi rapporti colla morbidità e mortalità*, Tipografia Commerciale Brescia, 1889.
- Bonizzard T., *Relazione sull'epidemia di febbre tifoidea letta al consiglio sanitario regionale nell'ottobre 1886*, Tipografia dello Stabilimento S. Lapi, Città di Castello, 1889.
- Brandonisio R., *Il cholera morbus che nel 1836.1837 travagliò Bari ed altri luoghi della provincia sotto l'impero dell'analisi*, Fratelli Cannone, Bari, 1839;
- Brera V. L., *Prova medico legale della contagiosità del cholera dominante*, Co' Tipi di Luigi Plet, Venezia, 1836.
- Broussais, *Lezioni sul Cholera morbus*, Per V. Batelli e Figli, Firenze, 1832.
- Broussais [F.- J.- V.], *Lezioni sul cholera morbus... professate nell'ospedale militare del Val-de-Grace di Parigi*, Da' Torchi del Tramater, Napoli, 1832.
- Bucco D., *La colera, monografia*, Tipografia Vico Figurari, Napoli, 1855.
- Burghart [G. H.], *Preservativi contro il cholera – morbus, sintomi di questa malattia e rimedi per guarirsene*, Tipografia Agrelli, Napoli, 1835.
- Caggiati L., *Lezioni sul cholera morbus*, in *Annali Universali di medicina*, s.n.t, Milano, 1857, vol. 159.
- Calderini C., *Cenno storico del Cholera-morbus che ha regnato nel 1835 in Nizza, Cuneo, Genova, Torino e altri luoghi dello Stato Sardo, dal suo primo apparire fino al 18 settembre 1835*, in *Annali Universali di medicina*, s.n.t, Vol. LXXVI, fasc. 228. Dicembre 1835.
- Calderini C., *Rapporto fatto alla Direzione dell'ospedale Maggiore di Milano sugli ammalati di cholera morbus asiatico, curati nell'ospedale Maggiore di Milano dal 17 aprile fino al 27 settembre inclusivi nell'anno 1836*, in *Annali di Medicina*, 1837.

- Cappello A., Lupi A., *Storia medica del cholera indiano, osservato a Parigi*, Stamperia Camerale, Roma, 1835.
- Carbonaro G., *Intorno al Cholera morbus, osservazioni pratiche fatte nel 1836 e 1837*, Tipografia Trani, Napoli, 1849.
- Carbone G., *Sopra il cholera-morbus, Discorso*, Per V. Batelli e Figli, Firenze, 1835.
- Cassese E., *Brevissima storia del cholera*, Tipografia del Sebeto, Napoli, 1836.
- Cavallaro C., *Annali di medicina omeopatica per la Sicilia*, Stamperia di Antonio Russitano, Palermo, 1870, Vol. I.
- Cleopazzo G., *Lettera sul cholera morbus diretta all'eccellentissima signora principessa D. Adelaide Pignatelli Ruffo*, Dalla Tipografia di Francesco Lao, Palermo, 1836.
- Cocchetti C., *Brescia e sua provincia*, Editori Corona e Cami, Milano, 1859.
- Collenza P., *Metodo curativo del colera-morbus*, Tipografia di Giuseppe Severino, Napoli, 1836.
- Concordato fra sua santità Papa Pio VII e la Repubblica italiana*, Lazzarini Stampatore, Roma, 1804.
- Congresso medico internazionale, tenuto a Londra nell'agosto 1881*, in *Giornale della società italiana d'igiene*, parte II, 1881.
- Contini A., *Cholera morbus asiatico*, Presso la Società degli Editori degli Annali Universali delle scienze e dell'industria, Milano, 1838.
- Corradi A., *Annali delle epidemie occorse in Italia dall'anno 1833 al 1850*, Tipi Gamberoni e Parmeggiani, Bologna, 1880, Vol. VI.
- Corradi A., *L'acqua del legno e le cure depurative nel Cinquecento*, F.lli Richiedei Editori, Milano, 1884.
- Corvaja B.G., *La colera combattuta dalla ragione, ossia il disinganno de' creduli e incoraggiamento de' timidi, in conforto di tutti*, Tipografia Seguin, Napoli, 1836.
- D'Alfonso G., *Sul colera morbo*, Stamperia e Cartiera del Fibreno, Napoli, 1839.
- De Angelis N., *Riflessioni intorno il cholera morbus negli animali bruti*, Boulzaler, Roma, 1832.

- De Blasi A., *Annali di medicina omiopatica per la Sicilia*, Tipografia del Giornale Letterario, Palermo, 1837, Vol. I.
- De Brodmann G., *Memorie politico-economiche della città e del territorio di Trieste della penisola d'Istria della Dalmazia fu veneta di Ragusa e dell'Albania, ora congiunti all'austriaco impero*, Tipografia di Alvisopoli, Venezia, 1821.
- De Carolis N., *Servizio sanitario di beneficenza, ossia studi di igiene popolare*, Tipografia Litografia di Gio Ghilini, Oneglia, 1871, Vol. I.
- De Filippis P., *Memoria sul colera-morbo osservato in Francia nel 1832 per commissione speciale del Governo di Napoli*, Dalla Stamperia Tramater, Napoli, 1833.
- De Jacobis N., *Preservativo pel cholera-morbus*, Presso la vedova di Reale e Figli, Napoli, 1832.
- De Jelampir A. [pseud. di A. Palmieri], *Idea del cholera-morbus e mezzi per preservarsene*, Presso Bernardino Olivieri, Roma, 1831.
- De La Varenne C., *Gli austriaci e l'Italia storia aneddotica dell'occupazione austriaca dal 1815 in poi*, Tipografo Luigi Pagnoni, Milano, 1859.
- De Vest L., *Il colera asiatico è egli contagioso?* Tipografia Lampato, Milano, 1831.
- Delisi R., *Riflessioni intorno all'indole del cholera-morbus e intorno all'azione de' medicamenti che potrebbero prevenirlo e curarlo*, Presso Lorenzo Dato, Palermo, 1836.
- Deslandes L., *Manuale d'igiene pubblica e privata*, Stamperia e Cartiera del Fibreno, Napoli, 1835.
- Dietz G., *I mezzi più efficaci e sicuri a preservarsi e curarsi dal cholera*, Puccinelli, Roma, 1837.
- Dietz G., *Il cholera è epidemico o contagioso?* Tipografia delle belle arti, Roma, 1835.
- Dini F., *Della Costituzione civile del clero o dell'incameramento dei beni ecclesiastici*, Tipografia delle Murate, Firenze, 1860.
- Donati C., *il cholera asiatico in Crema e in suo territorio, anno 1855*, Tipografia Ronchetti, Milano, 1856.
- Facchinetti C., *Bergamo o sia notizie patrie*, Stamperia Mazzoleni, Bergamo, 1838.

- Fanti E., *Opinioni sul cholera morbus, scritte in Varsavia*, Stamperia Carmignani, Parma, 1833.
- Fantonetti G.B., *Del cholera vagante nella Liguria, coll'indicazione del miglior metodo di cura e preservativo*, Tipi di Paolo Andrea Molina, Milano, 1836.
- Farri A., *Della peste e della pubblica amministrazione*, Tipografia Francesco Andreola, Venezia, 1840.
- Federigo G., *Il contagio del cholera morbus, provato dalla ragione e dai fatti*, Tipi della Minerva, Padova, 1836.
- Ferrario G., *Cenni storici e statistici del pestilenziale cholera-morbus asiatico in Lombardia ed in altre regioni per l'anno 1835*, estratto dalla *Gazzetta ufficiale di Milano*, dei giorni 16 aprile e 11 giugno 1856.
- Ferrario G., *Cura e profilassi pel cholera, breve istruzione al popolo*, Pio Istituto Tipografico in Milano, Milano, 1849.
- Ferrario G., *Statistica medica di Milano, statistica del cholera morbus asiatico dell'anno 1836*, Coi Tipi di Guglielmini e Redaelli, Milano, 1837.
- Ferris F. T., *A treatise on epidemic cholera as observed in the Duane – street cholera hospital, New York, during its prevalence there in 1834*, Harper & Brothers, New York, 1835.
- Fornasini L., *Del colera e dei suoi rimedi*, Società per la pubblicazione degli *Annali universali delle scienze e dell'industria*, Società Annali Universali delle scienze e dell'industria, Milano, 1865.
- Fornasini O., *Del mercato delle vettovaglie in Brescia e dello statuto della bandiera. Memoria del dr. Ottavio Fornasini, letta nella seduta accademica del 6 giugno 1858*, Gilberti topografia, Brescia, 1858.
- Fracassi P., *La relazione ufficiale sul cholera in Brescia nell'anno 1855 del dottor Daponte*, Tipografia e Libreria Pirotta, Milano, 1856.
- Franceschi P., *Lettera sul metodo curativo pel cholera-morbus*, Nella Stamperia Magheri, Firenze, 1835.
- Freschi F., *Dizionario di igiene pubblica e di polizia sanitaria ad uso dei medici e dei magistrati*, Tipografi Editori, Torino, 1857, Vol. I.
- Freschi F., *Storia documentata della epidemia di cholera morbus in Genova nel 1854*, Tipi De' Sordo-Muti, Genova, 1855.

- Galli V., *Manuale d'igiene rurale, scritto specialmente pel contadino bresciano*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1882.
- Gandolfo F., *Sulla igiene e cura del cholera morbus*, Fratelli Sciuto, Catania, 1837.
- Gariboldi G. M., *Informazione dell'eccellentissimo magistrato alla sanità di Venezia*, Tipografia Antonelli Editore, Venezia, 1865.
- George H., *Practical observations on cholera*, Churchill, London, 1834.
- Giampaoli L., *L'eroe del XIX secolo, ossia cenni storici-apologetici del pontificato di nostro Signore Papa Pio IX fino ai giorni nostri*, Largo Avellino, Napoli, 1874.
- Giornale del Loyd austriaco*, Sabato 4 ottobre 1845, n. 119.
- Grabner-Mareschin G., *Relazione storico statistica del Cholera asiatico che regnò nel vicentino negli anni 1835-1836*, Tipografia Paroni, Vicenza, 1846.
- Grassi B., Ferrario G., *Per difendersi dal colera, istruzioni popolari*, Milano, Treves Editore, 1884; C. Pavesi, *Nozioni di igiene popolare*, Tipografia Cortellezzi, Mortara, 1878.
- Grassi G., *Cenni sul cholera morbus indiano, osservato sulla real fregata Urania, ancorata nel porto di Genova in agosto 1835*, Dai Tipi di Giuseppe Azzolino e Comp., Napoli, 1836.
- Grumelli P., *Sul cholera morbus, memoria popolare scientifica*, Tipografia del Pio Istituto, Brescia, 1855.
- Gualtieri L., *Grande illustrazione del Lombardo- Veneto*, Società Editrice A. Tranquillo Ronchi, Milano, 1857, Vol. I.
- Hamilton G., *Treatise on cholera asphyxia, or epidemic cholera: as it appeared in Asia, and more recently in Europe*, Longman & co, Edimburgh, 1831.
- Histoire abrègèe de la Constitution civil du clergè de France*, s.n.t, Paris, 1828.
- Indice alfabetico e ragionato delle materie contenute nella raccolta degli atti del Governo di Lombardia e delle disposizioni generali emanate dalle diverse autorità in oggetti sì amministrativi che giudiziarij*, Imperial Regia Stamperia, Milano, 1836.
- Keraudren P. – F., *Del cholera – morbus dell'India paragonato con quello d'Europa. Sue cause, metodo di cura e mezzi di preservarsene*, L. Dumolard e Figlio, Milano, 1831.

- Lambruschini R., *Il cholera a Roda. Racconto istruttivo*, Tipografia Galileiana, Firenze, 1835.
- Lanza F., *Relazione nosografico-statistica sull'epidemia colerosa che invase la Dalmazia nell'anno 1836*, Co' tipi di M. Weis, Trieste, 1838.
- Lavagna F., *Saggio di osservazioni per servire alla storia del colera asiatico, seguite da nuova teorica sulla causa di questa malattia*, Tipografia Ferrando, Genova, 1836.
- Licci D., *Metodo curativo del cholera-morbus eseguito con felice successo in Francia*, Gabinetto Bibliografico e Tipografico, Napoli, 1833.
- Lichtenthal P., *Ragguaglio storico terapeutico del colera morbo sino alla metà d'ottobre 1831, secondo fonti autentiche ed atti governativi*, Gio. Meiners & figlio, Milano, 1831.
- Liuzzi I., *Osservazioni sul colera morbus indiano fatte in Roma nell'estate dell'anno 1837, precedute dalla storia dell'invasione e da alcune riflessioni sull'indole e sulla natura del detto morbo*, Tipografia Salviucci, Roma, 1839.
- Liuzzi I., *Riflessioni sul cholera morbus asiatico*, Roma, 1835.
- Longmate N., *King cholera. The biography of a disease*, Hamish Hamilton, London, 1966.
- Lorenzoni A., *Istituzioni del diritto pubblico interno pel Lombardo Veneto, appendice per gli anni 1835-1836*, Coi Tipi della Minerva, Padova, 1839 Vol. I. *Manifesto dell'Ecc.mo R. Magistrato di Sanità, in Genova*, in *Gazzetta di Genova*, 13 Agosto 1835.
- Mantegazza P., *Codice igienico popolare contro il cholera*, Editore Gaetano Brigola, Milano, 1865.
- Mantegazza P., *Dizionario d'igiene per le famiglie*, Scheiwiller, Milano, 1985.
- Mantegazza P., *Elementi d'igiene*, Editore Gaetano Brigola, Milano, 1874.
- Manzini B., *Cenni storici. Intorno al cholera morbus che afflisse Brescia nel giugno, luglio e agosto 1836*, Girolamo Quadri, Brescia, 1837.
- Meli D., *Il cholera asiatico in Italia, seguito all'opera che ha per titolo Risultamenti degli studi fatti a Parigi sul cholera morbus*, Stamperia dell'Ancora, Napoli, 1837.

- Meli D., *Risultamenti degli studj fatti a Parigi sul cholera morbus per ordine di S.S Papa Gregorio XVI*, Stamperia dell'Ancora, Napoli, 1837.
- Menis W., *Saggio di topografia-statistico medica della provincia di Brescia*, Tipografia della Minerva, Brescia, 1837, Vol. I.
- Menis, W., *Saggio di topografia-statistico medica della provincia di Brescia*, Tipografia della Minerva, Brescia, 1837, Vol. II.
- Minzoveno E., *Compendio delle migliori memorie sul morbo indaco cholera-morbus*, Stamperia del Pierro, Napoli, 1832.
- Molinari G. B., *Del cholera e de' suoi rimedi*, Tipografia la Sentinella Bresciana, Brescia, 1873.
- Moreau A. D., J., *Relazione al consiglio superiore di sanità sul cholera morbus pestilenziale*, Tipi del Boulzaler, Roma, 1831.
- Muratori L. A., *Annali d'Italia ed altre opere varie, dall'anno 1688 all'anno 1749*, Tipografia Fratelli Ubicini, Milano, 1838, Vol. V.
- Odorici F., *Storie bresciane dai primi tempi sino all'età nostra*, Tipografia Gilberti, Brescia, 1865, Vol. X.
- Ottaviani A., *Cenni storici sul cholera asiatico*, Società Tipografica, Firenze, 1855;
- P.P., *Manuale popolare de' mezzi preservativi e curativi del cholera-morbus indiano da potersi praticare da ogni persona senza l'assistenza di medico*, Gabinetto Letterario, Napoli, 1832.
- Pacini F., *Della natura del colera asiatico sua teoria matematica e sua comparizione col colera europeo e con altri profluvi intestinali*, Tipografia Uccelli e Zolfanelli, Firenze, 1866.
- Pantellani L., *Risultato delle osservazioni patologico-terapeutiche sopra il cholera epidemico raccolte nell'ospedale n. 5 in Vienna dal professore Wisgrill Giovanni*, Libreria della Minerva coi Tipi di V. Fusi e C., Pavia, 1835.
- Panvini P., *Istruzione al popolo sulla condotta da tenere in caso di cholera – morbus*, Stamperia e Cartiera del Fibreno, Napoli, 1835.
- Panvini P., *Riflessioni mediche sul cholera-morbus, suo carattere essenziale, sua sede nell'animale economia, sua indole e metodo igienico e terapeutico*, Libreria Medica e Scientifica di Deville Cavallin, Parigi, 1832.

- Passeri G., *Manuale d'igiene rustica o sia trattato di medicina preservativa per la gente di campagna del dottor Giuseppe Passeri medico senese*, Angelo Coda, Napoli, 1814.
- Pavesi C., *Nozioni di igiene popolare*, Tipografia Cortellezzi, Mortara, 1878.
- Petrovich G. G., *Cenni economico-politici concernenti le epidemie, le epizoozie, le asfissie, con un'appendice contenente tutti i decreti relativi agli oggetti sanitari emanati dall'anno 1774 al 1830 ad uso degli impiegati sanitarj, politici, distrettuali ed economici*, Editore Michele Weis, Trieste, 1834, Vol. II.
- Pirondi P., *Considerazioni sulla contagiosità del cholera morbus asiatico*, Stamperia Arnaud, Marsiglia, 1856.
- Pollone S.N., *Igiene pubblica e privata*, in *Reale comitato dell'esposizione internazionale del 1862, Relazioni dei commissari speciali: istruzione, igiene, carta, stampa e rilegatura dei libri*, s.n.t, Torino, 1864, Vol. II.
- R. R., *Intorno al cholera*, Tipografia Giuseppe Chiusi, s.n.t, Milano, 1865.
- Racchetti G., *Cronaca del cholera a Crema nel 1836*, s.n.t, Crema, 1837.
- Raccolta degli atti di Governo e delle disposizioni generali emanate dalle autorità in oggetti sì amministrativi che giudiziarij*, Imperial Regia Stamperia, Milano, 1831, Vol II.
- Raccolta delle leggi ed ordinanze dell'anno 1830 per la Dalmazia*, Tipi Antonio Luigi - Battara, Zara, 1831.
- Racioppi A., *Del cholera che invase la guarnigione di Palermo nell'esta' del 1837*, Reale Stamperia, Palermo, 1837.
- Raffaele G., *Trattato del colera asiatico*, Stamperia della Sirena, Napoli, 1837.
- [Raho, V.], *Primo supplimento al trattato del cholera – morbus, con breve cenno sul catarro epidemico di Napoli dell'autunno del 1831*, Dalla Tipografia Trani, Napoli, 1832.
- Regolamento di pubblica igiene e di polizia del Comune di Gargano*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1873.
- Regolamento speciale pella costruzione, riattamento, manutenzione e vuotatura dei pozzi neri e fogne nelle case della città di Brescia*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1873.

- Robolotti F., *Del cholera che ha dominato in Cremona negli anni 1836, 1854 e 1855*, Tipografia Ottolini, Cremona, 1855.
- Rossi [G.], *Riflessioni sui varii scritti stati pubblicati intorno al cholera morbus ossia asiatico dacché questa malattia ha penetrato in Europa*, Stamperia Reale, Torino, 1836.
- Rossignoli P., *Del cholera osservato in Bergamo*, Tipografia Bizzoni, Pavia, 1837.
- Rotondo D., *Osservazioni clinico-mediche sul colera morbo*, Testa, Napoli, 1837.
- Rusca E., *Del cholera morbus e modo di assistere coloro che ne sono attaccati*, Tipografia Della Speranza, Firenze, 1835.
- Rusca E., *Istruzione intorno al regime di vita onde preservarsi dall'epidemia emetocatarctica, ossia Cholera e sul modo di assistere coloro che ne venissero attaccati*, Tipografia della Speranza, Firenze, 1832.
- Sacchi S., *Ricerche analitiche su la genesi, sulla condizion patologica e sul metodo curativo del colera morbo*, Tipografia dello Stabilimento dell'Ateneo, Napoli, 1836.
- Salvia C., *Indagini sul cholera morbus*, Tipografia di Giovan Battista Seguin, Napoli, 1832.
- Sambenini G.B., *Manuale di igiene pubblica*, Tipografo Girolamo Tasso, Venezia, 1832.
- Savio F., *Storia della Rivoluzione francese e dei tempi moderni*, G.B Petrini, Torino, 1893
- Sbalordini D, *Il vitto carneo a Brescia*, in *Brixia 1882*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1882.
- Scandura L., *Brevi cenni sul cholera morbus comparso in Napoli*, Tipografia Economica-Partenopea di Federico Perretti, Napoli, 1837.
- Scotti G., *Sul cholera che l'anno 1867 invase la città e provincia di Como*, Tipografia Prov. figli di C.A Ostinelli, Como, 1868.
- Strambio G., *Cronaca del colera indiano in Italia, durante l'anno 1854*, Tipografia Giuseppe Chiusi, Milano, 1854.
- Strambio G., *Gazzetta medica italiana*, F.lli Richiedei, Milano, 1867, Vol. VI.

- Sulla Costituzione civile del clero, emanata dall'assemblea nazionale di Francia*, P.G.M, Torino, 1870.
- Taeri A., Peroni B., *Le fontane di Brescia*, in *Brixia 1882*, Tipografia Apollonio, Brescia, 1882.
- Tassani A., *Guida medico - legale basata sulle vigenti leggi penali ad uso del personale sanitario e giudiziario del Regno Lombardo - Veneto*, Tipi di Carlo Franchi, Como, 1859.
- Thaon G. B., *Di un nuovo semplicissimo rimedio per guarire il cholera-morbus colla descrizione di questa malattia ed alcuni precetti igienici onde andarne immuni*, Nistri, Pisa, 1835.
- Tiemermans G., *Sulle epidemie colerose degli Stati Sardi: relazione alla Consulta centrale dell'associazione medica*, Tipografia Italiana di Martinengo, Torino, 1857.
- Tivaroni C., *L'Italia settentrionale, durante il dominio austriaco*, in *Storia critica del Risorgimento*, Editori L. Roux, Torino, 1892, Vol. II.
- Toffoli L., *Un'altra parola di conforto ai paurosi del colera indiano ed avvertimenti al popolo*, Angelo Sicca, Padova, 1855.
- Tommasi S., *L'igiene pubblica di Londra negli ospedali e nei ricoveri di mendicizia, in Reale comitato dell'esposizione internazionale del 1862*, in *Relazioni dei commissari speciali*, Tipografia E. Dalmazzo, Torino, 1865, Vol. II.
- Tommasini G., *Istruzione popolare sul cholera morbus*, Stamperia Cardinali, Firenze, 1835.
- Tommasini G., *Ragioni che si hanno per creder contagioso il cholera-morbus pestilenziale e mezzi di precauzione o disposizioni sanitarie tendenti ad impedirne la propagazione*, Per G. Vincenzi e Compagno, Modena, 1835.
- Vadalà - Papale G., *Gli ospedali e il Darwinismo*, Tipografia del Senato, Roma, 1884;
- Valerio G., *Igiene pubblica delle cause che favorirono lo sviluppo del Cholera morbus in Piemonte ed in Liguria*, Tipografia Canfari, Torino, 1851.

Vivenzi P., *Vita di suor Maria Crocifissa, nel secolo Paola Di Rosa, fondatrice e superiora delle Ancelle della Carità, dette volgarmente Ospitaliere*, Tipografia Vescovile del Pio Istituto, Brescia, 1864.

Zigarelli D. M., *Antidoti spirituali contra del cholera morbus, e di ogni altra pubblica calamità*, Avellino, Presso i Socii Alessandro de Feo e G. Guadagno, Avellino, 1837.

Zini G. F., *Giurisprudenza teorico-pratica secondo la legislazione austriaca, o sia collezione di decisioni, sentenze e decreti in materia civile, commerciale, criminale e di diritto pubblico*, Compilatore ed Editore, Milano, 1843, Vol. XXVI.

3.Letteratura

Alberigo G., *Dal bastone alla misericordia. Il magistero nel cattolicesimo contemporaneo (1830-1890)*, in «Cristianesimo nella storia 2», 1981, pp. 487-521.

Alberigo G., *Lo sviluppo della dottrina sui poteri nella Chiesa universale*, Herder, Roma, 1964.

Aliberti G., *La modernizzazione istituzionale del decennio francese*, in «Potere e società locale nel Mezzogiorno dell'800», Laterza, Roma-Bari, 1987.

Aliverti M., *L'atteggiamento di un giovane medico ottocentesco di fronte al colera in alcuni scritti inediti di Pietro Cipriani (1808-1887)*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I, pp. 129-142.

Ariès P., *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma- Bari, 1980.

Arieti S., *La popolazione ebraica italiana e le epidemie di colera: prime ricerche*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia*.

- Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I.
- Balzani R., *Colera e questione igienica a Forlì nel XIX secolo*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, cit., vol. III, pp. 847-862.
- Barnett R., *Cholera*, in «The Lancet», 393 (2019), p. 219.
- Barua D., *History of Cholera*, in D. Barua - W.B. Greenough (eds.), *Cholera*, Plenum Medical Book Company, New York, 1992, pp. 1-36.
- Barua D., Greenough B. W., *Current topics in infectious disease Cholera*, Springer, Heidelberg, 1992.
- Beloch K. J., *Storia della popolazione d'Italia*, Le Lettere, Firenze, 1994.
- Bertoli A., Vaglia A., *Brescia, 1836, anno del cholera, nelle lettere di Gaetano Scandella*, EBS Print, Brescia, 2017.
- Betri M. L., Bressan E., *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, in «Atti del III congresso italiano di storia ospedaliera, Montecchio Emilia, 14-16 marzo», Franco Angeli, Milano, 1990.
- Betri M. L., *Le grandi malattie sociali*, in «Vita civile degli italiani». 4. *Ambiente e società alle origini dell'Italia contemporanea 1700-1850*, Electa, Milano, 1989.
- Betri M. L., *Le malattie dei poveri. Ambiente urbano, morbilità, strutture sanitarie a Cremona nella prima metà dell'Ottocento*, Angeli, Milano, 1981.
- Bevilaqua C., *Il colera a Trieste*, in A. Tagarelli- A. Piro (eds.), *La geografia delle epidemie di colera in Italia*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, Vol. III, pp. 1181-1192.
- Blet P., *Pio VI e la Rivoluzione francese*, in «La civiltà cattolica», Unione Stampa Periodica Italiana, 2 gennaio 1988, Vol. I.

- Bordoni P., *I medici e la medicina a Brescia*, in «Storia di Brescia», Morcelliana Editrice, Brescia, 1961, Vol. III.
- Borlotti A., *Pandemie 1836, 1855, 1867 a sale Marasino*, Brescia, COM & PRINT, 2022.
- Bonuzzi L., *Immagine del colera a Verona nel 1836*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. III, pp. 1173-1180.
- Botti G., *Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico*, in Massafra A. (eds.), *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società e istituzioni*, Dedalo, Bari, 1988, pp. 1221-1230.
- Bressan E., *Carità e riforme sociali nella Lombardia moderna e contemporanea. Storia e problemi*, NED, Milano, 1998.
- Bressan E., *Chiesa ed educazione a Milano: dalle «amicizie» alle nuove Congregazioni*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento. Gli istituti religiosi tra impegno educativo e nuove forme di apostolato (1815-1860)*, ITL, Milano, 1997, pp. 395-416.
- Bressan E., *Gli ospedali in area padana tra Settecento e Novecento*, Franco Angeli, Milano, 1992;
- Cafulli E., La Torre A., Zandarotti-Trainini, E., *Virgola infetta morbus cholerae e contesto sociale nella pianura Padana*, Porto Seguro Editore, Milano, 2022.
- Caiani A. A., *To kidnap a Pope. Napoleon and Pius VII*, Yale University Press, New Haven, 2021.
- Canella M., Puccini E., *Beneficenza e risparmio. I documenti preunitari della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde.*, Silvana Editoriale Spa, Milano, 2005.
- Capra M., “*Vi sono due fiumi in questa parte di chiusure*”, *Economia, società e cultura materiale nell'antico Comune di San Bartolomeo e guida ai luoghi di interesse storico*, FCB, Brescia, 2020.
- Caprioli A., Rimoldi A., Vaccaro L., *Storia religiosa della Lombardia, Diocesi di Brescia*, Editrice La Scuola, Brescia, 1992, Vol. III.

- Carboni M., Muzzarelli M.G., (a cura di), *L'iconografia della solidarietà. La mediazione delle immagini (secoli XIII-XVIII)* Marsilio Editori, Venezia, 2011.
- Chironna M., *Medici o ciarlatani? L'omeopatia nel Regno delle Due Sicilie dal 1822 al 1860*, Franco Angeli, Milano, 2016.
- Combi E., *Appunti sulla pastorale catechistica lombarda del primo Ottocento*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento. Gli istituti religiosi tra impegno educativo e nuove forme di apostolato (1815-1860)*, ITL, Milano, 1997.
- Corsini P., Graz P., *Epidemia e salute pubblica: il colera nel 1836*, in «*Aspetti della società bresciana nel primo Ottocento.*» Grafo Edizioni, Brescia, 1982.
- Cosmacini G., *Medici nella storia d'Italia. Per una tipologia della professione medica*, Laterza, Roma – Bari, 1996.
- Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348 – 1918*, Laterza, Roma – Bari, 1987.
- Cunha Ujvari S., *Storia delle epidemie* (traduzione italiana), Odoja, Bologna, 2011.
- Da Molin G., *Storia sociale dell'Italia moderna*, Editrice la scuola, Brescia, 2015.
- Dacrema N., *Il Lombardo-Veneto. 1814-1859 storia e cultura*, Campanotto Editore, Prato, 1996.
- De Carolis S., *Un singolare revival, il trattato sul colera di Michele Rosa (1731-1812) e l'epidemia riminese del 1855*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I., pp. 117-128.
- De Giorgi F., *Cattolici ed educazione tra Restaurazione e Risorgimento. Ordini religiosi, antigesuitismo e pedagogia nei processi di modernizzazione*, I.S.U., Milano, 1999.
- De Simone E., *Cholera-morbus. Epidemie, medicina e pregiudizi nel Salento dell'Ottocento*, Edizioni del Grifo, Lecce, 1994.
- Del Panta L., *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV – XIX)*, Loescher, Torino, 1980.
- Di Orio F., *Il colera*, Edises, Napoli, 2006.

- Duroselle J.B., *Les débuts du catholicisme social en France (1822-1870)*, Presses Universitaires de France, Parigi, 1951.
- Fappani A., *Fatti della vita. Il colera a Brescia nel 1836*, in «*El Sedas*», 11, 1973.
- Fappani A., *I santuari ed immagini mariane del bresciano, dove cielo e terra si incontrano*, La Voce del Popolo, Brescia, 1972, Vol. I.
- Fappani A., *I santuari ed immagini mariane del bresciano, dove cielo e terra si incontrano, zone pedemontane e pianura*, La Voce del Popolo, Brescia, 1972, Vol. IV.
- Forti Messina A., *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (ed.), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984, pp. 431-494.
- Forti Messina A., *Società ed epidemia, il colera a Napoli nel 1836*, Franco Angeli, Milano, 1979.
- Fossati L., *Espistolario di S. Maria Crocifissa di Rosa*, Scuola Tipografica Opera Pavoniana, Brescia, 1976.
- Frascani P., *L'ospedale moderno in Europa e Stati Uniti: riflessioni sulla recente storiografia*, in «*Società e storia*», 52, XIII, 1991, pp. 405-416.
- Frascani P., *Ospedale e società in età liberale*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- Guerrini P., *Il tesoro delle Sante Croci nella storia e nell'arte*, in «*Le Sante Croci nella storia e nella cronaca cittadina*», Morcelliana, Brescia, 1927.
- Hamlin C., *Cholera. The biography*, Oxford University Press, Oxford, 2009.
- Kotar S. L., Gessler J. E., *Cholera. A worldwide history*, Mc Farland & Company, Jefferson, 2014.
- Le Sante Croci nella storia e nella cronaca cittadina*, Morcelliana, Brescia, 1927.
- Jefferson T., *Cattive acque, John Snow e la vera storia del colera a Londra*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
- Lepre A., *Storia del Mezzogiorno nel Risorgimento*, Editori Riuniti, Roma, 1969.
- Lippi D., Conti A. A., *Gli studi sul cholera morbus in Toscana*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I. pp. 111-116.

- Ludmil S., *Il colera*, Edizioni Paoline, Bari, 1966.
- Lughlin M., *Metodi moderati di quarantena contro il colera*, in «*Annali di medicina navale e coloniale*», Officina Poligrafica Italiana, Roma, 1912, Vol.
- Margariti P.A., Baggieri G., Di Giacomo M., *Il contributo italiano allo studio del colera*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I., pp. 105-110.
- Menozzi D., *Chiesa, poveri, società nell'età moderna e contemporanea*, Editrice Queriniana, Brescia, 1980.
- Meriggi M., *Il regno Lombardo Veneto*, UTET LIBRERIA, Torino, 1987.
- Meriggi M., Pastore, A., *Le regole dei maestri e delle professioni, secoli XV-XIX*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Misermont L., *Serment à la Constitution civile du clergé*, J. Gabalda, Paris, 1917.
- Montanari D., Onger S., *I ricoveri della città. Storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia (secoli XVI-XX)*, Grafo, Brescia, 2002.
- Monticone A., Fappani A., Nobili A., *Una intuizione di carità. Paola Di Rosa e il suo istituto tra fede e storia*, Ancora, Milano, 1991.
- Nobili A., *L'impegno religioso e caritativo delle Ancelle della Carità (1840-1990)*, in A. Monticone, Monticone A., Fappani A., Nobili A., *Una intuizione di carità. Paola Di Rosa e il suo istituto tra fede e storia*, Ancora, Milano, 1991, pp. 83-233.
- Onger S., *Brescia nella storiografia degli ultimi quarant'anni*, Morcelliana, Brescia, 2014.
- Onger S., *La città dolente: povertà e assistenza a Brescia durante la restaurazione*, Angeli, Milano, 1993.
- Onger S., *Luoghi incerti, gli ospedali nel bresciano e il caso di Castrezzato*, Grafo, Brescia, 1990.
- Ottaviani R., Vanni P., Pomini D., Guerri D., Vanni D., *Diatribes sul colera a Firenze*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara –

- Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I, pp. 79-104.
- Papasogli G., *Una gloria bresciana. Santa Maria Crocifissa di Rosa, fondatrice delle Ancelle della Carità di Brescia*, Scuola Tipografica Opera Pavoniana, Brescia, 1954.
- Pasi A., *Difformità e analogie nelle epidemie di colera. Realtà lombarde a confronto*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. III, pp. 1055.1086.
- Pasi A., *La bizzarra 'marcia del colera. Ambiente urbano e prevenzione nella Pavia dell'800*, in E. G. Rondanelli (ed.) *Dagli antichi contagi all'AIDS. Opere ed eventi al S. Matteo di Pavia*, Laterza, Roma – Bari 1998, pp. 77 – 94.
- Pelagalli R., *Il colera in letteratura. Dalla narrativa europea a Mastriani*, Guida, Napoli, 2017.
- Pieri D., *Il colera giunge in Romagna: l'epidemia di Cesenatico*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I., pp. 59- 78.
- Preto P., *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Laterza, Roma-Bari, 1996.
- Robecchi F., *Aqua brixiana. Fiumi, canali, acquedotti e fontane nella storia di una città*, Grafo, Brescia, 1997, Vol. I.
- Robecchi F., *Spedali civili di Brescia, mezzo millennio di carità e di assistenza sanitaria*, Tipografia Camuna Sia, Brescia, 2000, Vol. I.
- Rocca G., *Le nuove fondazioni religiose femminili in Italia dal 1800 al 1860*, in *Problemi di storia della Chiesa dalla Restaurazione all'Unità d'Italia*, Dehoniane, Napoli, 1985.
- Romani M., *Storia economica d'Italia nel secolo XIX, 1815-1882*, Il Mulino, Bologna, 2004.

- Rosemberg C. E., *Cholera in the 19th century in Europe: a tool of a social and economic analysis*, in «*Comparative studies in society and history*», Verlag nicht ermittelbar, Aja, 1966, Vol. 8.
- Rosemberg C.E., *The cholera years. The United States in 1832, 1849, and 1866 with a new afterword*, University of Chicago Press, Chicago, 1962.
- Roscioni L., *Il Governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano, 2007.
- Rossi P. A., *Sunt lacrymae rerum et mentem mortalia tangunt. La grande moria del 1835*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. III, pp. 995-1009.
- Sabbatani S., *Le epidemie coleriche a Bologna nel XIX e XX secolo. Bonifica del degrado ambientale e ristrutturazione urbanistica*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. III, pp. 863-898;
- Sanarelli G., *Il colera, epidemiologia, batteriologia, terapia e profilassi*, Soc. An. Istituto editoriale scientifico, Milano, 1931.
- Sandonà A., *Il Lombardo-Veneto, 1814-1859. La Costituzione l'amministrazione*, Editrice L.P Cogliati, Milano, 1912.
- Sani R., *Indirizzi spirituali e proposte educative dei nuovi istituti religiosi dell'Ottocento in area lombarda*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento. Gli istituti religiosi tra impegno educativo e nuove forme di apostolato (1815-1860)*, ITL, Milano, 1997, pp. 77-137.
- Serao M., *Il ventre di Napoli*, BUR, Milano, 2016.
- Shorter B. W., *Storia del corpo femminile*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- Shorter E., *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Masson, Milano, 2000.
- Simoni C., Robecchi F., *Il vecchio macello di Brescia: archeologia industriale e questione alimentare nel secondo Ottocento*, Grafo, Brescia, 1980.

- Sorcinelli P., *Gli italiani e il cibo*, Collana di storia sociale, diretta da Franco Della Peruta e Angelo Varni, Bologna, 1992.
- Sorcinelli P., *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari dell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Franco Angeli, Milano, 1979.
- Sorcinelli P., *Nuove epidemie antiche paure, uomini e colera nell'Ottocento*, Franco Angeli, Milano, 1986.
- Sorcinelli P., *Storia sociale dell'acqua. Riti e culture*, Bologna, Odoja, 2016.
- Speziale S., *Itinerari di contagio: il colera e il Mediterraneo (XIX-XX secolo)*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I., pp. 34-47.
- Sterpellone L., *I grandi della medicina. Le scoperte che hanno cambiato la qualità della vita*, Donzelli, Roma, 2004.
- Taccolini M., *Le iniziative educative della Chiesa a Brescia e a Bergamo*, in L. Pazzaglia (a cura di) *Chiesa e prospettive deucative in Italia tra Restaurazione e Unificazione*, Brescia, La scuola, 1994, pp. 417-439.
- Tagarelli A., Piro A., Lagonia P., Savaglio A., Barone A., Tagarelli G., *Statistiche del Regno d'Italia, il cholera morbus*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. I, pp. 147-277.
- Tanturri A., *Il flagello delle indie, l'epidemia colerica del 1836-37 nel Mezzogiorno*, Morcelliana, Brescia, 2022.
- Thompson J.A, Goldin G., *The Hospital: the social and architectural History*, Yale University Press, New Haven-London, 1975.
- Tognotti E., *Cordoni marittimi, contumacie e quarantene. Le strategie igienico-sanitarie contro il colera nella Sardegna pre e post-unitaria*, in A. Tagarelli – A. Piro (edd.) *La geografia delle epidemie di colera in Italia, Considerazioni storiche e medico-sociali*, Simposio Croce di Magara – Spezzano Piccolo (CS) 12 ottobre 2002, Pubblisfera, S. Giovanni in Fiore (CS), 2002, vol. II, pp. 511-526.

- Tognotti E., *L'anno del Colera, Sassari 1855. Uomini, fatti e storie*, Editrice Democratica Sarda, Sassari, 2000.
- Tognotti E., *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 2000.
- Tommasini G. – Engels F. – Snow J., *Vibrio. Il viaggio del colera verso l'Europa e il caso inglese di metà Ottocento*, La Vita Felice, Milano, 2016.
- Turchini A., *Lo straordinario e il quotidiano. Ex voto, santuario e religiosità popolare nel bresciano*, Grafo, Brescia, 1980.
- Vaglia A., *L'epidemia di colera del 1836 a Bagolino e Ponte Caffaro, cenni storici*, Grafiche Tumminello, Gavardo, 2009.
- Vaglia F., *Vita di una ragazza, Marietta Ambrosi, una bresciana moderna nel mondo di fine Ottocento*, FEN Edizioni, Brescia, 2021.
- Verga G., *Quelli del colera*, I Meridiani, Milano, 2006.
- G. Vigarello, *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo a oggi*, Marsilio Editori, Venezia, 1987.
- Vivenzi P., *Vita di Suor Maria Crocifissa, nel secolo Paola Di-Rosa, fondatrice e superiora delle Ancelle della Carità, dette volgarmente le Ospitaliere*, Tip. Vescovile del Pio Istituto, Brescia, 1864.
- Zagheni G., *Cattolicesimo e vita religiosa in Lombardia tra Chiesa e società civile*, in R. Sani, *Chiesa, educazione e società nella Lombardia del primo Ottocento. Gli istituti religiosi tra impegno educativo e nuove forme di apostolato (1815-1860)*, ITL, Milano, 1997.
- Zanardelli G., *Sulla esposizione bresciana. Lettere di Giuseppe Zanardelli*, estratte dal giornale *Il Crepuscolo*, Antonio Valentini & C., Milano, 1857, pp. 271-286.
- Zocchi P., *Il Comune e la salute, amministrazione municipale e igiene pubblica a Milano, 1814-1859*, Franco Angeli, Milano, 2012.

4. Sigle e abbreviazioni

ACCA	Archivio della Congrega della Carità Apostolica
ASB	Archivio Storico di Brescia
ASDBS	Archivio Storico Diocesano di Brescia
ASDC	Archivio Storico Diocesano di Crema
ASDCR	Archivio Storico Diocesano di Cremona
ASM	Archivio Storico di Milano
ASDM	Archivio Storico Diocesano di Milano
ACS	Archivio Comunale di Salò
APSGM	Archivio della Parrocchia di S. Giorgio Martire in Casaletto Vaprio
ASV	Archivio Storico del Vantiniano