

IL RISORGIMENTO

Roberto Cea

Esperti e potere politico nell'epidemia di colera del 1884-1885

Experts and political power during the cholera epidemic of 1884-1885

Il Risorgimento. Rivista di storia moderna e contemporanea
anno LXXIII n. 1, 2026

robertocea81@gmail.com

Università degli Studi di Milano (ROR: 00wjc7c48)

Università di Firenze (ROR: 04jr1s763)

ORCID 0009-0001-5729-0024

Ricevuto il 24/03/2025 - Accettato il 14/11/2025

© Roberto Cea

Articolo pubblicato sotto Licenza CC BY-SA 4.0



Milano University Press

Esperti e potere politico nell'epidemia di colera del 1884-1885

di Roberto Cea

Abstract. L'articolo indaga il rapporto tra esperti e potere politico durante l'epidemia di colera del 1884-'85, approfondendo la relazione tra centro e periferie e i conflitti insorti intorno alle diverse teorie scientifiche sull'origine della malattia. In uno scenario di forte frammentazione, il governo, sprovvisto di funzionari sanitari, fu costretto a confrontarsi con i tecnici e le élite mediche presenti sul territorio, non sempre concordi con la politica sanitaria promossa dal potere centrale. Il ruolo degli esperti non risultò così predeterminato dal dettato normativo, ma venne a configurarsi in modi diversi, a seconda della loro legittimazione, del grado di istituzionalizzazione e della rete di relazioni di cui disponevano.

Parole chiave: Epidemie; Italia liberale; colera; esperti; politica sanitaria

Experts and political power during the cholera epidemic of 1884-85

Abstract. The article explores the relationship between experts and political power during the cholera epidemic of 1884–1885, focusing on the relationship between central and peripheral authorities, as well as the conflicts arising from competing scientific theories about the origin of the disease. In a context of strong fragmentation, the government, lacking public health officials, was forced to engage with local technical experts and medical elites, who did not always agree with the public health policies promoted by the central authorities. The role of experts was not predetermined by the regulatory framework, but instead took shape in different ways depending on their legitimacy, degree of institutionalization, and available networks.

Keywords: Epidemics; Liberal Italy; Cholera; Experts; Health Policy

Il presente articolo intende ricostruire la storia dell'epidemia di colera del 1884-85 allo scopo di analizzare il rapporto tra esperti e potere politico nel contesto dell'emergenza sanitaria. La recente pandemia di Covid-19 ha portando infatti a ripensare, e in parte a riscrivere, la storia delle epidemie, nella consapevolezza che la nostra interpretazione del passato è necessariamente l'esito delle domande poste nel nostro presente¹. La determinazione delle politiche sanitarie contro la SARS-Cov-19 ha ribadito e reso manifesto, in particolare, il ruolo decisivo svolto dagli esperti nella gestione di fenomeni complessi e trasversali, come appunto una pandemia globale. Il rapporto tra esperti e decisori politici è emerso così come un nodo problematico di assoluto rilievo, che concerne la trasparenza e la logica di fondo delle decisioni adottate dal governo in situazioni di emergenza e, su un piano più ampio, la capacità della scienza, e nello specifico dei saperi medici, di definire l'orizzonte di possibilità del potere politico e dell'organizzazione sociale nel suo complesso.

L'epidemia del 1884-85 rappresenta un tornante decisivo nella storia delle istituzioni sanitarie italiane. Il suo protrarsi per diversi anni alimentò un dibattito capace di travalicare la cerchia ristretta degli specialisti e impose all'attenzione dell'opinione pubblica e del mondo politico l'urgenza di conseguire un riordino complessivo dell'amministrazione sanitaria. La riforma della sanità fu concepita quindi come parte di un più ampio progetto di modernizzazione del Paese, propedeutico a spingere una società giudicata ancora immobile e arretrata verso processi trasformativi in grado di porre l'Italia al passo con le altre potenze europee. In tale prospettiva, il rapporto tra potere politico e potere degli esperti apparve centrale nel corso della crisi epidemica e rimase una questione di rilevanza cruciale anche nella successiva elaborazione della legge sanitaria approvata nel 1888².

¹ A. Grillini, N. Kramer (a cura di), *Negoziare le politiche sanitarie: idee, istituzioni e pratiche dal XIX secolo a oggi*, in "Annali dell'Istituto storico italo-germanico", 48 (2022); G. Lachenal, G. Thomas, *L'histoire immobile du coronavirus*, in C. Bonneuil (a cura di), *Comment faire?*, Parigi, Seuil, 2020, pp. 62-70; M. Fissell, J. Greene, R. Mackard, J. Schafer (a cura di), *Reimagining Epidemics*, in "Bulletin of the History of Medicine", 4 (2020).

² F. Taroni, *Health and healthcare policy in Italy since 1861: a comparative approach*, London, Palgrave Macmillan, 2021; R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale, Stato, igiene e politiche sanitarie*, Milano, FrancoAngeli, 2019; G. Vicarelli, *Alle*

L'ordinamento sanitario postunitario era infatti regolato dall'Allegato C alla legge per l'unificazione amministrativa del Regno del 20 marzo 1865. Esso non contemplava la presenza di un ufficio sanitario centrale o di funzionari tecnici, ma attribuiva la tutela della salute pubblica al ministro dell'Interno e, per via gerarchica, ai prefetti e ai sindaci. Ai comuni era quindi conferita l'amministrazione ordinaria della sanità, mentre al governo erano riservati gli interventi straordinari richiesti in caso di epidemia³. Il dato normativo ha indotto così gli storici a ritenere il ruolo degli esperti come marginale e secondario nella determinazione delle politiche sanitarie. Il presente contributo vuole sottolineare, al contrario, come il rapporto tra questi e i decisori politici non fosse affatto univoco o predeterminato dall'architettura istituzionale: gli esperti furono infatti in grado di sviluppare un proprio potere situazionale secondo il contesto nel quale si trovarono a operare.

Il colera fu la principale emergenza sanitaria dell'Europa del XIX secolo⁴. Il suo arrivo nel vecchio continente, in conseguenza del colonialismo e dell'intensificarsi del commercio internazionale, si colloca nel quadro di quella che Mirko Drazen Grmek ha definito la rottura dell'equilibrio della patocenosi prodotta dalla modernità⁵. La malattia era infatti endemica nel delta del Gange e solo dal 1817 aveva iniziato a diffondersi al di fuori della sua regione d'origine con ondate pandemiche che dal 1831 interessarono l'Europa, raggiungendo, quattro anni più tardi, anche la penisola italiana⁶.

radici della politica sanitaria in Italia: società e salute da Crispi al fascismo, Bologna, il Mulino, 1997; C. Pancino (a cura di), *L'organizzazione pubblica della sanità*, in Isap, *Le riforme crispine*, vol. IV, Milano, Giuffrè, 1990.

³ M. Soresina, *Sanità pubblica (all. C)*, in "Storia Amministrazione Costituzione", 23 (2015), pp. 179-224; F. Tarozzi, *L'ordinamento prima della legge 22 dicembre 1888, n. 5849*, in Pancino, *L'organizzazione pubblica della sanità*, cit., pp. 495-528; F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in "Studi storici", 4 (1980), pp. 713-759.

⁴ Cfr. C. Hamlin, *Cholera: the biography*, Oxford, Oxford University Press, 2009.

⁵ Cfr. M. D. Grmek, *Préliminaires d'une étude historique des maladies*, in "Annales ESC", 6 (1969), pp. 1473-1483. Sul concetto di patocenosi J. Coste, B. Fantini, Louise Lambrichs (a cura di), *Le concept de pathocénose de M. D. Grmek: une conceptualisation novatrice de l'histoire des maladies*, Genève, Droz, 2016.

⁶ Sulla storia del colera in Italia: A. Arisi Rota, *Experiencing Transnational Health Challenges. The Safety/Commerce Dilemma in Italy's Long Nineteenth Century*, in S.

Le epidemie, hanno più volte ricordato gli storici, non sono calamità naturali che colpiscono le comunità umane dall'esterno, in modo improvviso, ma sono fenomeni sociali, strettamente legati all'organizzazione e alla struttura stesse della società⁷. Per questo motivo, a partire dai lavori pionieristici di Louis Chevalier e Asa Briggs⁸, gli studiosi che si sono confrontati con la storia del colera hanno indagato le epidemie innanzitutto come congiunture capaci di mettere in luce le mentalità⁹, le condizioni materiali¹⁰ e i conflitti sociali dell'epoca¹¹.

Dal 2003, a seguito dell'allarme provocato dal diffondersi della SARS, numerose ricerche hanno spostato però la loro attenzione sul rapporto tra dibattito scientifico e misure burocratico-sanitarie introdotte dai governi per controllare le epidemie. Nel XIX secolo i Paesi europei adottarono infatti strategie sanitarie differenti nei confronti del colera a causa delle

Hecker, A. Arisi Rota (a cura di), *Disguising Disease in Italian Political and Visual Culture From Post-Unification to COVID-19*, Londra, Routledge, 2025; S. Valenti, *From plague to cholera: public health and the urban poor in nineteenth-century Italy*, in "Social History", 1 (2025), pp. 35-62; F. M. Snowden, *Naples in the Time of Cholera. 1884-1911*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002; A. Tagarelli, A. Piro, (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia: considerazioni storiche e medico-sociali*, 3 Voll., Cosenza, CNR, 2002; E. Tognotti, *Il mostro asiatico: storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000; A. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina, Storia d'Italia*, Annali VII, Einaudi, Torino, 1984, pp. 429-494.

⁷ C. E. Rosenberg, *Cholera in Nineteenth-Century Europe: A Tool for Social and Economic Analysis*, in "Comparative Studies in Society and History", 4 (1966), pp. 452-463. Per il dibattito più recente M. H. Green, *Emerging diseases, re-emerging histories*, in "Centaurus" 62, (2020), pp. 234-247.

⁸ A. Briggs, *Cholera and Society in the Nineteenth Century*, in "Past and Present", 19 (1961), pp. 76-96; L. Chevalier (a cura di), *Le choléra: la première épidémie du XIX siècle*, La Roche-sur-Yon, Imprimerie centrale de l'ouest, 1958. Vedi anche R. McGrew, *The first cholera epidemic and social history*, in "Bulletin of the History of Medicine", 1 (1960), pp. 61-73.

⁹ P. Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Roma, Laterza, 1987; P. Sorcinelli, *Nuove epidemie, antiche paure: uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, FrancoAngeli, 1986.

¹⁰ R. Evans, *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years (1830-1910)*, Oxford, Clarendon Press, 1987.

¹¹ K. Cohn, *Cholera revolts: a class struggle we may not like*, in "Social History", 2 (2017), pp. 162-180.

profonde contrapposizioni interne al campo dei saperi medici circa l'eziologia della malattia. Gli esperti dell'epoca erano divisi tra sostenitori e avversari della teoria del contagio. I primi ritenevano che il colera fosse la conseguenza di un agente patogeno specifico, trasmesso o direttamente, da uomo a uomo, o indirettamente, per mezzo di oggetti venuti in contatto con un ammalato¹². Gli anticontagionisti comprendevano invece una pluralità di scuole e di impostazioni scientifiche che, pur avversando il principio del contagio, attribuivano l'insorgere della malattia a fattori distinti, quali le condizioni climatico-ambientali, i miasmi esalati da materie organiche in decomposizione o la predisposizione fisiologica individuale. Le opposte teorie scientifiche avevano ricadute immediate sui provvedimenti adottati dai singoli governi. Se gli Stati fautori della dottrina contagionista, tradizionalmente quelli affacciati sul Mediterraneo, erano promotori delle quarantene, dei cordoni sanitari e dell'isolamento di persone e comunità colpite, quelli che sostenevano la strategia anticontagionista, innanzitutto la Gran Bretagna, reputavano tali iniziative inutili sul piano sanitario, nonché dannose su quello economico¹³. Al loro posto suggerivano il risanamento di quartieri e luoghi insalubri e il ricorso a misure di igiene pubblica. L'adesione dei singoli Stati a uno o all'altro orientamento aveva del resto implicazioni anche d'ordine economico¹⁴ e geopolitico¹⁵ e costituì un capitolo della più ampia competizione tra le potenze imperialiste europee per il controllo del Mediterraneo e non solo.

All'atto pratico, contagionismo e anticontagionismo si configurarono come i due poli di riferimento nelle politiche sanitarie, piuttosto che due campi radicalmente e inconciliabilmente alternativi, e i singoli governi,

¹² Cfr. A. Bashford, Claire Hooker (a cura di), *Contagion: historical and cultural studies*, London-New York, Routledge, 2001; B. Fantini, *La microbiologia medica*, in M. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. III, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1998, pp. 171-220.

¹³ P. Baldwin, *Contagion and the state in Europe (1830-1930)*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

¹⁴ M. Harrison, *Contagion: how commerce has spread disease*, New Haven, Yale University Press, 2012.

¹⁵ Cfr. B. Pouget, *Un choc de circulations. La puissance navale française face au choléra en Méditerranée, 1831-1856*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2020; A. Chase-Levenson, *The Yellow Flag. Quarantine and the British Mediterranean World (1780-1860)*, Cambridge, Cambridge University Press, 2020.

così come i singoli medici, finirono spesso con lo sviluppare posizioni intermedie e di compromesso. Una parziale convergenza tra le diverse teorie scientifiche fu raggiunta a metà del secolo, quando l'igienista tedesco Max von Pettenkofer attribuì l'eziologia del colera a tre fattori concomitanti, tutti egualmente necessari: l'agente patogeno specifico, le condizioni geologico-climatiche e la costituzione individuale. L'approccio di Pettenkofer, che fu definito localista, consentiva di far convivere i progetti di risanamento urbano con provvedimenti più tradizionali, ad esempio le quarantene marittime, e nel terzo quarto dell'Ottocento riscosse un consenso notevole, pur non diventando mai veramente egemone. Esso anticipò inoltre la nuova strategia neo-quarantenaria, diffusasi dopo la pandemia del 1865, con la quale la Gran Bretagna proponeva di sostituire le contumacie sanitarie con un sistema articolato di disinfezioni, ispezioni mediche e isolamento dei sospetti asintomatici, così da non intralciare la circolazione delle merci. In questo scenario, la "rivoluzione batteriologica" non si configurò come un momento di netta cesura rispetto alle pratiche e alle teorie scientifiche preesistenti¹⁶. Nel 1883, l'individuazione da parte di Robert Koch dell'agente patogeno specifico della malattia, il *vibrio cholerae*, ottenne immediato risalto sulla stampa medica e sui quotidiani europei. Le implicazioni della scoperta non furono tuttavia subito chiare. In un contesto come quello italiano, in particolare, molti faticarono a cogliere il sostanziale spostamento epistemico rispetto all'impostazione di Pettenkofer, mentre altri mostrarono perplessità riguardo alla piena ascrivibilità della nuova teoria alla dottrina del contagio.

L'affermarsi del paradigma batteriologico agevolò, piuttosto, la formazione dei primi organismi sanitari internazionali. Dal 1851, infatti, i Paesi del Vecchio Continente avevano tentato in più occasioni di definire un piano d'azione condiviso circa le misure atte a impedire la circolazione del colera, ma il perdurare del dissenso sull'eziologia della malattia aveva impedito di raggiungere un accordo¹⁷. Le contrapposizioni furono superate

¹⁶ M. Worboys, *Was there a Bacteriological Revolution in late nineteenth-century medicine?*, in "Studies in history and philosophy of science", 1 (2007), pp. 20-42.

¹⁷ Cfr. S. Trubeta, C. Promitzer, P. Weindling (a cura di), *Medicalising borders: selection, containment and quarantine since 1800*, Manchester, Manchester University Press, 2021; D. Howland, *Cholera quarantine and territorial sovereignty in the age of*

solo nel 1892, quando i governi europei, accettando la teoria batterica di Koch, sottoscrissero una convenzione sanitaria sulle quarantene e il transito nel canale di Suez che l'anno successivo fu estesa anche alle comunicazioni e ai trasporti terrestri nell'Europa dell'est. Nel 1897 fu quindi istituita una commissione internazionale per sovrintendere all'aggiornamento dei trattati sanitari e dieci anni più tardi fu fondato a Parigi l'*Office international d'hygiène publique*, che nel 1946 avrebbe costituito il nucleo originario dell'Organizzazione mondiale della sanità, insieme all'Organizzazione sanitaria della società delle nazioni e all'Organizzazione sanitaria panamericana¹⁸.

La gestione delle epidemie di colera impose quindi un continuo richiamo tra riflessione scientifica e politica sanitaria. I decisori politici furono costretti a relazionarsi continuamente con gli esperti, e cioè con quegli scienziati che fuoriuscivano dalla loro comunità epistemica di riferimento per declinare le loro competenze in modo da renderle applicabili al contesto sociale e istituzionale¹⁹. Emmanuel Betta ha ricordato di recente che gli esperti costruiscono la loro legittimità, e il loro potere, in quanto portatori di criteri decisionali dotati di una presunta terzietà e neutralità, dovuta allo statuto scientifico dei saperi di cui si fanno interpreti²⁰. Nel caso delle epidemie di colera, però, il campo degli esperti risultava diviso tra sostenitori di concezioni scientifiche contrapposte. Una situazione che ebbe ripercussioni particolarmente significative in Italia, dove erano presenti tradizioni sanitarie dotate di un chiaro radicamento regionale che rimontava a prima dell'Unità. Il conflitto tra esperti travalicò così la competizione per l'egemonia interna alla comunità scientifica e coinvolse le strategie sanitarie adottate dal governo o dalle autorità locali, ponendo talvolta anche questi ultimi in contrasto tra loro. Il requisito di terzietà tecnica risultò in questo

imperialism. The limits of transnational governance, "International Journal of Social Science Studies", 6 (2016), pp. 94-104; V. Huber, *The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera 1851-1894*, in "The Historical Journal", 2 (2006), pp. 453-476.

¹⁸ S. Chiffolleau, *Génèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.

¹⁹ Cfr. J. Lamy, *Gouverner par l'expertise scientifique et technique. Note critique*, in "Cahiers Droit, Sciences e Technologies", 8 (2019), pp. 149-165.

²⁰ E. Betta, *Esperti Biopolitici. Premessa*, in "Quaderni storici", 1 (2019), pp. 3-10.

modo compromesso e la legittimazione degli esperti, spesso più individuale che di gruppo, dipese in larga misura da quello che Isabelle Backouche ha definito come in insieme di strategie sottili e mobili²¹.

Il colera nel 1884-85

La quinta pandemia mondiale di colera raggiunse l'Europa il 21 giugno 1884, sbarcando a Tolone al seguito delle truppe francesi reduci dal golfo del Tonchino. A fronte della rapida propagazione del morbo, le autorità della città francese attuarono una strategia sanitaria ispirata alla teoria localista e il 24 giugno invitarono la popolazione ad abbandonare il centro urbano per sottrarsi agli elementi ritenuti cagionanti la malattia. La conseguente fuga di migliaia di persone ampliò in poco tempo l'area interessata dall'epidemia, tanto che il giorno successivo fu segnalato il primo caso di colera a Marsiglia e il 28 entrambi i porti francesi furono dichiarati infetti²². La prossimità del focolaio ai confini nazionali obbligò il governo italiano a operare da subito in una condizione di forte emergenza. Il 23 giugno Depretis decretò cinque giorni di quarantena per le provenienze dai porti francesi nel Mediterraneo, dieci per quelle da Tolone²³, mentre il giorno seguente, su indicazione del Consiglio superiore di sanità, furono inviati medici ai valichi di frontiera e stabilite ispezioni sanitarie sulle linee ferroviarie di Ventimiglia e Modane.

La situazione parve tuttavia precipitare nei giorni successivi, quando dalla Provenza decine di migliaia di emigrati italiani tentarono di rientrare nella Penisola. La minaccia di un'epidemia generalizzata e su larga scala spinse diversi quotidiani a chiedere misure straordinarie²⁴, mentre l'onorevole Mariano Semmola, professore di medicina a Napoli, telegrafò a Depretis suggerendo la chiusura dei confini con la Francia. A intervenire in parlamento il 27 giugno fu però Guido Baccelli, il quale definì insufficienti le misure deliberate dall'esecutivo e, contestualmente, propose l'adozione di quarantene terrestri al confine di Ventimiglia²⁵. Incalzato dagli eventi, e

²¹ I. Backouche, *Devenir expert*, in "Genèses", 1 (2008), pp. 2-3.

²² Snowden, *Naples in the Time of Cholera*, cit., pp. 62-69.

²³ Ordinanza di sanità marittima (Osm) n. 8, 24 giugno 1884.

²⁴ *Il colera in Francia*, in "Il Secolo", 25-26 giugno 1884.

²⁵ Atti Parlamentari, Camera dei deputati, *Discussioni*, Legislatura XV, 1° Sessione,

messo sotto pressione dalla sua stessa maggioranza, Depretis decise allora di istituire cinque giorni di contumacia per tutti i viaggiatori provenienti dalla Francia²⁶: un provvedimento senza precedenti, attuato in mancanza di un corrispettivo decreto, che richiese l'allestimento di speciali attendamenti per il "trattenimento" della popolazione a ogni valico di frontiera. La misura, successivamente estesa ai confini svizzero e austriaco, comportò l'organizzazione di 33 «punti quarantenari», presidiati dall'esercito, che finirono con il costituire un cordone sanitario dispiegato lungo tutto l'arco alpino²⁷. A soli cinque giorni dall'annuncio del colera a Tolone, il governo italiano aveva dunque adottato una strategia sanitaria chiaramente ispirata alla dottrina contagionista, la cui interpretazione rigorosa aveva portato all'attuazione di provvedimenti eccezionali e in larga parte inediti.

La politica sanitaria era prerogativa dell'esecutivo in caso di epidemia, perlomeno per quanto atteneva ai provvedimenti di impianto generale. Le decisioni del governo furono tuttavia influenzate da una pluralità di fattori, non da ultimo le richieste provenienti dalle comunità locali. A riguardo è esemplificativo l'atteggiamento di Depretis nei confronti della Sicilia²⁸. Alla notizia della presenza del colera in Francia, le giunte comunali dei capoluoghi dell'Isola promossero un voto al re affinché fossero introdotte quarantene di quindici giorni per tutte le provenienze dal continente, comprese quelle dal litorale italiano. La richiesta fu inizialmente ignorata, ma il 29 giugno, con la segnalazione a Saluzzo del primo caso sospetto entro i confini nazionali, le istanze furono reiterate, questa volta accompagnate da manifestazioni popolari. Il ricordo del 1866, quando la repressione della rivolta di Palermo provocò la diffusione del colera nell'Isola, convinse quindi Depretis a concedere dieci giorni di contumacia obbligatoria per l'accesso alla Sicilia e alla Sardegna, anche per le imbarcazioni italiane²⁹. Un provvedimento successivamente inasprito per calmare le nuove e insi-

tornata del 27 giugno 1884, pp. 9536-9537.

²⁶ G. B. Morana, *Il colera in Italia negli anni 1884 e 1885. Relazione a S. E. Agostino Depretis*, Roma, Elzeviriana, 1885, pp. 7-9.

²⁷ Cfr. G. Conti, *Le forze armate per la pubblica incolumità*, in S. Magliani, R. Ugolini (a cura di), *Dalla pubblica incolumità alla protezione civile*, Pisa-Roma, Serra, 2007, pp. 145-188.

²⁸ Cfr. S. Magliani, *Il colera in Sicilia: 1866-1887*, *ivi*, pp. 55-91.

²⁹ Osm n. 10, 30 giugno 1884.

stenti richieste provenienti dall'Isola³⁰. Le quarantene e le misure ispirate alla teoria contagionista erano dunque diffusamente conosciute e, a torto o a ragione, reputate la dimostrazione di un interessamento e di un'azione protettiva dell'autorità a difesa della popolazione.

La strategia contagionista vantava del resto autorevoli sostenitori tra gli esponenti dell'élite medica e scientifica nazionale. Se l'Associazione medica italiana si era pronunciata ufficialmente a favore delle contumacie contro il colera³¹, la teoria del contagio vedeva tra i suoi più fervidi sostenitori la Reale società italiana d'igiene, il più importante sodalizio medico-scientifico attivo in Italia negli anni Ottanta dell'Ottocento. Il gruppo dirigente della Società, la cui sede centrale era a Milano, era espressione dell'élite medica lombarda, la quale, fin dagli anni Quaranta, aveva attribuito alla teoria del contagio una valenza identitaria, oltre che scientifica, in contrapposizione alla politica sanitaria anticontagionista promossa dall'Impero austriaco. La Società d'igiene non era però un semplice sodalizio scientifico, ma era un'organizzazione che sotto una leadership medica radunava sindaci, notabili, funzionari pubblici, industriali ed esponenti del mondo culturale: tutte figure interessate all'agenda di riforme proposta dagli igienisti. Le sue posizioni possedevano dunque anche un indubbio peso politico. Sebbene a posteriori il governo riconobbe che le «contumacie terrestri erano una cosa nuova, non disciplinata né preveduta nei nostri regolamenti sanitari»³², la Società d'igiene avvalorò pubblicamente il provvedimento e Gaetano Pini, suo segretario, non solo espresse soddisfazione per «l'insolita energia» dimostrata dall'esecutivo, ma promosse un voto al ministero affinché non recedesse dal sistema adottato, poiché «perfettamente consono alle tradizioni della Scuola Medica Italiana»³³.

Nelle prime settimane di luglio, il governo ottenne così il plauso tanto dell'opinione pubblica quanto del mondo scientifico, nonostante la malattia andasse lentamente diffondendosi nel nord-ovest della Penisola. In

³⁰ L'Osm n. 14, 20 agosto 1884 prolungò le quarantene per le isole a 21 giorni.

³¹ G. Orsi, *Sulla profilassi del colera. Relazione al VI congresso dell'Associazione Medica Italiana*, Bologna, Gamberini, 1876.

³² Morana, *Il colera in Italia*, cit., p. 15.

³³ Reale Società Italiana d'Igiene, *Atti della Società. Seduta dell'11 luglio 1884*, in "Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene", 11-12 (1884), pp. 725, ma più in generale pp. 721-727.

questa congiuntura, delicata ma comunque ancora sotto controllo, Depretis nominò Giovanni Battista Morana segretario generale del ministero dell'Interno: una decisione suggerita dall'età ormai avanzata del politico di Stradella, il quale, temendo una possibile invasione del colera, ritenne opportuno avere un referente di assoluta fiducia alla guida del dicastero titolare della sanità. In questo modo, inoltre, Morana fu considerato il principale responsabile della gestione dell'epidemia.

Le misure di contenimento messe in campo erano del resto radicali. Ai confini terrestri rimaneva in vigore il sistema di "trattenimento" dei viaggiatori, che fino al termine dell'emergenza sottopose a quarantena oltre 46.500 persone. Di queste, il gruppo più numeroso, circa 16.000 individui, fu confinato in un lazzaretto provvisorio allestito dall'esercito con tende e baracche a Pian di Latte, nei pressi di Ventimiglia. La struttura, che arrivò ad avere una capienza massima di 2000 persone, si dimostrò ben presto insufficiente e dal 18 luglio parte dei quarantenanti fu trasportata via mare al Varignano, il lazzaretto di La Spezia che insieme a Nisida, presso Napoli, era stato indicato dal governo come sito per l'assolvimento delle quarantene marittime³⁴. Anche la capacità del Varignano risultò tuttavia inadeguata. Delle 7565 persone che vi furono destinate, solo 2873 poterono assolvere la quarantena all'interno del lazzaretto, mentre le altre furono costrette a trascorrere il periodo di contumacia su navi alla fonda nel porto. Una volta conclusa la quarantena, le persone erano trasportate a riva e fatte salire su convogli ferroviari diretti fuori provincia, il tutto sotto il controllo di guardie di pubblica sicurezza incaricate di impedire ogni contatto con la popolazione del luogo³⁵.

Il tentativo di arrestare il colera ai confini nazionali parve tuttavia fallire già alla fine di luglio. Il governo ricorse allora a ulteriori misure restrittive e incaricò l'esercito di istituire cordoni sanitari per isolare i focolai che si stavano diffondendo rapidamente nella Penisola. Il provvedimento interessò almeno 28 località, perlopiù piccoli comuni o frazioni, ma i criteri in base ai quali venne applicato non furono mai esplicitati, così come non fu promulgato alcun decreto per regolamentare la procedura. A causa

³⁴ Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 62-65.

³⁵ F. Fiorani, *Il colera di Spezia, Note del corpo sanitario marittimo*, in "Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina", 3 (1885), pp. 230-242.

di tali presupposti, solo alcuni focolai furono effettivamente isolati, mentre altri non furono oggetto di alcun intervento³⁶. Il 22 agosto, alla notizia del manifestarsi dell'epidemia a La Spezia, il governo ordinò di isolare il comune ligure, nonostante i dubbi sulle possibili conseguenze che tale determinazione avrebbe arrecato in un centro urbano di quelle dimensioni.

Sul finire di agosto il quadro sanitario pareva ormai compromesso. Il governo sollecitò i comuni ad attuare ogni misura necessaria a impedire l'ulteriore propagazione del morbo, minacciando di rimuovere i sindaci inadempienti o colpevoli di ingiustificati ritardi. Furono inoltre vietate fiere, processioni religiose e sagre su tutto il territorio nazionale³⁷. La paura del colera spinse allora diversi municipi non ancora raggiunti dall'epidemia a imporre restrizioni e quarantene arbitrarie per la circolazione sul proprio territorio. Morana si trovò così nella difficile condizione di dover esortare le autorità locali affinché intensificassero il loro intervento a tutela della salute pubblica e, al contempo, ammonire i sindaci perché non travalicassero i loro poteri e le loro attribuzioni³⁸. Gli episodi più gravi sotto il profilo dell'ordine pubblico si verificarono tra agosto e settembre in Calabria, dove la popolazione interruppe il traffico ferroviario in diversi punti e cittadini armati organizzarono sbarramenti per impedire agli estranei l'accesso agli abitati. Di fronte a quella che fu ritenuta una grave insubordinazione all'autorità dello Stato, il sottosegretario intervenne con estrema fermezza, dispiegando reparti dell'esercito e ormeggiando una corazzata della regia marina al largo di Reggio Calabria³⁹.

In questo delicato frangente, l'epidemia di colera raggiunse Napoli. Fino a quel momento la malattia aveva coinvolto quasi esclusivamente centri rurali o piccoli comuni. Il fatto che ora colpisse la più popolosa città del Regno suscitò profonda apprensione nell'opinione pubblica, tanto da spingere Umberto I e Depretis a organizzare una visita ufficiale in città nei giorni di picco dell'epidemia⁴⁰. Il capoluogo campano registrò quasi 7.000

³⁶ R. Zampa, *Storia del colera del 1884 in Italia*, in "Gazzetta di Medicina Pubblica", 6 (1885), pp. 187-188.

³⁷ Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 21-22.

³⁸ Ministero dell'Interno, circolare ai prefetti del regno n. 6615, 3 settembre 1884.

³⁹ Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 27-31.

⁴⁰ Cfr. S. Botta, *Politica e calamità: il governo dell'emergenza naturale e sanitaria nell'Italia liberale (1861-1915)*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2013. Vedi anche F.

decessi e oltre 14.000 casi di colera in poco più di due mesi. L'origine del focolaio non fu mai chiarita, ma la prossimità dei due maggiori epicentri dell'epidemia, La Spezia e Napoli, ai due lazzaretti di Varignano e Nisida fece propendere molti contemporanei per una causalità diretta tra la presenza di queste strutture e l'insorgere del morbo. L'aspetto che qui interessa, però, è che il divampare del colera in un grande centro urbano obbligò il governo a mutare strategia sanitaria. L'esecutivo decise infatti di non isolare la città partenopea, sia per le imprevedibili ripercussioni sull'ordine pubblico, sia a causa dell'eccessiva dispersione dell'esercito, già impiegato con più di settemila uomini⁴¹, e nei giorni di picco dell'epidemia avviò la progressiva attenuazione delle misure di contenimento.

La strategia contagionista stava suscitando del resto perplessità crescenti a causa delle sue pesanti ricadute economiche. Dall'inizio di settembre i parlamentari e le camere di commercio piemontesi avevano chiesto la rimozione del cordone sanitario al confine francese e lo stesso Morana si era detto preoccupato delle spese ingenti necessarie al suo mantenimento in vista dei mesi invernali⁴². Il governo decise quindi di abolire le misure di contenimento alle frontiere ancor prima che la curva epidemica iniziasse a decrescere a metà settembre⁴³. Il ricorso ai cordoni sanitari sul territorio nazionale proseguì invece fino alla fine di ottobre, mentre l'ultima misura a essere abrogata fu la quarantena per le Isole, soppressa solamente nel mese di dicembre⁴⁴.

Con l'inverno terminò la prima fase dell'epidemia. In quegli stessi mesi, la politica sanitaria del governo fu dapprima criticata e poi oggetto di profonda revisione, e alla riapertura dei lavori parlamentari le interrogazioni sull'operato dell'esecutivo furono immediate e numerose. Tra gli altri fu Carlo Randaccio a chiedere chiarimenti circa il fondamento giuridico

Dandolo, I. Fusco, G. Sabatini (a cura di), *Le epidemie nella storia di Napoli*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2024.

⁴¹ Archivio Centrale dello Stato, *Carte Depretis* (d'ora in poi ACS, CD), b. 6, f. 46, telegramma di Morana a Depretis, 24 agosto 1884.

⁴² Cfr. *Adunanze contro le quarantene*, in "Il Secolo", 6-7 settembre 1884. Sui dubbi di Morana vedi ACS, CD, b. 6, f. 46, telegramma di Morana a Depretis, 29 agosto 1884.

⁴³ Le quarantene al confine svizzero-austriaco e a quello francese furono abolite, rispettivamente, con i Decreti ministeriali 8 settembre 1884 e 12 settembre 1884.

⁴⁴ Osm n. 46, 10 dicembre 1884.

dei provvedimenti adottati, arrivati «alla violazione del domicilio, della proprietà, della libertà individuale», poiché la legge sanitaria del 1865 concedeva larghissimi poteri al governo, ma non autorizzava le quarantene terrestri o i cordoni sanitari, misure che dovevano essere ritenute pertanto illegittime⁴⁵. Così come illegittimi dovevano essere considerati tutti quei provvedimenti ispirati più dal timore dell'opinione pubblica e dalle proteste popolari che da precisi criteri scientifici. In quella sede, come in altre, Depretis difese la gestione dell'emergenza, rimarcando l'adesione all'indirizzo contagionista e rivendicando non solo di aver preservato le isole, ma anche di aver evitato un'epidemia generalizzata sul continente⁴⁶.

Nei mesi invernali l'esecutivo maturò tuttavia un ripensamento profondo della propria politica sanitaria, testimoniato da tre importanti iniziative. Sul piano logistico furono condotti studi per edificare un nuovo lazzaretto nazionale, situato lontano da centri abitati e dotato di un'elevata capienza. Le indagini individuaronero nell'isola dell'Asinara il sito più indicato per la costruzione dello stabilimento⁴⁷. A livello amministrativo fu invece avviata l'*Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno*. L'*Inchiesta* aveva l'obiettivo ufficiale di mappare le infrastrutture sanitarie e i regolamenti d'igiene dei municipi, ma a uno sguardo attento lasciava presagire uno scivolamento verso una strategia sanitaria localista, vista la scrupolosa raccolta di informazioni sulle caratteristiche ambientali, geografiche e climatiche dei diversi comuni⁴⁸. Sul versante tecnico-scientifico, infine, il governo promosse la sesta Conferenza sanitaria internazionale, allo scopo di restituire credito alla propria politica sanitaria dopo che le quarantene di terra avevano suscitato dissapori e lamentele presso le can-

⁴⁵ Atti parlamentari, Camera dei deputati, *Discussioni*, Legislatura XV, 1° Sessione, tornata del 14 dicembre 1884, p. 10174 (ma più in generale pp. 10173-10177).

⁴⁶ Sul dibattito pubblico del periodo vedi: *La politica sanitaria d'Italia nelle epidemie coleriche del 1884-85*, in "Nuova Antologia", 54 (1885), pp. 639-666.

⁴⁷ Rd 28 giugno 1885, n. 3183 Lazzaretto all'Asinara. Per il dibattito parlamentare: Atti parlamentari, Camera dei deputati, *Discussioni*, Legislatura XV, 1° Sessione, tornata del 24 giugno 1885, pp. 15126-15136.

⁴⁸ Direzione generale della statistica, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei Comuni del Regno*, 3 Voll., Roma, Tip. Ospizio S. Michele, 1886. Cfr. P. Frascani, *Medicina e statistica nella formazione del sistema sanitario italiano: l'inchiesta del 1885*, in "Quaderni storici", 3 (1980), pp. 942-965.

cellerie degli stati confinanti.

L'annuncio della Conferenza accelerò il dibattito interno alla comunità scientifica e la Reale società italiana d'igiene decise di convocare una riunione plenaria al fine di definire una posizione unitaria capace di condizionare l'orientamento del governo. Nei mesi precedenti erano emersi infatti dubbi e distinguo riguardo alla strategia contagionista. Il Circolo d'igiene di Torino, in particolare, si era detto contrario alle quarantene di terra e ai cordoni sanitari già a settembre e alla vigilia della riunione presentò un proprio documento in cui proponeva di sostituire tali misure con ispezioni mediche finalizzate al trattenimento delle sole persone sospette⁴⁹. Luigi Pagliani, presidente del Circolo nonché futuro direttore della Direzione di sanità pubblica, si presentò così come il patrocinatore di una politica sanitaria liberista ispirata ai principi del localismo: una posizione la cui origine era fatta risalire alla politica sanitaria del Piemonte cavouriano⁵⁰. Poiché i vertici lombardi della Società d'igiene erano ancora ferventi contagionisti, appare chiaro come il movimento igienista fosse attraversato da una faglia profonda, le cui radici rimontavano alle diverse tradizioni sanitarie ereditate dal periodo preunitario. L'incarico di trovare una mediazione fu affidato a Giuseppe Sormani, professore d'igiene a Pavia, il quale intese innanzitutto avvalorare le scoperte di Koch, rivendicandone la piena ascrivibilità alla teoria del contagio.

Sull'eziologia del colera vigeva comunque un sostanziale accordo, e se tutti i membri della Società d'Igiene convennero che il vettore del «*Komma-Bacillus*» fosse l'acqua⁵¹, solo Pagliani opinò di considerare anche i «dati che si riferiscono alla natura fisica e geologica del suolo» quali

⁴⁹ Reale Società Italiana d'Igiene, Sede Piemontese, *Seduta del 3 settembre 1884. Quarantene di terra, cordoni sanitari e suffumigi*, in "Giornale della Reale Società italiana d'Igiene", 11-12 (1884), pp. 782-785; Reale Società Italiana d'Igiene, *Atti della Società, Seduta 15 marzo 1885*, in "Giornale della Reale Società italiana d'Igiene", 4-5 (1885), pp. 432-434.

⁵⁰ Su Pagliani vedi P. Zocchi, *Luigi Pagliani*, Dizionario Biografico degli Italiani, Vol. 80, 2014, online.

⁵¹ Cfr. S. Valenti, *Modern infrastructure? The long transition in urban water infrastructure in Milan, Naples, and Venice (1800–1910)*, in "Continuity and Change", 39 (2024), pp. 73–99.

concause efficienti⁵². Più conflittuale fu il dibattito sulla strategia profilattica. Sormani dichiarò i cordoni sanitari e le contumacie misure inadeguate, poiché inattuabili in modo tempestivo. Il suo era quindi un giudizio più formale che sostanziale, tanto che reputava le quarantene terrestri comunque giustificabili, sebbene solo in considerazione delle pessime condizioni igieniche dei comuni italiani: era dunque l'arretratezza del Paese che legittimava tali provvedimenti. Pagliani definì invece i cordoni e le quarantene inutili, oltre che profondamente deleteri per l'economia e la popolazione, e propose di sostituirli con una strategia preventiva, incentrata sull'igiene e la salubrità dei centri urbani. Posizioni opposte furono espresse dai contagionisti più radicali come Edoardo Maragliano, il quale obiettò che i cordoni sanitari, dove correttamente applicati, erano stati in grado di contenere la diffusione del colera⁵³. Il documento finale prodotto dalla Società d'igiene riconobbe nei cordoni sanitari misure vessatorie e di difficile attuazione, che tuttavia il governo poteva utilizzare se autorizzato dal Consiglio superiore di sanità. Subordinate a quest'ultimo erano anche le quarantene di terra, che dovevano essere però limitate alle aree prossime ai focolai di contagio. Le contumacie non dovevano inoltre ostacolare la circolazione delle merci, mentre le persone provenienti da luoghi infetti andavano sottoposte a un periodo di osservazione domiciliare della durata di due giorni. I comuni, infine, erano esortati a promuovere l'igiene degli abitati e del sottosuolo, così da eliminare possibili concause del colera⁵⁴. La Società d'igiene propose pertanto un programma ampio e articolato, che riuscì tuttavia a influenzare solo in parte l'agenda sanitaria del governo.

La Conferenza sanitaria internazionale fu inaugurata il 20 maggio 1885 e, come di consueto, i suoi lavori furono ripartiti tra una sezione diplo-

⁵² Reale Società Italiana d'Igiene, *Atti della Società, Seduta 1 marzo 1885, Etiologia e profilassi del colera*, in "Giornale della Reale Società italiana d'Igiene", 4-5 (1885), p. 392. Vedi anche L. Pagliani, *Il colera in rapporto alle condizioni orografiche e idrografiche*, in Reale Società Italiana d'Igiene, *Atti della seconda riunione degli igienisti italiani*, Milano, Civelli, 1886, pp. 168- 174.

⁵³ Cfr. E. Maragliano, *Sulle misure di pubblica preservazione contro il colera e specialmente delle contumacie marittime e terrestri*, in "Giornale della Società di letture e conversazioni scientifiche di Genova", 6 (1885), pp. 349-387.

⁵⁴ Reale Società Italiana d'Igiene, *Atti della Società, Seduta 15 marzo 1885*, in "Giornale della Reale Società italiana d'Igiene", 4-5 (1885), pp. 394-445.

matica e una tecnico-scientifica⁵⁵. I delegati italiani a quest'ultima furono Baccelli, Bonomi e Semmola: convinto contagionista il primo, sostenitori della teoria localista i due professori napoletani. Il dibattito tra i massimi esperti internazionali dichiarò da subito l'inutilità delle quarantene e dei cordoni sanitari. Un'asserzione appoggiata anche dai delegati italiani, nonostante Baccelli e Semmola fossero stati tra i più accesi sostenitori di queste misure e la loro presa di posizione in giugno avesse rappresentato un passaggio chiave nella definizione della strategia sanitaria del governo. L'opportunità di accreditarsi presso la comunità epistemica internazionale consigliò evidentemente ai due professori di allinearsi alle tendenze emergenti in quella sede. La Conferenza convenne quindi di sostituire le misure tradizionali con la segnalazione dei sospetti asintomatici e l'isolamento dei primi casi, procedendo alla sorveglianza sanitaria dei viaggiatori e alla disinfezione di merci e persone: tutti provvedimenti conformi all'instaurazione di un dispositivo sanitario neo-quarantenario. Fu proposto inoltre di mantenere entro i sei giorni la durata delle quarantene marittime⁵⁶. Alla luce di tali risoluzioni, il 13 giugno la Conferenza fu sospesa per consentire ai rappresentanti diplomatici di conferire con i rispettivi governi e ottenere il nulla osta alla sottoscrizione di una convenzione sanitaria internazionale. Il riaccendersi dell'epidemia di colera durante l'estate impedì, però, di riconvocare i delegati, condannando così la Conferenza al fallimento.

La seconda ondata europea della pandemia ebbe come epicentro la Spagna, dove il colera comparve in primavera per poi diffondersi in estate al di là dei Pirenei. Nel fronteggiare la rinnovata minaccia, il governo italiano decise di mutare strategia sanitaria e di rinunciare sia alle quarantene di terra sia ai cordoni sanitari. Il 21 aprile furono ordinati tre giorni di contumacia per le provenienze marittime dalla Spagna, provvedimento poi prolungato a sette giorni ed esteso alla Francia. La misura doveva essere scontata nel nuovo lazzaretto dell'Asinara, allestito provvisoriamente con baracche e un ospedale da campo⁵⁷. Al confine francese furono invece pre-

⁵⁵ N. Howard-Jones, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences (1851-1938)*, Genève, WHO, 1975.

⁵⁶ *Protocoles et procès-verbaux de la conférence sanitaire internationale de Rome inaugurée le 20 mai 1885*, Roma, Tip. Ministero Affari Esteri, 1885.

⁵⁷ Osm n. 2, 21 aprile 1885; Osm n. 7, 5 agosto 1885.

disposti punti di osservazione per sottoporre a visita medica i viaggiatori: coloro che erano trovati privi di sintomi e con i bagagli «in buono stato di pulizia» erano autorizzati a transitare previa dichiarazione del luogo di destinazione e consegna di un «foglio di via sanitario». Questo doveva essere consegnato al comune di destinazione, nel frattempo allertato dal ministero, affinché fosse predisposta una visita medica dell'interessato sia al momento del suo arrivo che per ognuno dei tre giorni successivi⁵⁸. Il governo recapitò inoltre ai municipi una circolare contenente istruzioni dettagliate circa l'isolamento dei casi sospetti e le procedure per la disinfezione di persone e abitazioni. I cordoni sanitari furono severamente proibiti, ma ai comuni fu concesso di istituire locali di osservazione al limitare del proprio territorio per individuare e "trattenere" i sintomatici⁵⁹. Dall'insieme di provvedimenti messi in campo, risulta evidente il nuovo indirizzo della politica sanitaria del governo, che, pur non dichiarandolo ufficialmente, optò per una strategia neo-quarantenaria ispirata ai principi del localismo.

Le ragioni che spinsero Depretis a tale scelta furono diverse. I provvedimenti dell'anno precedente erano risultati profondamente gravosi per l'economia del Paese e per le casse dello Stato, tanto da obbligare l'esecutivo a prelevare 1.300.000 lire dal fondo per le spese impreviste e decretare uno scostamento di bilancio di ulteriori 500.000 lire. Questo a fronte di un capitolo di spesa per la sanità pubblica che ammontava in totale a 140.000 lire⁶⁰. A livello internazionale, inoltre, la chiusura dei confini aveva provocato rimostranze da parte dei Paesi vicini, poiché giudicata lesiva del commercio e dei rapporti bilaterali⁶¹. La principale accusa rivolta alla strategia contagionista fu però di non essere riuscita a impedire la propagazione del colera e la narrazione che i giornali e la stampa fecero dell'epidemia nella città di Napoli acui l'immagine fallimentare della politica sanitaria del governo a fronte delle gravissime carenze igienico-sanitarie di parte del Paese. In tale scenario, Depretis riconsiderò l'azione dell'esecutivo e,

⁵⁸ D.M. 5 agosto 1885 e D.M. 9 agosto 1885.

⁵⁹ Circolare 14 agosto 1885 dal ministero dell'Interno ai prefetti, in Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 116-117.

⁶⁰ Le spese furono approvate con R.D. 16 luglio 1884, n. 2526; R.D. 4 settembre 1884, n. 2664; L. 6 giugno 1885, n. 3161.

⁶¹ ACS, CD, b. 6, f. 46, telegramma di Morana a Depretis, 29 agosto 1884.

appoggiandosi anche alle indicazioni fornite dalla Conferenza sanitaria internazionale, riorientò l'intervento del governo verso una strategia maggiormente localista. Una decisione che nel campo degli esperti sancì la vittoria degli igienisti piemontesi e che non a caso coincise con l'ingresso di Pagliani tra i collaboratori dell'esecutivo.

Il nuovo approccio non impedì tuttavia all'epidemia di colpire nuovamente l'Italia. Il colera circolò nella Penisola per tutta l'estate e, nonostante il numero esiguo di vittime, alimentò un allarme crescente tra la popolazione. A inizio agosto i sindaci di Palermo, Messina e Catania chiesero quarantene analoghe a quelle dell'anno precedente per accedere alla Sicilia, ma il governo rifiutò tali provvedimenti, introducendo solo alla fine del mese cinque giorni di contumacia. Una misura che questa volta non riuscì a salvaguardare l'Isola dalla malattia. Il 7 settembre furono segnalati i primi casi sospetti a Palermo e nelle settimane successive il morbo si diffuse in città e in provincia, senza tuttavia propagarsi ulteriormente. Anche in questa occasione, la paura del colera spinse la popolazione a richiedere misure straordinarie. Le proteste portarono in poco tempo a gravi disordini, al punto che Morana inviò un contingente militare e rinforzi dei carabinieri per sedare i tumulti verificatisi in diverse parti dell'Isola⁶². Nel frattempo l'epidemia scemò rapidamente. Il 19 ottobre, con la cessazione di nuove segnalazioni sul continente, furono rimossi i punti d'osservazione sanitaria alla frontiera, mentre alla fine del mese fu normalizzato il traffico navale per la Sicilia. In quelle stesse settimane, Pagliani giunse a Palermo in qualità di commissario governativo incaricato di verificare l'origine e le cause della diffusione del morbo. A riprova dell'importanza acquisita dall'approccio localista, il resoconto del professore torinese fu poi allegato alla *Relazione* ufficiale sull'epidemia presentata da Morana al parlamento.

Decisori politici e potere degli esperti

Il rapporto tra decisori politici ed esperti può essere analizzato alla luce del diverso grado di legittimazione posseduto da questi ultimi e dai loro saperi. Come ha suggerito Guillaume Calafat, infatti, è l'*expertise*, più che l'esperto in sé, a costituire uno strumento di negoziazione e di compro-

⁶² Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 141-159.

messo tra la dimensione macro e quella micro, tra il dominio pubblico e il dominio privato⁶³. Nell'epidemia del 1884, gli esperti svilupparono un potere maggiore laddove i loro saperi godevano di riconoscimento e approvazione da parte delle autorità e dell'opinione pubblica. Essi non costituivano del resto un gruppo omogeneo, né sotto il profilo scientifico, né in riferimento all'inquadramento istituzionale: una condizione che rese talvolta il loro ruolo scarsamente formalizzato e che li condusse a costruire un diverso rapporto con i decisori politici a seconda che operassero a livello centrale o periferico. *Expertise* e collocazione istituzionale sono dunque i due aspetti presi in considerazione in questa sede per analizzare il potere degli esperti e la loro relazione con i decisori politici. In primo luogo sarà esaminata l'attività del Consiglio superiore di sanità in rapporto ai provvedimenti adottati dal governo centrale, mentre in seconda battuta saranno affrontati i casi di studio di Milano e Napoli, città nelle quali prevalsero, rispettivamente, i sostenitori della teoria del contagio e di quella localista.

Il Consiglio superiore di sanità era il massimo organo tecnico incaricato di «vegliare alla conservazione della sanità pubblica». Sebbene l'Allegato C gli attribuisse una funzione consultiva con deboli facoltà propositive, esso doveva essere «specialmente consultato» dal governo per tutto ciò che riguardava «le quarantene e il servizio sanitario che concerne le medesime»⁶⁴. Il Consiglio superiore di sanità era stato introdotto nell'ordinamento del regno di Sardegna nel 1847, prendendo a modello l'organo istituito in Francia durante la Monarchia di luglio. A differenza del suo omonimo d'oltralpe, caratterizzato da un'indiscussa autorità derivante dall'egemonia scientifica dall'élite medica parigina, il Consiglio superiore di sanità italiano fu l'esito di un compromesso tra le esigenze di efficienza amministrativa e quelle di rappresentanza territoriale proprie dello Stato postunitario. Esso era composto, infatti, da sei membri ordinari, prescelti tra i residenti nella capitale e incaricati di garantire continuità alle deliberazioni, e da sei membri straordinari, selezionati in base a criteri di provenienza geografica. Una soluzione che concedeva all'élite medica romana un'interlocuzione

⁶³ G. Calafat, *Expertise et compétences. Procédures, contextes et situations de légitimation*, in "Hypothèses", 1 (2014), pp. 102-103.

⁶⁴ R.D. 6 Settembre 1874, n. 2120 Regolamento per l'esecuzione delle Leggi sanitarie, Art. 23.

privilegiata con il governo, ma che al contempo riconosceva l'esistenza di diverse tradizioni scientifico-sanitarie nel Paese, formalizzandone la rappresentanza.

L'operato del Consiglio superiore di sanità può essere valutato in considerazione di due questioni chiave: la definizione degli ambiti di competenza del potere centrale e delle autorità locali e la partecipazione al processo decisionale che portò all'adozione delle quarantene di terra e dei cordoni sanitari. Riguardo al primo punto, il Csc redasse le *Istruzione pratiche sul colera* distribuite ai comuni ai primi di luglio 1884. Queste sollecitavano i sindaci a osservare scrupolosamente la normativa sanitaria e i regolamenti comunali d'igiene e chiedevano la denuncia tempestiva dei casi sospetti e il loro isolamento in strutture apposite⁶⁵. Tali indicazioni furono giudicate pienamente in linea con l'approccio contagionista seguito dal governo e ottennero il plauso della comunità scientifica nazionale⁶⁶. Con l'aggravarsi dell'epidemia, il Consiglio superiore di sanità coadiuvò inoltre il ministero nel sollecitare municipi e prefetture a intervenire in modo più energico e, parallelamente, frenò la spinta dei comuni a esorbitare dalle loro competenze. Esso avvallò quindi dal punto di vista tecnico la circolare 3 settembre 1884, con la quale si minacciava la destituzione dei sindaci che avessero introdotto contumacie o passaporti sanitari. Il Consiglio superiore di sanità svolse dunque una funzione importante nel delineare il perimetro dei poteri a disposizione delle autorità locali, sia sotto il profilo sanitario che sotto quello amministrativo.

Il rapporto intrattenuto con i decisori politici emerge però con maggiore chiarezza se esaminiamo il processo che condusse all'adozione delle quarantene terrestri e dei cordoni sanitari, le due misure caratterizzanti la fase iniziale dell'epidemia. Nel primo caso è evidente il ruolo marginale dell'organo esperto in luogo delle pressioni del parlamento e dell'opinione pubblica. Il 24 giugno 1884, su indicazione del Consiglio superiore di sanità, il governo ordinò ai prefetti di Torino, Cuneo e Porto Maurizio di sottoporre a visita medica i viaggiatori provenienti dalla Francia e di

⁶⁵ *Istruzioni pratiche del Consiglio Superiore di Sanità sul colera*, in Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 183-186.

⁶⁶ G. Strambio, *Cronaca del cholera indiano nel 1884*, Milano, Fratelli Rechiedei, 1884, pp. 59-65.

“trattenere” in appositi locali di isolamento solo coloro che manifestavano sintomi evidenti⁶⁷. Si proponeva dunque un approccio maggiormente in linea con la teoria localista, simile a quello poi messo in campo l’anno successivo. Nei giorni seguenti, l’interrogazione parlamentare di Baccelli e la presa di posizione di Semmola convinsero tuttavia il governo a chiudere le frontiere e a ordinare il “trattenimento” di cinque giorni per tutti i viaggiatori: misura che il Consiglio superiore di sanità fu chiamato, suo malgrado, a ratificare⁶⁸.

L’applicazione dei cordoni sanitari entro i confini nazionali fu invece l’esito di un iter decisionale puramente incidentale. Il 22 luglio 1884 Edoardo Maragliano fu inviato dal prefetto di Genova nel circondario di Spezia per verificare alcune denunce di colera e, giunto sul luogo, il medico decise di cordonare in via precauzionale il comune di Riomaggiore ricorrendo al supporto dell’esercito. Il borgo rimase isolato per diversi giorni, nonostante la mancata conferma dei casi sospetti o l’insorgere di nuovi, e la medesima disposizione fu estesa nel frattempo anche all’isola di Palmaria, di fronte a La Spezia⁶⁹. La misura del cordone sanitario entrò, in questo modo, nel repertorio dei provvedimenti a disposizione dell’esecutivo. L’iniziativa di un esperto locale con un mandato circoscritto fu infatti confermata dal governo e accolta come pratica sanitaria valida e generalizzabile su tutto il territorio nazionale. In questo caso il Consiglio superiore di sanità non svolse neppure una funzione di ratifica a posteriori.

Il rapporto tra esperti e decisori politici a livello centrale non si configurò quindi in modo univoco. Il Consiglio superiore di sanità ebbe un ruolo importante nello stabilire i margini d’intervento delle autorità locali e nella ripartizione di competenze tra queste e l’esecutivo. L’organo esperto non fu invece coinvolto in alcune delle decisioni più rilevanti e in diversi casi fu convocato semplicemente per ratificare ex post provvedimenti già presi⁷⁰. Il governo ricercò un riscontro alla propria strategia sanitaria

⁶⁷ ACS, CD, b. 5, f. 38, telegramma di Depretis ai prefetti di Cuneo, Porto Maurizio e Torino, 24 giugno 1884.

⁶⁸ Il parere del Csc è in Morana, *Il colera in Italia*, cit., pp. 7-8.

⁶⁹ E. Maragliano, *Il colera a Genova e in Liguria*, in “Giornale della Società di letture e conversazioni scientifiche di Genova”, 6 (1885), pp. 388-406. Vedi anche F. Pierotti, *Relazione del colera a Spezia*, La Spezia, Eredi Arciroffo, 1884.

⁷⁰ Zampa, *Storia del colera del 1884*, cit., pp. 169-172.

all'esterno dell'amministrazione statale, piuttosto che nell'organo tecnico preposto per legge a consigliarlo, e se l'opinione pubblica, le pressioni politiche e le istanze provenienti dai territori furono spesso in grado di orientarne le scelte, determinante fu il sostegno offerto da autorevoli esponenti della comunità scientifica. In proposito abbiamo visto il ruolo della Reale società italiana d'igiene nel legittimare la strategia contagionista durante la prima fase dell'emergenza. Altrettanto importante fu però la rete di relazioni personali di Depretis. Nel corso dell'epidemia quest'ultimo mantenne infatti contatti diretti con Baccelli e Maragliano, i quali poterono così suggerirgli, in via informale, possibili soluzioni per il contenimento del colera⁷¹, nonché proporsi come portavoce ufficiosi della posizione governativa presso la loro comunità epistemica di riferimento⁷². Il basso tasso di formalizzazione che connotava queste relazioni è un dato preminente nel rapporto tra esperti e decisori politici. In uno scenario in cui il governo ricercava fuori dal perimetro statale le competenze e l'*expertise* richieste per fronteggiare l'epidemia, il ruolo degli esperti fu connotato da una debole istituzionalizzazione e dal prevalere di una relazione informale con i vertici dell'esecutivo.

Se dal centro spostiamo l'attenzione alle periferie del Regno, il rapporto tra esperti e decisori politici pare configurarsi in modo differente. Un caso esemplare, a riguardo, è quello di Milano. Il capoluogo lombardo fu solo sfiorato dal colera, annoverando nove casi e sei decessi, ma ciononostante attuò una serie di misure eccezionali attribuendo un potere notevole ai tecnici. Il 4 luglio 1883, all'annuncio della presenza del colera in Egitto, il sindaco istituì una Commissione straordinaria di sanità, incaricata di realizzare tutte le misure necessarie a prevenire l'arrivo dell'epidemia in città. Sebbene nella Commissione fosse presente l'assessore alla sanità Gottardo Dell'Acqua, la presidenza fu affidata a Gaetano Strambio, medico, vicepresidente del Consiglio provinciale di sanità, nonché convinto fautore della teoria contagionista. Strambio era inoltre vicepresidente della Reale società italiana d'igiene, sodalizio cui appartenevano tutti i membri

⁷¹ ACS, CD, b. 5, f. 40, telegramma di Baccelli a Depretis, 2 agosto 1884; *Ivi*, f. Genova, telegramma di Depretis al prefetto di Genova, 4 agosto 1884.

⁷² *Ivi*, telegramma del prefetto di Genova a Depretis, 15 agosto 1884.

della Commissione e del Consiglio provinciale di sanità⁷³. La Commissione intraprese una serie di iniziative di chiara impronta contagionista: uffici di vigilanza e case di contumacia furono organizzati in ogni quartiere, mentre furono istituite case di soccorso con funzione di lazzaretti. Sul piano regolamentario furono ripristinate le norme adottate nell'epidemia del 1867, alle quali furono affiancate istruzioni per il "trattenimento" sanitario dei sospetti e l'espurgo dei locali. Il controllo del territorio fu affidato a sub-commissioni mandamentali, le cui ispezioni segnalavano circa 20.000 «inconvenienti sanitari» e ottennero oltre 8000 «ingiunzioni d'opera» da parte del municipio⁷⁴. Un'attività frenetica che proseguì nell'estate successiva, quando la Commissione fu confermata nonostante l'avvicendamento del sindaco. Il nuovo primo cittadino Gaetano Negri era del resto anch'egli socio della Società d'igiene, così come erano suoi iscritti tutti i membri della Commissione scientifica per lo studio dell'eziologia del colera nominata congiuntamente, sempre nell'estate del 1884, dagli Istituti ospedalieri, dal Consiglio provinciale di sanità e dalla Commissione straordinaria⁷⁵.

La Reale società italiana d'igiene risulta quindi un network capace di ricomprendere autorità politiche ed esperti all'insegna di una comune strategia sanitaria. Se la dottrina contagionista rappresentava il sostrato teorico di tale strategia, la Commissione straordinaria possedeva l'*expertise* necessaria a tradurla in un insieme di pratiche e di interventi precisi. La Commissione era infatti guidata da esperti e nei mesi dell'epidemia reclutò il proprio personale, gestì le proprie risorse, approntò le infrastrutture sanitarie e promulgò regolamenti e istruzioni godendo di ampia autonomia. Oltre a interventi di carattere emergenziale, essa richiese al comune anche la realizzazione di provvedimenti strutturali, come la costruzione di un ospedale per le malattie contagiose e la pianificazione di un nuovo sistema fognario e delle acque potabili. La forza del network igienista fu quindi in grado di legittimare gli esperti e di conferirgli un potere anche proget-

⁷³ La Commissione straordinaria di sanità di Milano era composta da Gaetano Strambio (presidente), Cesare Todeschini (vicepresidente), Giovanni Brocca, Gottardo Delfini, Felice dell'Acqua, Edoardo Porro, Cesare Osnago, Luigi Gabba, Luigi Carpani.

⁷⁴ Commissione Municipale straordinaria di Sanità, *I provvedimenti contro il colera nel biennio 1883-1884. Relazione*, Milano, Pirola, 1885.

⁷⁵ Reale Società Italiana d'Igiene, *Prima Conferenza clinica sul colera*, in "Giornale della Reale Società italiana d'Igiene", 11-12 (1884), pp. 740-741.

tuale e programmatico nel campo della sanità. In questa attività Strambio assunse un ruolo cardine, poiché i suoi molteplici incarichi lo rendevano il punto di raccordo tra il prefetto, il comune e la Società d'igiene. Il caso milanese mette in luce, dunque, il potere sviluppato dagli esperti in talune realtà locali e la loro relazione non meramente subalterna con le autorità amministrative e i decisori politici.

Una situazione differente venne a crearsi a Napoli, non solo per la gravità assunta dall'epidemia in quella città, ma soprattutto per la diversa configurazione del rapporto tra esperti e poteri locali⁷⁶. Nel capoluogo campano i primi casi di colera furono segnalati alla fine di agosto e il governo, conformemente a quanto stabilito dalla normativa, lasciò la gestione dell'epidemia nelle mani del sindaco Nicola Amore e dell'assessore all'igiene Teodosio De Bonis. Quest'ultimo era un medico e un convinto fautore della dottrina localista, caratteristica che condivideva con larga parte dell'élite scientifica cittadina⁷⁷. A Napoli non furono nominati organi straordinari per affrontare l'emergenza e De Bonis ricomprese nella propria persona il ruolo di decisore politico e quello di esperto. Il comune attuò quindi una strategia ispirata ai principi del localismo e intervenne su quelli che erano reputati i tre fattori causali del colera: la predisposizione individuale, l'ambiente e il microbo. Un servizio di cucine economiche, che distribuiva quotidianamente 18.000 pasti, fu istituito allo scopo di rafforzare le difese organiche della popolazione, mentre per purificare l'aria dai miasmi nocivi furono ordinati suffumigi di zolfo e acido solforico in tutte le strade. Una misura, quest'ultima, che alimentò le voci circa il desiderio delle autorità di avvelenare le classi povere. Nel tentativo di isolare il morbo fu inoltre resa obbligatoria l'ospedalizzazione dei malati nei nosocomi di Canocchia e di Piedigrotta e fu previsto l'intervento di squadre di disinfettori nelle abitazioni ove si erano verificati casi sospetti. Provvedimenti che non fece-

⁷⁶ Sull'epidemia a Napoli, oltre al volume già citato di Snowden, vedi V. Pacifici, *L'epidemia colerica del 1884 in Italia, con particolare riguardo a Napoli*, in Magliani, Ugolini, *Dalla pubblica incolumità*, cit., pp. 93-131.

⁷⁷ E. De Renzi, *Sul colera di Napoli (1884)*, in "Rivista clinica e terapeutica", 2 (1885), pp. 57-73; E. Fazio, *Il colera del 1884 in Napoli*, in "Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene", 7 (1885), pp. 461-501; E. Fazio, *L'epidemia colerica e le condizioni sanitarie di Napoli*, Napoli, Stab. Tip. dell'Unione, 1884.

ro che esacerbare ulteriormente il malcontento della popolazione⁷⁸.

Il governo non interferì con queste attività, ma fornì il proprio supporto economico e logistico, inviando aiuti alimentari e reperendo risorse aggiuntive anche presso privati⁷⁹. L'intervento del comune fu però affiancato da una rete assistenziale indipendente, sorta in modo spontaneo e volontario, che andò organizzandosi sulla base di associazioni di matrice essenzialmente politica. La più importante di queste fu la Croce bianca, il cui servizio sanitario fu diretto da Mariano Semmola⁸⁰. Quest'ultimo incentrò l'attività del sodalizio sulla cura a domicilio dei malati, piuttosto che sull'ospedalizzazione forzata, prospettando in questo modo una strategia medico-assistenziale alternativa a quella promossa dal municipio. L'accettazione delle squadre volontarie nei quartieri poveri della città, a differenza dell'ostilità manifestata verso gli inviati del comune, ottenne ampia visibilità sui quotidiani e sulla stampa politica e consacrò il successo della strategia del professore napoletano. Semmola assunse così una posizione di primo piano nella gestione dell'emergenza, nonostante non ricoprì alcun ruolo istituzionale, e il suo notevole potere situazionale ottenne un riconoscimento alcuni mesi più tardi, quando fu nominato delegato governativo alla Conferenza sanitaria internazionale di Roma.

Il ruolo degli esperti assunse quindi specifiche peculiarità secondo il contesto locale nel quale questi si trovarono a operare. Prefetture e municipi necessitavano di competenze in grado di organizzare l'intervento sanitario sul proprio territorio, rendendo di fatto inevitabile il coinvolgimento di figure tecniche. A livello locale gli esperti dispiegarono perciò il loro potere con maggiore incisività, valorizzando la loro *expertise* e svolgendo

⁷⁸ ACS, *Ministero dell'Interno* (d'ora in poi MI), *Gabinetto*, b. 14, f. Napoli, *Relazione sullo spirito pubblico. 2° semestre 1884*, 13 giugno 1885.

⁷⁹ Il governo, attraverso il ministro Grimaldi, obbligò il Banco di Napoli a porre nelle disponibilità del comune 250.000 lire da destinare a soccorsi e sussidi ai poveri della città. Vedi: Atti parlamentari, Camera dei deputati, *Discussioni*, Legislatura XV, 1° Sessione, tornata del 27 novembre 1884, pp. 9719-9723. Sul ruolo dell'esercito nella gestione dell'epidemia D. Biocca, *Colera, esercito e volontari a Napoli. La crisi del 1884 e il prologo del risanamento*, in *Deputazione di storia patria per l'Umbria, Esercito e città dall'Unità agli anni trenta*, Vol. 1, Roma, Panetto & Petrelli, 1989, pp. 391-412.

⁸⁰ R. De Zerbi, *Croce bianca e Croce rossa: Colera del 1884*, Stab. Tip. Pesole, 1884.

una funzione di intermediazione e di traduzione scientifico-amministrativa tra centro e periferia. La loro attività si rivelò però problematica per almeno due ragioni. Essi, anche in provincia, non sempre erano figure dotate di un profilo istituzionale riconosciuto e la loro provenienza esterna ai circuiti della pubblica amministrazione poteva generare tensioni e conflitti con le autorità sanitarie ufficiali. Inoltre, gli esperti presenti sul territorio non sempre condividevano l'indirizzo sanitario adottato dal governo: alla luce di tradizioni medico-scientifiche radicate a livello regionale, i tecnici impegnati sul campo ricorsero a strategie tra loro dissimili, talvolta contrapposte a quelle promosse dal potere centrale.

Il rapporto tra centro e periferie

La relazione tra centro e periferie e il rapporto tra esperti e decisori politici sono dunque problematiche strettamente intrecciate. La legislazione postunitaria lasciava ai comuni la responsabilità di amministrare il settore sanitario attraverso i loro regolamenti d'igiene⁸¹, mentre riservava l'intervento diretto del governo ai casi di «importazione di morbi esotici» e alle «grandi epidemie»⁸². Nel 1884 prevalse pertanto un'applicazione testuale della normativa. L'esecutivo decise inizialmente di conservare alle autorità locali l'intervento sul territorio, sollecitando i municipi a osservare i loro regolamenti d'igiene e le *Istruzioni* inoltrate dal Consiglio superiore di sanità. Queste ultime non fornivano procedure categoriche circa la prevenzione o il contenimento del colera e si limitavano a suggerire indicazioni di massima coerenti all'approccio contagionista adottato dal governo. L'azione dell'esecutivo non si configurò, quindi, come un comando diretto e imperativo, ma piuttosto come un impulso, un'esortazione rivolta alle autorità locali affinché si attivassero per fronteggiare l'epidemia, una richiesta di mobilitazione ampiamente riconducibile alle dinamiche del centralismo debole che connotavano lo Stato liberale.

Il governo decise di estendere il suo intervento e di dispiegare l'eserci-

⁸¹ M. Soresina, *I regolamenti comunali d'igiene e i medici poliziotti nell'Italia unita (1859-1914)*, in L. Antonielli (a cura di), *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione quotidiana*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2015, pp. 207-220.

⁸² Circolare 1° settembre 1870, n. 20769 del ministero dell'Interno, Norme generali per la compilazione dei regolamenti comunali.

to nei punti critici solo alla fine di luglio, quando il proliferare di focolai dimostrò l'inefficienza dei comuni. In agosto Depretis si diceva convinto che il dilagare del colera fosse dovuto «alla negligenza e ai ritardati provvedimenti dell'autorità politica», motivo per cui era necessario «accrescere anziché diminuire le misure per l'isolamento dei luoghi e delle persone infette»⁸³. L'esecutivo deliberò allora di inviare commissari speciali nei circondari maggiormente colpiti dal morbo. Questi, pur non esautorando formalmente il prefetto o il sottoprefetto, divennero i referenti del governo nella gestione locale dell'emergenza⁸⁴. Il loro profilo era prettamente amministrativo, essi, cioè, non erano tecnici, medici o esperti in sanità pubblica, bensì funzionari del servizio di ispezione del ministero dell'Interno dipendenti dall'ufficio di gabinetto. Le loro attribuzioni non furono stabilite ufficialmente, ma il loro compito era chiaramente quello di accelerare l'implementazione delle disposizioni emanate dal potere centrale, reperendo sul territorio le risorse e gli strumenti occorrenti a contrastare l'epidemia⁸⁵. I commissari furono quindi incaricati di attuare quei provvedimenti che le autorità locali non erano state in grado di realizzare in modo autonomo.

L'azione di governo poteva indirizzarsi anche alla rettifica delle misure adottate dai comuni, poiché, come visto, la mobilitazione richiesta a questi ultimi provocava talvolta iniziative indesiderate, disallineate alle indicazioni dell'esecutivo. Il 17 agosto 1884, l'insorgere di alcuni focolai nel circondario di Isernia fece temere che l'epidemia potesse raggiungere la capitale. Allo scopo di contenere la malattia, Depretis ordinò al prefetto di Napoli di inviare sul luogo una Commissione sanitaria composta di membri del Consiglio provinciale di sanità partenopeo⁸⁶. La Commissione, di concerto con il commissario governativo, decise di applicare misure fortemente restrittive: diversi comuni furono isolati con cordoni sanitari, la cui rimozione fu prevista trascorsi venti giorni dall'ultimo caso di colera,

⁸³ ACS, CD, b. 6, f. 46, telegramma di Depretis a Morana, 17 agosto 1884.

⁸⁴ Commissari speciali furono inviati a Bergamo, Isernia, Genova e in Garfagnana.

⁸⁵ Cfr. ACS, CD, b. 6, f. 47, telegramma di Cicognani (commissario in Garfagnana) a Depretis, 21 agosto 1884; *Ivi*, telegramma di Gamba (commissario in Molise) a Depretis, 27 agosto 1884.

⁸⁶ ACS, CD, b. 6, f. 46, telegramma di Depretis a Morana, 17 agosto 1884.

mentre un secondo anello di contenimento fu allestito nei municipi limitrofi, all'interno dei quali la libertà di circolazione fu subordinata al possesso di un «foglio di via sanitario» vistato dal sindaco e valido ventiquattro ore⁸⁷. Alla notizia del provvedimento, molti comuni dell'Italia centrale, del tutto estranei al focolaio, subordinarono l'ingresso nel loro territorio alla presentazione di «patenti di sanità» certificanti la permanenza per almeno venti giorni in una località non infetta. In questo caso, una misura che gli esperti intendevano applicare solo a una determinata area del Paese fu riproposta dalle autorità locali in modo del tutto arbitrario, producendo interpretazioni e realizzazioni assolutamente difformi dalle finalità originarie. Posto di fronte al fatto compiuto, Morana propose di regolarizzare la situazione con un'apposita ordinanza, così da non contraddire la deliberazione dei tecnici incaricati dal ministero⁸⁸. Depretis si disse tuttavia contrario, non per questioni di merito, ma perché il provvedimento avrebbe richiesto di prolungare le quarantene ai confini terrestri, con un conseguente aggravio di spesa⁸⁹.

La principale criticità nell'ordinamento sanitario postunitario era la mancanza di esperti in grado di mediare tra centro e periferia sulla base di un'unica *expertise*, riconosciuta e condivisa: figure capaci di tradurre in modo coerente le richieste provenienti dal governo e, al contempo, comunicare a quest'ultimo le condizioni presenti sul territorio. L'assenza di figure di questo tipo destinava all'inefficacia ogni strategia sanitaria pianificata a livello centrale. Non è un caso che il principale punto programmatico della Reale società italiana d'igiene fosse la costituzione di un corpo di funzionari tecnici della sanità, poiché, come ebbe a scrivere Angelo Mosso proprio in quei mesi: «le vere mancanze in questa sventura devono cercarsi nella mancanza di una organizzazione scientifica e tecnica nei poteri dello Stato»⁹⁰.

⁸⁷ A. Cantani, *Il colera nel circondario di Isernia*, in "Gazzetta di Medicina Pubblica", 2 (1885), pp. 39-45.

⁸⁸ ACS, CD, b. 6, f. 46, telegramma di Morana a Depretis, 22 agosto 1884.

⁸⁹ *Ivi*, telegramma di Depretis a Morana, 23 agosto 1884.

⁹⁰ A. Mosso, *Le precauzioni contro il colera e le quarantene*, in "Nuova Antologia", 47 (1884), p. 303.

In assenza di un sistema di intermediazione tra centro e periferie fondato su personale con competenze omogenee, il governo finì spesso con l'orientare il proprio operato sulla base di una negoziazione informale con le comunità locali. Il percorso che portò alla rimozione del cordone sanitario attorno a La Spezia rappresenta un esempio emblematico a riguardo⁹¹. Depretis ipotizzò di terminare l'isolamento della cittadina il 7 settembre, ma prima sondò i prefetti delle province limitrofe riguardo alle possibili reazioni della popolazione alla cessazione della misura di contenimento⁹². Una procedura, questa, del tutto analoga a quella adottata solo pochi giorni prima per la rimozione delle quarantene ai confini terrestri⁹³. La risposta negativa fornita dai prefetti, che paventavano manifestazioni e disordini, convinse il governo a mantenere il cordone sanitario⁹⁴. Nei giorni seguenti le pressioni nei confronti dell'esecutivo divennero però incalzanti, con parlamentari ed esponenti politici che invocavano la fine dell'isolamento e sindaci e prefetti delle province contermini che ne chiedevano la prosecuzione⁹⁵: una situazione di tensione e incertezza crescente, che culminò la sera del 16 settembre, quando una manifestazione di cittadini di La Spezia cercò di forzare il blocco attorno alla città provocando scontri con l'esercito⁹⁶. Nella decisione del governo non intervenne alcuna valutazione tecnica ad opera di esperti o di organismi sanitari e le deliberazioni adottate furono, ancora una volta, il risultato di negoziazioni e contatti in larga parte informali.

Conclusioni

L'epidemia del 1884-85 fu un'importante acceleratore di trasformazioni istituzionali e sociali, che impose un'interlocuzione continua tra decisori

⁹¹ Cfr. S. Oldoini, *Storia delle epidemie di colera avvenute nel Comune di Spezia durante gli anni 1884-85-86*, in "Annali Universali di Medicina", 845 (1887), pp. 337-383.

⁹² ACS, CD, b. 6, f. 49, telegramma di Depretis a Morana, 7 settembre 1884.

⁹³ *Ivi*, f. 46, telegramma di Depretis a Morana, 29 agosto 1884.

⁹⁴ ACS, CD, b. 6 bis, f. 51, telegramma del prefetto di Genova a Depretis, 10 settembre 1884.

⁹⁵ Cfr. ACS, CD, b. 6, f. 48, telegramma dell'onorevole Luigi Borghi a Depretis, 12 settembre 1884; *Ivi*, telegramma dell'onorevole Luigi Borghi a Depretis, 14 settembre 1884.

⁹⁶ ACS, MI, *Gabinetto*, b. 10, f. Genova, *Relazione sullo spirito pubblico e l'andamento dei vari servizi. 2° semestre 1884*, 27 gennaio 1885.

politici ed esperti al fine di gestire l'emergenza sanitaria. Il rapporto tra potere politico e potere degli esperti assunse tuttavia caratteristiche differenti a livello centrale e periferico e anche in provincia emersero divergenze e specificità in base al profilo istituzionale degli esperti e al grado di legittimità di cui godeva la loro *expertise*. A margine degli incarichi ufficiali, gli esperti furono inoltre capaci di costruire meccanismi di riconoscimento, e di potere, del tutto informali, talvolta fondati sulla rete di rapporti personali e politici intrattenuti con le autorità locali o con i vertici del governo. Tali dinamiche si innestarono sui canali che regolavano il rapporto tra autorità centrale e periferie, producendo sul territorio un insieme di pratiche frammentate e disomogenee nella gestione dell'epidemia. La difformità nell'*expertise* a disposizione dei tecnici e la delega di facoltà decisionali agli esperti locali furono quindi aspetti dello stesso problema, nonché cause immediate all'origine della confusa gestione dell'emergenza.

La conseguenza più importante dell'epidemia fu la promulgazione della riforma sanitaria del 1888, la cui innovazione cruciale fu l'introduzione della figura del medico provinciale quale intermediario tecnico tra centro e periferia. La legge realizzò un riordino complessivo dell'amministrazione sanitaria, prima ancora che attraverso la ridefinizione degli assetti istituzionali, tramite l'uniformazione delle competenze e del bagaglio cognitivo dei nuovi funzionari. Un risultato, questo, conseguito con l'istituzione di un'unica sede di formazione e addestramento per il personale sanitario del ministero: la Scuola di perfezionamento nell'igiene pubblica di Roma, diretta da Pagliani. L'omogeneità dell'*expertise* a disposizione dei nuovi funzionari, e il loro stretto collegamento con il centro amministrativo, permise di avviare una politica sanitaria intesa a modernizzare le arretrate periferie del paese, ma realizzò soprattutto la preconditione indispensabile a tale progetto, e cioè il ridimensionamento e il controllo del potere situazionale che gli esperti e le élite scientifiche locali avevano dimostrato di saper sviluppare.