

Epidemie, paura, politica. Una prospettiva di lungo periodo

Antonella Barzani

Vorrei proporre nelle pagine che seguono alcune considerazioni che uno storico dell'età moderna può svolgere a margine del difficile e ormai non breve periodo trascorso dall'esordio della pandemia di Covid-19.

È stato spesso rilevato che la riflessione sull'impatto del Covid ha toccato soprattutto gli ambiti della sanità e dell'economia, molto meno le conseguenze sociali della crisi. Quanto alla storia, è entrata nel dibattito pubblico – più nella prima fase che in seguito – con il richiamo, anzitutto, ai precedenti novecenteschi (in particolare all'influenza “spagnola”), alla ricerca di comparazioni e possibili orizzonti di evoluzione della pandemia attuale. Non sono però mancati altri riferimenti: fin dall'inizio infatti il Covid è stato anche definito “piccola peste”, “pseudopeste”. Attraverso l'associazione con la malattia-simbolo dell'epidemia, nella sua forma più minacciosa e devastante, si è messo così in gioco un passato più lontano, che dal tardo medioevo si prolunga per gran parte dell'età moderna. C'è da chiedersi se, con questo, si sia fatto un “buon uso” della storia. Direi di no, che si è trattato piuttosto di un uso parziale e fuorviante. Le reazioni alle epidemie da parte delle società europee lungo i secoli che precedono l'Ottocento sono state appiattite sotto il segno dell'impotenza contro un nemico invisibile, presentate come frutto d'irrazionalità, dell'incapacità di andare oltre lo schema elementare dell'esclusione e della separazione. Lazzeretti e quarantene hanno finito per essere implicitamente assimilati all'ultima spiaggia del *lockdown* totale, con i suoi disastrosi effetti sociali ed economici.

Certo mancava nelle società dell'età moderna la conoscenza dell'agente patogeno e dei meccanismi di trasmissione della peste, così come di tante altre malattie contagiose. Solo nel 1894 fu isolato il batterio della peste, veicolato dalla pulce dei ratti, per secoli assidui compagni di vita dell'uomo. Quelle società

erano quindi indifese da un punto di vista scientifico e tecnologico. Sperimentarono però pratiche e soluzioni che meritano di essere considerate con maggiore attenzione, mettendo da parte atteggiamenti che, ancorati esclusivamente ai modelli conoscitivi delle cosiddette scienze dure, svalutano o ignorano le forme di difesa adottate dai nostri antenati. I tanti studi condotti su questi aspetti dagli storici, a partire dagli anni settanta del Novecento, ci consentono di gettare uno sguardo su reazioni e risposte messe in atto nei diversi contesti europei.

La peste – assente dall'Europa dal VI secolo – vi era ricomparsa poco prima della metà del Trecento. Arrivava da est, probabilmente dai porti del mar Nero, e attraverso il Mediterraneo orientale era approdata in Sicilia per dilagare quindi verso nord e a est e compiere nell'arco di circa cinque anni il giro del continente. Da allora rimarrà una presenza endemica, caratterizzata da esplosioni acute ricorrenti, e si dividerà il campo con altre malattie – il tifo, le febbri infettive di varia natura – collegate alle condizioni igieniche precarie tipiche soprattutto delle città. L'ondata del 1348-53, che si portò via da un terzo a un quarto della popolazione europea, fu seguita da repliche più localizzate nel corso del Quattrocento, quindi dalle grandi fiammate del 1576-77 e del 1630-31. Il Seicento, secolo di crisi e transizioni, fu particolarmente critico: se nei primi anni trenta furono l'Europa centro-orientale e l'Italia settentrionale e centrale a essere colpite, la peste si ripresentò con violenza nel 1656-57 a Genova, a Roma e a Napoli, flagellò Londra nel 1665, accompagnata l'anno dopo dal grande incendio che distrusse in gran parte il tessuto urbanistico cittadino, in una tragica sequenza rievocata a quasi mezzo secolo di distanza da Daniel Defoe. Quelle scoppiate a Marsiglia nel 1720 e nel 1743 a Messina sono in genere indicate come le ultime grandi pestilenze mediterranee. In quest'arco plurisecolare, ma anche oltre la metà del Settecento, contiamo però una nutrita serie di altri episodi che originano per lo più nei grandi porti, negli snodi dei traffici di terra, in zone attraversate da eserciti.

I secoli dell'età moderna sono segnati dunque dalla costante convivenza con la peste e con la sua portata distruttiva, incomparabile – lo sappiamo – con quella dell'epidemia che stiamo attraversando. Quantifichiamone sommariamente l'impatto riferendoci all'andamento della popolazione di Venezia. Gli oltre centomila abitanti stimati per il periodo che precede il 1348 si riducono, dopo la pestilenza, grosso modo alla metà: un'ecatombe in cui alle morti si assommano, come sempre, le fughe dalla città. Negli anni sessanta del Cinquecento Venezia si avvicina ai 170.000 abitanti, ma l'epidemia del 1576-77 spinge la curva verso il basso, sui 120.000, poi risaliti a 134.000 nel 1581. Gli oltre 140.000 individui presenti in città nel 1624 saranno ridotti a circa 100.000 dopo l'ondata del 1630-31, anche qui con una ripresa piuttosto rapida, se già nel 1642 la popolazione

cittadina si aggirava intorno ai 120.000 abitanti. Si tratta di un caso rappresentativo dell'incidenza della peste nei maggiori centri urbani d'Europa. Effetti ancora più pesanti e una cronologia diversa, protratta ben dentro l'Ottocento, si registrano per l'Asia. D'altro canto i numeri europei risultano incomparabili con quelli relativi all'America centrale e meridionale, dove gli spagnoli condussero un carico d'infezioni di varia natura – dal vaiolo ai virus influenzali – dall'elevatissima letalità. Le malattie associarono qui la propria azione devastante a quella dello sfruttamento e della destrutturazione delle comunità locali, contribuendo a un'ecatombe che ridusse le popolazioni indigene a un decimo della loro consistenza.

A lungo le società del vecchio continente vanno incontro a ripetute distruzioni del patrimonio demografico, al periodico sconvolgimento dei ritmi delle attività urbane e rurali, all'interruzione dei flussi commerciali, locali e di lungo raggio. La sfida dell'epidemia imprime però una forte spinta alla creazione di uffici di sanità, prima temporanei quindi resi più duraturi e ramificati dalle capitali e dai centri urbani principali nei rispettivi territori. È uno sforzo organizzativo di ampia portata quello che investe l'Europa a partire dal Quattrocento – che vede in prima linea l'Italia centro-settentrionale, più diffusamente urbanizzata, al centro di vie di traffico marittime e terrestri. All'interno di un quadrilatero delimitato da Venezia, Milano, Genova e Firenze, nascono strutture amministrative per la gestione dell'emergenza: si individuano spazi dove ricoverare malati e sospetti, si definiscono periodi di contumacia differenziati per uomini e merci, le quarantene – così chiamate anche se hanno durata variabile e raramente raggiungono i quaranta giorni –, che mettono in atto l'idea intuitiva del distanziamento fisico e sociale. Prendono così forma gli apparati descritti da romanzi come *I promessi sposi* di Manzoni. Si tratta di apparati fortemente gerarchizzati, alla base dei quali troviamo becchini e monatti incaricati della rimozione dei cadaveri e della distruzione, per lo più con il fuoco, di indumenti e suppellettili ritenuti veicoli di contagio. Siamo qui anche ai livelli più bassi della scala sociale: i monatti sono per lo più dei marginali, delinquenti condannati a gravi pene o detenuti liberati per svolgere incombenze rifiutate da altri. L'organigramma comprende poi gli inservienti di lazzaretti e ospedali, le guardie da collocare lungo le vie di transito e alle porte delle città, i chirurghi-cerusici che agiscono sul corpo dei malati, con incisioni dei bubboni e somministrazione di cure. I medici "teorici", formati nelle università sui classici della medicina antica e sulla filosofia naturale aristotelica, sono invece incaricati della diagnosi.

Non siamo naturalmente davanti a sistemi sanitari statali paragonabili a quelli attuali. Di questi ultimi gli apparati di antico regime non hanno anzitutto la stabilità: in particolare nei centri minori vengono implementati sotto la

pressione del pericolo e smobilitati in tutto o in parte non appena il contagio sembra frenare, per ridurne i costi. Fino almeno allo scorcio del Seicento lo Stato dispone di strutture amministrative esili, che stentano a raggiungere le periferie. Il suo impegno in ambiti considerati oggi tipicamente pubblici – la sanità, l’istruzione – non è neppure concepibile. In prima linea nell’organizzazione delle difese contro la peste sono le amministrazioni municipali, espresse dalle élites locali e dai gruppi abbienti, da sempre molto attivi nella gestione della carità e dell’assistenza alle masse di poveri, di malati e d’invalidi che affollano le città di antico regime. Gli “ufficiali di sanità” si trovano caricati di compiti enormi, da affrontare con risorse finanziarie sempre inadeguate: devono imporre il confinamento nelle case e nei lazzaretti, fornire generi alimentari e nuovi indumenti alle persone in isolamento, disporre controlli, registrare dati, vincere la renitenza alle regole prescritte, si tratti degli abitanti di un villaggio toscano che infrangono i divieti per andare a vendemmiare nel contado o di comandanti e marinai che cercano di eludere il fermo forzato delle loro navi in una grande città portuale. L’alternativa drammatica tra sanità ed economia è sempre davanti agli occhi di governanti e amministratori, ritorna ossessivamente nelle fonti prodotte dai loro uffici. E le soluzioni adottate sono articolate, tutt’altro che univoche.

Consideriamo ancora il caso di Venezia, una capitale mercantile che per tutta l’età moderna mantiene una funzione internazionale. Venezia può contare su una tradizione antica e collaudata di relazioni con i porti del Mediterraneo orientale, da cui spesso la peste si propaga al resto del continente. Le autorità veneziane sanno che la città non può vivere a lungo se gli scambi si fermano del tutto; sono peraltro ben consapevoli che se la peste entra non ci saranno poi altri rimedi. Quando il contagio si avvicina cercano quindi non di bloccare il commercio, ma di filtrarlo e di renderlo possibile, a ritmi temporaneamente ridotti. Ecco perciò comparire, tra gli anni venti e i sessanta del Quattrocento, due lazzaretti con funzioni differenti, collocati in zone distinte della laguna. Per passi successivi si precisa inoltre un sistema di cordoni sanitari che percorre lo Stato di terraferma e ne segmenta i confini. La strategia veneziana – promossa, come ha ricordato di recente Daniele Andreozzi, con il motto «la salute è l’anima del commercio» – punta soprattutto sull’applicazione di misure selettive ai flussi di uomini e merci, tanto marittimi che terrestri, e sullo sviluppo di una rete informativa capace di seguire gli itinerari del contagio, di realizzare – in altri termini – un efficace tracciamento.

In tutto questo quale il ruolo specifico dei medici? Neppure loro conoscono realmente il nemico contro cui si battono: le teorie dominanti riconducono la peste alla corruzione dell’aria, resa infetta da atomi velenosi derivanti da

materiale in putrefazione. Tali teorie ispirano la realizzazione del particolare abito del medico della peste, la cui immagine è molto circolata nella fase iniziale dell'epidemia di Covid-19: una veste di lino incerato completata da guanti, occhiali e da un lungo becco contenente aromi purificanti. Un dispositivo di protezione individuale – per definirlo nei termini di oggi – che si afferma in Francia all'inizio del Seicento, per diffondersi quindi nel resto d'Europa. Carlo Cipolla, forse il più noto tra gli storici delle epidemie cinque-seicentesche, lo ha indicato come un esito efficace di idee insussistenti: i medici risultavano infatti protetti non dalla putrefazione dell'aria, ma dalle pulci, che alla tela cerata non si attaccavano. Al di là della consistenza delle loro convinzioni, i medici sono comunque attori di primo piano sulla scena della pestilenza. Sollecitati dalle autorità, procedono alla diagnosi, al riconoscimento del morbo, sulla base non solo delle teorie scientifiche allora accreditate, ma anche di un patrimonio di osservazioni empiriche, di descrizioni di sintomi e segni che s'incrementa a ogni ondata epidemica. Dichiarare ufficialmente che la peste c'è, che è entrata in una città, in un territorio significa assumersi una responsabilità delicata, compiere un gesto dalla grande rilevanza politica. Gli ufficiali di sanità premono alternativamente per accelerare o differire la dichiarazione, i medici diventano oggetto d'intimidazioni e vedono la loro popolarità andare incontro a repentini alti e bassi. Nel 1630 il medico che afferma la presenza della peste a Busto Arsizio verrà assassinato.

Anche nell'orizzonte delle società predemocratiche di età moderna certificare l'esistenza del morbo significa legittimare l'imposizione di misure di restrizione che impattano fortemente sulla vita delle comunità e sulle attività economiche. Significa inoltre consegnare al potere civile strumenti da utilizzare nella competizione con il potere ecclesiastico: quest'ultimo s'impone come mediatore dell'ausilio divino nelle emergenze epidemiche – pensiamo solo alla quantità di chiese votive presenti nelle nostre città, intitolate alla Madonna o a santi preposti al contrasto delle malattie –, e resiste alle intromissioni nella disciplina dei riti e delle cerimonie religiose, che richiamano folla e assembramenti. I due poteri si scontrano però anche su questioni più concrete: dalle requisizioni di conventi disposte dagli ufficiali di sanità per sistemarvi luoghi d'isolamento e di convalescenza, alle stesse interdizioni religiose, quando – ad esempio – i medici chiedono di procedere ad autopsie dei morti per individuare i marchi della peste e gli uomini di Chiesa oppongono il principio dell'inviolabilità del corpo umano.

Dichiarare che la peste c'è, vuol dire poi aprire la partita dell'uso della paura, del panico collettivo, che degenera in fenomeni quali la caccia agli untori. Questi, individui o gruppi marginali, di solito già stigmatizzati, vengono additati come diffusori di un contagio che, se – come si crede – deriva dalla putrefazione,

può anche essere manufatto, prodotto ad arte. Conosciamo tutti l'episodio narrato da Manzoni, svoltosi nella drammatica cornice della guerra dei Trent'anni: la peste giunse allora a Milano al seguito di un reggimento boemo al servizio degli Asburgo e la giustizia milanese raccolse e fece proprie le accuse della comunità contro i presunti untori. Non fu questa comunque la linea prevalente di governi e amministrazioni dell'epoca, che per lo più cercarono di arginare queste spinte e di fare della paura un utilizzo meno disgregante e più "razionale", orientato all'irreggimentazione dei comportamenti individuali e collettivi, al rafforzamento delle misure preventive. Ciononostante – va sottolineato – l'incubo dell'untore e della malattia manufatta si riproporrà fino a Ottocento inoltrato, ad esempio durante le epidemie di colera scoppiate nell'Italia meridionale. Nel difficile clima politico-sociale del Mezzogiorno borbonico e poi unitario il sospetto si dirigerà verso medici e farmacisti, accusati di diffondere la malattia per propri interessi e vantaggi. Lo schema torna ad affacciarsi anche oggi negli ambivalenti atteggiamenti nei confronti degli scienziati e nelle teorie su una pandemia originata in laboratorio o sfruttata da potentati occulti in grado di manovrare nell'ombra.

Per tappe successive, da un'epidemia all'altra, i secoli dell'età moderna vedono dunque accumularsi una quantità di esperienze di «governo della peste», per riprendere il titolo di un'opera di Ludovico Antonio Muratori comparsa nel 1714 e più volte ripubblicata in seguito, a testimonianza dell'attenzione rivolta al tema dagli intellettuali più interessati alla politica. Le epidemie settecentesche di Marsiglia e Messina, che ho ricordato all'inizio, costituirono una grande prova dei sistemi di difesa forgiati tra Quattro e Seicento. Il XVII secolo era stato per molti versi centrale: in una fase particolarmente difficile per le economie mediterranee, sottoposte alla sfida dei paesi del nord Europa, il ripetersi di catastrofiche ondate epidemiche aveva stimolato la graduale definizione delle funzioni ispettive e poliziesche di governi e amministrazioni. Pur tra sospetti, cautele, retromarce improvvise, si erano inoltre evolute le pratiche di scambio d'informazioni tra Stati e avevano preso forma i primi tentativi di convenzione in materia sanitaria, con importanti ricadute sulla disciplina di sospensioni e bandi gravanti su merci e persone, resi più articolati ed elastici. Nel corso del Settecento venivano così raggiunti i livelli più alti di un modello di contenimento fondato – come dicono oggi gli scienziati – su basi "non conoscitive". Un modello che comunque torna in gioco quando le difese tecnologiche non esistono o non funzionano. Lo ha dimostrato, qualche anno fa, l'ultima grave ondata del virus Ebola in Africa; lo conferma ora la pandemia di Covid-19.

Un ultimo quesito, per concludere. Può lo studio delle emergenze sanitarie del passato dirci qualcosa anche sul dopo, sul grande problema – oggi all'ordine del giorno – dell'uscita dalla pandemia?

I dati sull'entità delle perdite demografiche provocate dalle epidemie di peste ci trasmettono con immediatezza l'idea della crisi di interi settori economici, del precipitare nella marginalità degli strati sociali più deboli, dell'inasprimento dei già spaventosi divari interni a società gerarchiche fondate – prima della rivoluzione francese – sul riconoscimento giuridico della disuguaglianza. Al tempo stesso gli studi che abbiamo a disposizione ci attestano le forti capacità di recupero, demografico ed economico, messe in campo nei contesti più pesantemente colpiti dalle pestilenze. In Italia, nelle città tedesche fu in particolare la leva dell'immigrazione a costituire un potente strumento di rilancio: all'allentarsi del contagio le porte dei centri urbani si aprivano a nuovi venuti, prima sgraditi e tenuti lontani ma ora percepiti come “utili”. Un'attitudine – per inciso – familiare al nostro dibattito pubblico sull'immigrazione, inadeguato e spesso indecoroso, nel quale la sentenza «abbiamo bisogno degli immigrati» è risuonata a più riprese.

Al di là di questo aspetto, i tanti casi affrontati dagli storici dell'età moderna mostrano comunque che dalle tragedie delle epidemie si uscì in modi diversi, più o meno rapidi ed efficaci, in ragione – per esempio – della capacità dei governi e dei gruppi dirigenti di redistribuire opportunamente i carichi fiscali, di arginare l'indebitamento delle comunità contadine, di sostenere attività e settori produttivi. Anche le crisi più traumatiche non ebbero insomma mai gli stessi esiti. E i modelli quantitativi dell'economia – come gli storici economici ci ricordano – fanno fatica a spiegare le grandi crescite che seguirono a grandi distruzioni. Che si tratti di ~~grandi~~ pestilenze o dei più recenti conflitti bellici occorre considerare le reazioni della società e delle istituzioni, la loro capacità di indicare vie d'uscita e alternative, di distinguere tra costi e investimenti.

Rispetto alle sfide oggi incombenti, altri colleghi che collaborano a questo volume avranno certamente qualcosa di più concreto da dire. Ma anche l'esperienza di secoli lontani, se guardata con il dovuto senso critico, può prestarsi a un “buon uso” e aiutare a porre al presente domande pertinenti.

Riferimenti bibliografici

- G. ALFANI, *Il Grand Tour dei cavalieri dell'Apocalisse. L'Italia del «lungo Cinquecento» (1494-1629)*, Venezia, Marsilio, 2010.
- D. ANDREOZZI, *Quarantene e lazzeretti. L'insegnamento di Venezia*, «Il Piccolo. Quotidiano di Trieste», 7 marzo 2020.
- ID., *La peste, Venezia, l'Europa: una lezione adriatica*, «Il Piccolo. Quotidiano di Trieste», 29 marzo 2020.
- ID., *La peste moderna e modi per uscirne*, «Il Piccolo. Quotidiano di Trieste», 14 aprile 2020.

- D. BELTRAMI, *Storia della popolazione di Venezia dalla fine del secolo XVI alla caduta della Repubblica*, Padova, CEDAM, 1954.
- M. BERENGO, *L'Europa delle città. Il volto della società urbana europea tra Medioevo ed Età moderna*, Torino, Einaudi, 1999.
- C.M. CIPOLLA, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna, il Mulino, 1985.
- ID., *Il pestifero e contagioso morbo. Combattere la peste nell'Italia del Seicento*, Bologna, il Mulino, 2012.
- D. DEFOE, *La peste di Londra*, a cura di E. VITTORINI, Milano, Bompiani, 1995.
- Difesa della sanità a Venezia. Secoli XIII-XIX*, mostra documentaria, Archivio di Stato di Venezia, 23 giugno-30 settembre 1979, Venezia, Ministero per i Beni culturali e ambientali-Archivio di Stato di Venezia, 1979.
- M. GARBELLOTTI, *Per carità. Poveri e politiche assistenziali nell'Italia moderna*, Roma, Carocci, 2013.
- P. MALANIMA, *Uomini, risorse, tecniche nell'economia europea dal X al XIX secolo*, Milano, Bruno Mondadori, 2003.
- L.A. MURATORI, *Del governo della peste e delle maniere di guardarsene, trattato [...] diviso in politico, medico ed ecclesiastico. Con le aggiunte fatte posteriormente dall'istesso autore [...] ed infine la relazione della peste di Marsiglia*, Roma, Girolamo Mainardi, 1743.
- P. PRETO, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1988.
- ID., *La società veneta e le grandi epidemie di peste*, in *Storia della cultura veneta*, diretta da G. Arnaldi e M. Pastore Stocchi, *Il Seicento*, 4/II, pp. 377-406.
- G. RESTIFO, *Le ultime piaghe: le pesti nel Mediterraneo, 1720-1820*, Milano, Selene, 1994.
- L. TOMASIN, *Una quarantena può durare anche "solo" quattordici giorni*, «Italiano digitale», XII, 2020/1 (gennaio-marzo).
- Venezia e la peste 1348-1797*, catalogo della mostra, Comune di Venezia-Assessorato alla Cultura e Belle Arti, Venezia, Marsilio, 1979.
- R. ZAUGG, «Abbiamo bisogno degli immigrati». *Cittadinanze, discorsi utilitaristici e politiche migratorie dal basso medioevo ai giorni nostri*, in *La cittadinanza molteplice. Ipotesi e comparazioni*, a cura di D. ANDREOZZI e S. TONOLO, Trieste, Edizioni Università di Trieste EUT, 2016, pp. 77-86.