

RiMe

Rivista dell'Istituto  
di Storia dell'Europa Mediterranea

ISBN 9788897317708

ISSN 2035-794X

numero 9/III n.s., dicembre 2021

**Aspettando il colera: le misure di  
prevenzione attuate nel Regno delle  
Due Sicilie nel 1831**

Waiting for cholera: The Prevention  
Measures Implemented in the Kingdom  
of the Two Sicilies in 1831

Alberto Tanturri

DOI: <https://doi.org/10.7410/1522>

Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea  
Consiglio Nazionale delle Ricerche  
<http://rime.cnr.it>



## **Direttore responsabile | Editor-in-Chief**

Luciano GALLINARI

## **Segreteria di redazione | Editorial Office Secretary**

Idamaria FUSCO - Sebastiana NOCCO

## **Comitato scientifico | Editorial Advisory Board**

Luis ADÃO DA FONSECA, Filomena BARROS, Sergio BELARDINELLI, Nora BEREND, Michele BRONDINO, Paolo CALCAGNO, Lucio CARACCILO, Dino COFRANCESCO, Daniela COLI, Miguel Ángel DE BUNES IBARRA, Antonio DONNO, Antonella EMINA, Vittoria FIORELLI, Blanca GARÌ, Isabella IANNUZZI, David IGUAL LUIS, Jose Javier RUIZ IBÁÑEZ, Giorgio ISRAEL, Juan Francisco JIMÉNEZ ALCÁZAR, Ada LONNI, Massimo MIGLIO, Anna Paola MOSSETTO, Michela NACCI, Germán NAVARRO ESPINACH, Francesco PANARELLI, Emilia PERASSI, Cosmin POPA-GORJANU, Adeline RUCQUOI, Flocel SABATÉ i CURULL, Eleni SAKELLARIU, Gianni VATTIMO, Cristina VERA DE FLACHS, Przemysław WISZEWSKI.

## **Comitato di redazione | Editorial Board**

Anna BADINO, Grazia BIORCI, Maria Eugenia CADEDDU, Angelo CATTANEO, Isabella CECCHINI, Monica CINI, Alessandra CIOPPI, Riccardo CONDRÒ, Alberto GUASCO, Domenica LABANCA, Maurizio LUPO, Geltrude MACRÌ, Alberto MARTINENGO, Maria Grazia Rosaria MELE, Maria Giuseppina MELONI, Rosalba MENGONI, Michele M. RABÀ, Riccardo REGIS, Giovanni SERRELI, Giovanni SINI, Luisa SPAGNOLI, Patrizia SPINATO BRUSCHI, Giulio VACCARO, Massimo VIGLIONE, Isabella Maria ZOPPI.

## **Responsabile del sito | Website Manager**

Claudia FIRINO

### **© Copyright 2021: Author(s)**

Gli autori che pubblicano con *RiMe* conservano i diritti d'autore e concedono alla rivista il diritto di prima pubblicazione con i lavori contemporaneamente autorizzati ai sensi della

Authors who publish with *RiMe* retain copyright and grant the Journal right of first publication with the works simultaneously licensed under the terms of the

“Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License”.



*RiMe. Rivista dell'Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea* (<http://rime.cnr.it>)

Direzione e Segreteria | Management and Editorial Offices: via G.B. Tuveri, 128- 09129 Cagliari (I).

Telefono | Telephone: +39 070403635 / 070403670.

Invio contributi | Submissions: [rime@isem.cnr.it](mailto:rime@isem.cnr.it)



## Special Issue

### **Il filo sottile dell'emergenza: controllo, restrizioni e consenso**

### **The Fine Thread of Emergency: Control, Restrictions and Consent**

A cura di / Edited by

Idamaria Fusco - Gaetano Sabatini



RiMe 9/III n.s. (December 2021)

Special Issue

Il filo sottile dell'emergenza: controllo, restrizioni e consenso

The Fine Thread of Emergency: Control, Restrictions  
and Consent

A cura di / Edited by  
Idamaria Fusco - Gaetano Sabatini

Table of Contents / Indice

Idamaria Fusco - Gaetano Sabatini	7-15
<i>Il filo sottile dell'emergenza: controllo, restrizioni e consenso / The Fine Thread of Emergency: Control, Restrictions and Consent</i>	
Michele Rabà	17-61
<i>Consenso, controllo e coercizione militare in uno stato di emergenza permanente. Lombardia e Piemonte nelle Guerre d'Italia / Consensus, control and military coercion in a permanent state of emergency. Lombardy and Piedmont during the Italian Wars</i>	

Laura Soro	63-101
<i>Flussi commerciali nel Mediterraneo in età vandalica. Crisi economica o continuità delle importazioni?/ Trade flows in the Mediterranean in the Vandal Age. Economic crisis or continuity of imports?</i>	
Isabella Cecchini	103-137
<i>Emergenza e (dis)continuità: Venezia, 1630-1631 / Emergency and (dis)continuity: Venice, 1630-1631</i>	
Giulio Vaccaro	139-164
<i>Marzo 1348. La fine del mondo tra paure e prevenzione nelle cronache volgari coeve / March 1348. The end of the world between fear and prevention in the Italian contemporary Chronicles</i>	
Idamaria Fusco - Gaetano Sabatini	165-193
<i>“Se si havesse da governare un essercito s’incontrarebbono minori difficoltà”. Stato di emergenza e risposte istituzionali in ancien régime nel regno di Napoli del XVII secolo / “Se si havesse da governare un essercito s’incontrarebbono minori difficoltà”. State of Emergency and Institutional Responses in ancien régime in the 17<sup>th</sup> century-Kingdom of Naples</i>	
Geltrude Macrì	195-222
<i>Quarantena e isolamento domiciliare. Palermo durante la peste del 1624 / Quarantine and home isolation. Palermo during the plague of 1624</i>	
Alberto Tanturri	223-248
<i>Aspettando il colera: le misure di prevenzione attuate nel Regno delle Due Sicilie nel 1831 / Waiting for Cholera: The Prevention Measures Implemented in the Kingdom of the Two Sicilies in 1831</i>	
Raffaella Salvemini	249-273
<i>Sull’epidemia di colera a Napoli e dintorni (1836-1837). Il caso dell’isola di Procida / On the Cholera Epidemic in and around Naples (1836-1837). The Case of the Island of Procida</i>	
Giorgio Ennas	275-293
<i>“Non una di queste proposte fu messa in esecuzione”. Sarajevo e l’epidemia di colera del 1866 / “Non una di queste proposte fu messa in esecuzione”. Sarajevo and the Cholera Epidemic of 1866</i>	



- Sebastiana Nocco 295-323  
*Mobilità, organizzazione dello spazio e percezione dei luoghi in Sardegna tra vecchie pestilenze e nuove pandemie / Mobility, organisation of space and perception of places in Sardinia among old plagues and new pandemics*
- Alessandra Narciso 325-345  
*"Pandemic Food". Rethinking agri-food after COVID-19*



## Aspettando il colera: le misure di prevenzione attuate nel Regno delle Due Sicilie nel 1831

### Waiting for cholera: The Prevention Measures Implemented in the Kingdom of the Two Sicilies in 1831

Alberto Tanturri  
(Università del Sacro Cuore - Milano)

Date of receipt: 24/09/ 2021

Date of acceptance: 16/12/2021

#### *Riassunto*

Traendo origine dall'India, la seconda pandemia colerica (1828-1838) si propagò con rapidità al resto dell'Asia, all'Africa settentrionale, e finalmente all'Europa. Nella sua marcia verso Occidente, il morbo raggiunse il Regno delle Due Sicilie solo nel 1836-37. Fin dal 1831, tuttavia, il governo borbonico si sforzò di predisporre misure idonee ad impedire il contagio. Si trattò di una vasta azione preventiva, che comportò l'impiego di enormi risorse. Il presente contributo cerca di ricostruire questa fase della politica sanitaria borbonica, e di valutare (anche alla luce delle attuali concezioni epidemiologiche) la sua efficacia in relazione alle finalità che si proponeva

#### *Parole chiave*

Regno delle Due Sicilie; colera; cordoni sanitari; epidemie.

#### *Abstract*

Originating from India, the second cholera pandemic (1828-1838) spread rapidly to the rest of Asia, to northern Africa, and finally to Europe. In its march westward, the disease reached the Kingdom of the Two Sicilies only in 1836-37. However, as early as 1831, the Bourbon government strove to take appropriate measures to prevent contagion. It was a vast preventive action, which involved the use of enormous financial resources. This contribution seeks to reconstruct this phase of the Bourbon health policy, and to evaluate (also in the light of current epidemiological concepts) its effectiveness in relation to the aims it set itself.

#### *Keywords*

Kingdom of the Two Sicilies; Cholera; Sanitary cordons; Epidemics.

---

*Premessa. - 1. I primi provvedimenti nel Regno delle Due Sicilie. - 2. Il cordone di barche armate. - 3. Dal cordone marittimo al cordone terrestre. - 4. Operatività del cordone. - 5. Conclusioni. - 6. Bibliografia. - 7. Curriculum vitae.*

*Premessa*

Malattia endemica del subcontinente indiano, e più precisamente della regione del delta del Gange, nel golfo del Bengala, a partire dal 1817 il colera fuoriuscì dalla sua area di origine, diffondendosi, attraverso sette effusioni pandemiche, praticamente in tutto il pianeta, e uccidendo milioni di persone<sup>1</sup>. La diffusione del morbo su scala mondiale ammette varie spiegazioni, anche di ordine climatico, ma è riconducibile in buona parte all'instaurarsi di nuove forme di circolazione dei beni, in forma più massiccia e dinamica che nel passato. Ai principi dell'Ottocento, infatti, si estesero e ramificarono, in maniera ben più capillare che nei secoli precedenti, flussi commerciali che misero in contatto popolazioni anche molto lontane fra loro. L'incipiente rivoluzione dei trasporti agevolò questi contatti, creando opportunità di viaggio e di scambio mercantile in tempi molto più rapidi che in precedenza. Le strade ferrate per via terrestre e la navigazione a vapore per quella marittima e fluviale permisero uno scambio di prodotti, di mentalità, di idee impensabile fino a pochi decenni prima, ma favorirono anche il transito di agenti patogeni capaci di estendere il loro potenziale distruttivo a migliaia di chilometri di distanza. Se si osserva il viaggio delle epidemie coleriche, appare infatti chiaro come la malattia segua, pur nel suo snodarsi talora capriccioso e imprevedibile, i principali assi viari e fluviali, e colpisca di preferenza importanti snodi di traffico e frequentate città portuali (Mari *et alii*, 2012; Cliff - Hagggett, 2004). A parte questo, un ulteriore mezzo di propagazione della malattia fu costituito dai movimenti degli eserciti, che interessarono vaste regioni del globo, e che conobbero in Europa varie emergenze, come la guerra russo-persiana (1826-28), la guerra russo-turca (1828-29), nonché le insurrezioni armate contro i regimi assolutistici del 1830-31, frequentemente represses con l'ausilio di forze militari. La mobilitazione di truppe, inviate talora a centinaia di chilometri di distanza, e spesso alloggiate in accampamenti con condizioni igieniche e servizi sanitari non certo ideali, fu un altro potente detonatore per una malattia il cui privilegiato mezzo di trasmissione (giòva ricordarlo) era quello oro-fecale.

Se la prima pandemia durò cinque anni (dal 1817 al 1823) e si diffuse in maniera pervasiva nel continente asiatico, la seconda ebbe una durata maggiore (dal 1828 al 1838, sebbene alcuni studiosi ne estendano le propaggini addirittura fino al 1851), ed un'estensione geografica ancora più vasta. Originatasi, come la

---

<sup>1</sup> L'individuazione di sette pandemie coleriche dal 1817 al giorno d'oggi è un dato acquisito dagli epidemiologi e dagli storici della medicina, sebbene non vi sia pieno accordo fra gli studiosi sulla cronologia esatta delle singole pandemie: cfr. Pollitzer, 1959; Barua, 1992, pp. 7-15; Di Orio, 2006, pp. 65-84.

precedente, nel Bengala, seguì nella sua diffusione una direttrice settentrionale attraverso vie terrestri, e una meridionale, attraverso vie marittime. La prima raggiunse rapidamente la Persia, quindi la Georgia e la regione caucasica. Di lì, una diramazione orientale si spinse fino a Costantinopoli, poi in Egitto e in Tripolitania, mentre una diramazione settentrionale raggiunse la Russia, toccando centri come Mosca e S. Pietroburgo. Arroccatosi saldamente in tale regione, dove dimostrò la sua capacità di adeguarsi anche a temperature molto rigide, il colera iniziò la sua penetrazione nel resto d'Europa, toccando praticamente tutti i paesi dell'Europa centro-settentrionale, fino alle propaggini insulari dell'Inghilterra e dell'Irlanda<sup>2</sup>. Il percorso via mare condusse il morbo dall'India alla penisola arabica, dove nel 1831 un violento focolaio si accese fra i pellegrini concentrati alla Mecca, che facendo ritorno ai loro luoghi d'origine, trasportarono il morbo in Siria, Palestina, Tunisia ed altri paesi del mondo islamico. Poco dopo, neppure il vasto oceano Atlantico si dimostrò una barriera sufficiente a contenere la marcia espansiva della "peste asiatica": il mezzo di trasmissione fu stavolta costituito dalle correnti migratorie che partendo dall'Irlanda si dirigevano nel nuovo mondo. Montréal fu la prima città americana ad essere raggiunta, ma di lì, nell'arco di poche settimane, il morbo si estese a tutta la costa orientale degli Stati Uniti, quindi al Messico e all'isola di Cuba. Nel frattempo, in Europa, l'epidemia continuava indisturbata la sua marcia: a partire dal 1835 penetrò negli stati italiani, che videro il morbo diffondersi inesorabilmente con una inarrestabile marcia da nord a sud. Le prime regioni ad essere toccate furono il genovesato e il Piemonte, quindi la Toscana (ancora una volta attraverso una città portuale quale Livorno), poi Venezia e il Lombardo-Veneto, lo Stato pontificio e infine il Regno delle Due Sicilie. In tutto il Mediterraneo restarono immuni dal colera soltanto le due isole della Sardegna e della Corsica: per il resto, il contagio dilagò senza freni, ricomponendo la frattura epidemiologica tra Mediterraneo sudorientale e occidentale creatasi nel XVIII secolo, in seguito alla quale la prima area era rimasta vulnerabile alla peste, mentre la seconda aveva praticamente sconfitto tale malattia, riducendone la presenza a pochi isolati casi (Speziale, 2002, p. 38). Oltre ad essere pervasivo come nessun altro morbo nel passato, il colera era inoltre enigmatico nei suoi percorsi, dato che poteva mietere stragi in un centro e risparmiare del tutto villaggi limitrofi, per poi ripresentarsi con pari aggressività a centinaia di chilometri di distanza<sup>3</sup>. Inoltre, la sua

<sup>2</sup> Per un quadro della diffusione del colera nelle isole britanniche, cfr. Melvyn Howe, 1972, pp. 179-185.

<sup>3</sup> Scrive in proposito Sheldon Watts: "Part of the shock effect of any epidemic was the logic-defying way it moved about. In northern England late in 1831, in the Île de France in the spring of 1832 and in Castile in 1834, observers remarked on cholera's crazy-quilt patterning,

stessa permanenza in un luogo sfuggiva a regole precise, se è vero che, per limitarsi ad un quadro comparativo fra le principali città europee che ne furono colpite, l'invasione colerica si protrasse da un minimo di 27 giorni, come avvenne a Roulers in Belgio, a 323, come accadde invece a Edimburgo (Auxilia, 1837, p. 27).

### *1. I primi provvedimenti nel Regno delle Due Sicilie*

Tutto concorreva a tratteggiare un quadro angoscioso: l'impressionante treno di sintomi, il rapidissimo decorso del morbo, la sua adattabilità a latitudini e temperature eterogenee, l'inutilità di qualsiasi trattamento terapeutico, l'impotenza di misure quali quarantene e cordoni sanitari. Non c'è dunque da stupirsi se molto prima che il colera penetrasse nel Regno delle Due Sicilie (i primi casi conclamati si ebbero nel settembre 1836) le autorità sanitarie locali si sforzassero di predisporre misure di prevenzione idonee ad impedire il contagio. I primi provvedimenti risalgono al principio del 1831, in una situazione in cui, come si è accennato, il colera, nel pieno della seconda ondata pandemica, dopo aver infettato Asia e Medio Oriente, si era arroccato in Russia, minacciando di estendersi a tutto il continente europeo. Da un lato, come era consuetudine in casi del genere, tutte le imbarcazioni provenienti dai porti russi vennero sottoposte a rifiuto<sup>4</sup>. Dall'altro la Facoltà medica del Supremo magistrato di Salute fu chiamata ad esprimere un giudizio sull'indole del colera, e in particolare sul suo carattere contagioso o non contagioso<sup>5</sup>. Giova a questo punto aprire una breve pa-

---

striking every third or fourth house along a street, skipping half a mile to hit another street, then alighting on villages usually seen as out of the way" (Watts, 1997, p. 172).

<sup>4</sup> Cfr. Archivio di Stato di Foggia (d'ora in poi ASFg), *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 18, fasc. 175/1, c. 1rv, circolare del Soprintendente generale di Salute agli intendenti del 1° febbraio 1831.

<sup>5</sup> A norma della legge "organica" del 20 ottobre 1819, il governo della sanità pubblica nel Regno delle Due Sicilie era affidato a due enti: il Supremo Magistrato di Salute e la Soprintendenza generale di Salute, entrambi sottoposti al Ministero degli Interni. Il primo aveva funzioni deliberative, mentre la seconda esecutive. Entrambi avevano un carattere bicefalo, dato che alle due magistrature napoletane, competenti per le province continentali, se ne aggiungevano simmetricamente altre due per la Sicilia. Se le attribuzioni dei Supremi magistrati consistevano nel prendere i più importanti provvedimenti a tutela della sanità pubblica, compito delle Soprintendenze era quello di rendere esecutive tali deliberazioni. Il quadro istituzionale era completato dalla presenza di una Facoltà medica, composta da sei professori di medicina, un professore di chimica ed un architetto, a cui spettava un ruolo consultivo per le questioni di carattere più squisitamente clinico, nonché per i problemi logistico-edilizi legati alla gestione delle epidemie: cfr. Alibrandi, 2012, pp. 52-55.

rentesi e lumeggiare i contorni generali di tale problema. Fra le dispute dottrinali che la comparsa del colera aveva innescato nella classe medica europea, una delle più accese riguardava la sua contagiosità. Si erano delineati in proposito (semplificando i termini della questione) due schieramenti. Da un lato vi erano coloro che attribuivano al morbo delle origini ambientali, legate al clima, all'atmosfera o a fattori non naturali ma indotti dall'uomo quali l'accumulo di immondizie e sporcizia. In tale ottica, la malattia non si diffondeva attraverso il contatto (immediato o mediato) fra gli uomini, ma sorgeva spontaneamente ogni volta che si creavano le condizioni ambientali idonee a favorirne lo sviluppo. Dall'altro vi erano coloro che, attribuendo l'origine del colera a non meglio definite entità o corpuscoli morbigeni, imputavano la sua diffusione essenzialmente al contagio tra persone infette e sane, oppure ad oggetti suscettibili di trasmettere l'infezione<sup>6</sup>. In realtà, i due punti di vista non erano così inconciliabili, dato che, come pure qualcuno riconosceva, erano ammissibili forme di interazione fra i due ordini di cause: il colera poteva infatti nascere in un certo luogo per la presenza di determinati fattori ambientali, e poi trasmettersi a regioni limitrofe per effetto del contagio. Inoltre, fra le due posizioni, seppure generalmente alternative, vi era almeno un punto in comune, dato dal concetto di predisposizione. Nessuna delle due categorie interpretative riusciva infatti a spiegarci il fatto che quando il colera aggrediva una città o una regione, produceva una mortalità selettiva, che colpiva una parte della popolazione e ne lasciava indenne un'altra. Diventava pertanto necessario (quale che fosse la modalità di trasmissione che si postulava) ammettere la presenza di fattori individuali predisponenti, legati ad elementi fisiologici o psicologici, alle abitudini di vita o all'alimentazione<sup>7</sup>.

Lungi dal costituire una disputa meramente teorica destinata a restare nel chiuso dei circoli accademici, la questione aveva peraltro gravi implicazioni pratiche. Se infatti si ammetteva che il colera potesse trasmettersi attraverso il contagio interumano, ne derivava la necessità di una profilassi basata su strumenti quali quarantene e cordoni sanitari, allo scopo di circoscrivere le zone infette ed impedire qualsiasi contatto fra sani e malati. Se viceversa le cause erano di origine ambientale, i cordoni diventavano misure inutilmente dispendiose, e per di più vessatorie nei confronti di una popolazione che si vedeva interdetti gli spostamenti e le usuali opportunità di commercio. I provvedimenti decisivi

---

<sup>6</sup> Per una efficace messa a punto del dibattito fra contagionisti ed epidemisti, cfr. Tognotti, 2000, pp. 31-44.

<sup>7</sup> Scrive in proposito Peter Baldwin (2005, p. 8): "Individual predisposition was a factor of interest both to localists and contagionists, explaining in either scheme why not everyone succumbed even in the worst of epidemics."

diventavano pertanto quelli miranti ad eliminare qualsiasi forma di inquinamento dell'aria, del suolo e delle acque, ottenendo condizioni ambientali più igieniche e salubri. Anche sotto questo profilo, a ben guardare, non mancavano punti di contatto fra i due schieramenti, che in ossequio a una lettura semplificante sono stati spesso descritti come inconciliabilmente contrapposti. Gli stessi contagionisti erano infatti costretti ad ammettere che un ambiente insalubre, anche senza costituire la vera e propria origine del male, era comunque un fattore che ne favoriva la propagazione, come dimostravano i tassi di mortalità del colera, invariabilmente più alti nelle aree urbane più sporche e sovrappopolate. Ne derivava che la sanificazione delle strade, la rimozione di immondizie e acque stagnanti erano pratiche congeniali alla posizione epidemista, ma quantomeno non invise a quella contagionista<sup>8</sup>.

Inoltre, a dimostrazione del fatto che i dibattiti scientifici sono tutt'altro che impermeabili ai contesti socioculturali in cui le rispettive teorie vengono elaborate, la disputa fra i due schieramenti presentava chiare implicazioni di carattere ideologico e politico. In termini generali, gli storici hanno da tempo osservato che le classi mediche degli stati autocratici o con orientamento conservatore erano inclini al contagionismo, mentre quelle degli stati liberali preferivano un approccio epidemista. Non per niente, le più intransigenti politiche sanitarie fondate su cordoni e quarantene furono attuate in stati quali Prussia, Russia ed Austria, laddove in paesi come l'Inghilterra o gli Stati Uniti prevalse una strategia mirante a bonificare i più malsani distretti urbani e a migliorare le condizioni di vita delle classi più disagiate, senza artificiose limitazioni della libertà di spostamento e di commercio.

Alla luce di tutto questo, non meraviglia il fatto che primo intento del governo borbonico fosse quello di comprendere l'indole della malattia di cui si percepiva la concreta e incombente minaccia. A tale proposito, la Facoltà medica del Supremo magistrato di Salute emise un primo cautissimo parere fin dal 22 gennaio 1831, dichiarando che sulla base delle poche e frammentarie notizie pervenute dai luoghi in cui la malattia aveva imperversato, il colera poteva reputarsi contagioso *sui generis*, comunicabile per via di contatto interumano e come tale suscettibile di trasmettersi all'Europa centrale e meridionale<sup>9</sup>. Un

---

<sup>8</sup> Scrive infatti Norman Longmate (1966, p. 67): "The contagionists also favoured cleanliness, for it was already apparent that cholera tended to strike hardest at the dirtiest parts of a town."

<sup>9</sup> Cfr. *Giornale sanitario*, 1831, p. 12. La specificazione *sui generis* è spia indiretta della non unanimità di pareri esistente in seno alla Facoltà medica, e si riferisce probabilmente al fatto che, a differenza della peste, il colera era reputato capace di contagiare solo le persone predisposte, per ragioni fisiche o psicologiche.



pronunciamento ufficiale vi fu comunque soltanto il 16 aprile successivo, quando, raccolti tutti i necessari elementi di carattere eziopatogenico e nosografico, la Facoltà medica si esprime senza riserve sulla contagiosità della malattia<sup>10</sup>. Ad ogni modo, mentre le massime autorità sanitarie del Regno sulla base delle relazioni diplomatiche e della letteratura specialistica internazionale cercavano di decifrare le caratteristiche del morbo, questo non arrestava la sua marcia, inoltrandosi da un lato verso le frontiere dell’Austria e della Polonia e dall’altro verso il mar Baltico. Immediate furono le conseguenze di queste allarmanti novità nel Regno delle Due Sicilie: il 5 luglio tutte le imbarcazioni provenienti dai porti del Baltico e della Danimarca furono sottoposte a stretto rifiuto, e due giorni dopo, giunta la notizia che nel Baltico circolavano 500 bastimenti olandesi, la maggior parte dei quali colpiti dal morbo, si decise di sottoporre le merci provenienti dall’Olanda alla quarantena di 28 giorni se “insuscettibili” e 40 se “suscettibili”<sup>11</sup>. Il 13 luglio, essendo giunta in via ufficiosa la notizia di casi di colera in Moravia e in Ungheria, per tutte le provenienze dai porti dell’Istria fino a Trieste fu stabilita una quarantena cautelativa di 14 e 21 giorni, sempre a seconda del tipo di mercanzia trasportata<sup>12</sup>. Tre giorni dopo, pervenuta la conferma del contagio, si decise di bloccare qualsiasi contatto con l’Impero austriaco, sottoponendo a rifiuto tutte le imbarcazioni provenienti dal litorale di quella nazione sull’Adriatico, dalla Dalmazia fino a Goro<sup>13</sup>. Contemporaneamente, un’allarmata missiva del ministro degli Interni al Supremo magistrato di Salute sottolineò con vigore la gravità della situazione e la necessità di un’attentissima vigilanza da parte di tale organo istituzionale, che avrebbe dovuto riunirsi da

---

<sup>10</sup> Cfr. Archivio di Stato di Napoli (d’ora in avanti ASNa), *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 43v-49v, sessione del 16 aprile 1831.

<sup>11</sup> Cfr. *Ibi*, cc. 77r-78r, sessione del 5 luglio 1831, e cc. 79v-80r, sessione del 9 luglio 1831. La distinzione fra le due categorie merceologiche citate nel testo è molto antica nella letteratura medica. Essa riposava sulla convinzione che alcuni generi fossero più idonei di altri a trattenere i corpuscoli morbigeni, e che per tale ragione erano detti “suscettibili”. Questi ultimi comprendevano fra l’altro, a norma di un elenco compilato nel 1816, lana grezza e lavorata, cotone grezzo e lavorato, crini, lino grezzo e filato, canapa, seta, stoppa, pelle e cuoio di ogni specie, panni, tele e stoffe di ogni tipo, spugne, carta, cartone e pergamena, penne, corde non incatramate, coralli, corone e rosari, stracci, metalli e monete (se sporche e rugginose), grasso, candele di sego o cera, fiori secchi e freschi, zafferano, frutta secca di ogni specie, pistacchi, datteri, mandorle, crusca, tutti gli animali lanuti, pelosi o pennuti (Della Valle, 1816, pp. 77-79). La sostanziale uniformità delle dottrine mediche su questo aspetto è comprovata, fra l’altro, dalla singolare somiglianza di tale elenco con quelli che possono leggersi in altri testi, coevi o anche molto anteriori: cfr. Mead, 1720, pp. 24-25.

<sup>12</sup> Cfr. *Giornale sanitario*, 1831, pp. 29-30.

<sup>13</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 87v-88v, sessione del 16 luglio 1831.

allora in poi quotidianamente e mantenere una serrata corrispondenza con gli intendenti delle varie province e le locali Deputazioni di Salute<sup>14</sup>. Il 20 luglio si stabilì inoltre che tutti i corrieri provenienti via terra dai sette stati europei già infetti o reputati insicuri (Russia, Austria, Prussia, Polonia, Svezia, Danimarca e Olanda) non potessero essere ammessi nel Regno, a meno di soggiornare per venti giorni in una città dello Stato pontificio a loro scelta senza manifestare sintomi del morbo. Tutta la corrispondenza epistolare proveniente dai menzionati sette paesi, giunta alla frontiera, doveva essere riposta in casse di latta ermeticamente chiuse, portata a Napoli e sottoposta a disinfezione<sup>15</sup>.

Accanto a queste misure di carattere difensivo, il governo perseverò nell'intento di conseguire una più accurata conoscenza di questo morbo dal volto enigmatico, e la più importante iniziativa in tale direzione fu l'invio in Austria di un'apposita commissione sanitaria<sup>16</sup>. A dimostrazione dell'importanza che il governo attribuì a questo piano sta il fatto che tra i membri della commissione erano compresi i nomi di Luigi Petagna e Oronzo Costa, due fra i più brillanti e qualificati esponenti della classe medica meridionale<sup>17</sup>. Abbastanza ampio (e non scevro da pericoli) era l'incarico affidato ai cinque sanitari, che avrebbero dovuto raggiungere Vienna, e di lì dirigersi nelle province del vasto impero austriaco più toccate dal contagio. I loro compiti consistevano nell'osservare le caratteristiche del colera, tanto attraverso l'esame sistematico di casi clinici che per mezzo di necrosopie, nel mettere a fuoco le modalità di trasmissione della malattia, per cercare di risolvere una volta per tutte la *vexata quaestio* della contagiosità, e soprattutto nel rilevare i metodi curativi praticati dai medici locali, cercando di appurare quali fossero i più efficaci. Era espres-

---

<sup>14</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 199, lettera del Ministro degli Interni al Soprintendente generale di salute del 15 luglio 1831. Sulle funzioni istituzionali delle Deputazioni di Salute, definite dal *Regolamento generale di Servizio sanitario marittimo* del 1819, cfr. Salvemini, 2009, pp. 293-294.

<sup>15</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 94r-95r, sessione del 20 luglio 1831.

<sup>16</sup> La relativa decisione fu presa dal Supremo magistrato di Salute nella citata sessione del 16 luglio 1831 (*Ibi*, cc. 87v-88v), ma i compiti della Commissione furono stabiliti il 21 luglio successivo (ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 96r-97r). L'invio di gruppi di medici nei luoghi infetti con lo scopo di acquisire conoscenze sulla malattia era peraltro usuale presso i governi europei dell'epoca: cfr. Longmate, 1966, p. 6; Teodonio - Negro, 1988, p. 27.

<sup>17</sup> Luigi Petagna (1779-1832), designato quale presidente della Commissione, oltre ad essere medico, era professore di zoologia all'Università di Napoli e direttore del Museo Zoologico, da lui stesso istituito nel 1815: cfr. 'Luigi Petagna', 1834. Oronzo Costa (1787-1867) era anch'egli un autorevolissimo zoologo ed entomologo: su di lui cfr. tra l'altro: D'Ambrosio, 1984; Catapano, 1990, pp. 60-62; De Ceglie, 1999.

samente previsto che i membri della commissione dovessero consultarsi con i medici di maggior grido, tanto a Vienna che nei paesi attraversati durante il viaggio, e procedere ad un'accurata analisi della letteratura medica sul colera prodotta nei rispettivi luoghi<sup>18</sup>.

## 2. Il cordone di barche armate

L'orientamento emerso nella Facoltà medica, che aveva qualificato il colera come malattia contagiosa, aveva comunque tracciato la strada maestra dell'intervento pubblico per fronteggiare l'epidemia. Alla stregua di un nemico che si apprestava ad invadere il Regno, il colera andava combattuto con mezzi militari, e in tal senso appunto si diresse un'organica deliberazione del 27 luglio, che, considerando il "gravissimo pericolo" a cui sarebbero state esposte le coste adriatiche in caso di estensione del contagio alla Croazia e all'Istria, assunse le seguenti misure: anzitutto, applicazione della legge marziale a tutte le infrazioni in materia sanitaria (reputato il solo mezzo idoneo a stroncare il contrabbando); competenza esclusiva del Supremo magistrato di Salute a giudicare le infrazioni alle leggi sanitarie, e delle Commissioni militari per l'applicazione delle pene; allestimento di un congruo numero di "scorridoie" e barche armate a presidio della costa adriatica del Regno, a rinforzo di un cordone sanitario la cui costituzione era reputata evidentemente molto probabile; riattivazione della corrispondenza telegrafica lungo la costa adriatica, ad uso delle barche armate, che con tale strumento avrebbero potuto segnalarsi tempestivamente la presenza di scafi di contrabbandieri<sup>19</sup>. Naturalmente, anche le possibilità di trasmissione del morbo via terra andavano categoricamente escluse; perciò, si vietò a tutti i mercanti regnicoli reduci dalla fiera di Senigallia, che si svolgeva alla fine di luglio, di poter rientrare in patria prima del 1° settembre<sup>20</sup>. In una situazione

<sup>18</sup> L'incarico conferito alla commissione non prescrisse limiti temporali alle sue indagini. Di fatto, tuttavia, i cinque sanitari, dopo un breve soggiorno a Vienna si trattennero lungamente a Presburgo e a Pest, dove il morbo imperversava, quindi, con il sopraggiungere dell'inverno presero la via del ritorno. A dicembre si trovavano a Venezia: cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 203, lettera del console napoletano nel Regno lombardo veneto al Ministro degli Esteri del 15 dicembre 1831. Il rientro a Napoli fu tuttavia ritardato da un'infermità contratta nel viaggio dal presidente Petagna, che poi morì a Loiano, presso Bologna, nel 1832 ('Luigi Petagna', 1834, p. 309).

<sup>19</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 107v-109v, sessione del 27 luglio 1831. Non si trattava naturalmente di telegrafo elettrico, ma di semplici segnalazioni ottiche osservabili per mezzo di cannocchiali.

<sup>20</sup> Cfr. Archivio di Stato di L'Aquila (d'ora in avanti ASAQ) *Intendenza, serie I, Affari Generali*, cat. XV, b. 4424, fasc. 1, deliberazione del Supremo magistrato di Salute del 29 luglio 1831.

già densa di inquietudine, pervennero dalla Capitanata ulteriori allarmanti notizie: delle imbarcazioni sospette erano state segnalate a largo di Manfredonia e Rodi, e in quest'ultimo comune un trabaccolo da pesca che si apprestava a sbarcare, richiamato all'ordine da un'imbarcazione doganale, aveva tirato due cannonate contro di essa e si era allontanato. Non restava che ricorrere ad una misura estrema: proteggere le coste con un cordone marittimo, che doveva custodire quantomeno i tratti di litorale più esposti al pericolo di contagio<sup>21</sup>. Mentre dunque nuovi territori toccati dal colera quali le isole Baleari e l'Irlanda andavano ad aggiungersi a quelli già proscritti, un *Regolamento* dell'8 agosto definì con esattezza l'estensione e le modalità di funzionamento del progettato cordone<sup>22</sup>. Esso doveva estendersi su tutta la fascia adriatica, dal fiume Tronto (che segnava il confine con lo Stato pontificio) a S. Maria di Leuca, nonché sul litorale ionico compreso fra S. Maria di Leuca e Gallipoli. Questo amplissimo tratto costiero veniva suddiviso in dodici sezioni, ciascuna delle quali era sorvegliata da un brigantino armato, affiancato da un numero di "scorridoie" doganali in numero variabile per ciascuna sezione<sup>23</sup>. Compito di queste imbarcazioni era quello di impedire a qualunque bastimento di avvicinarsi alla terraferma, salvo il caso che esso fosse diretto presso una delle Deputazioni di Salute poste sul litorale. Esse avevano altresì l'obbligo di vigilare affinché tutte le barche che si distaccavano dal lido (vuoi per la pesca, consentita peraltro solo nelle ore diurne, vuoi per commercio), fossero munite delle richieste autorizzazioni sanitarie. La vigilanza delle barche doveva inoltre essere integrata da quella di posti sanitari collocati lungo la spiaggia, particolarmente in quei punti più esposti al rischio di sbarchi furtivi e attività di contrabbando. Nel frattempo, a scongiurare ogni possibilità di contagio anche per via terrestre, nelle province abruzzesi

<sup>21</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, c. 127rv, sessione del 2 agosto 1831.

<sup>22</sup> Essendo infatti pervenuta la notizia di casi di colera a Mahón nell'isola di Minorca, il 30 luglio fu decretato il rifiuto provvisorio per tutte le imbarcazioni provenienti dalle Baleari, e una quarantena di 40 e 28 giorni per tutti gli altri porti spagnoli. Il 3 agosto, inoltre, essendosi saputo che il colera era comparso nell'isola di Achill, al largo dell'Irlanda, fu decretato il rifiuto per tutte le imbarcazioni provenienti dall'Irlanda e una quarantena di 40 e 28 giorni per quelle provenienti dall'Inghilterra: cfr. rispettivamente ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, c. 120rv e *Giornale sanitario*, 1831, pp. 63-64. Per quanto riguarda il *Regolamento generale pel cordone sanitario marittimo*, cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 138v-141v, sessione dell'8 agosto 1831.

<sup>23</sup> A norma dell'art. 1 del *Regolamento*, le 12 sezioni corrispondevano ai seguenti tratti di costa: 1) dal fiume Tronto a Giulianova; 2) da Giulianova a Pescara; 3) da Pescara a Vasto; 4) da Vasto alle isole Tremiti; 5) dalle isole Tremiti a Viesti; 6) da Viesti a Manfredonia; 7) da Manfredonia a Barletta; 8) da Barletta a Bari; 9) da Bari a Monopoli; 10) da Monopoli a Brindisi; 11) da Brindisi al capo di Leuca, 12) dal capo di Leuca a Gallipoli.

(cioè quelle tradizionalmente più interessate da fenomeni di contrabbando con il confinante Stato pontificio), venne reso operante un cordone frontaliero presidiato in parte da truppe regolari e in parte dalla popolazione locale<sup>24</sup>. Proseguendo in questo approccio tipicamente militare alla gestione dell'emergenza, si procedette inoltre alla nomina di cinque commissari del re (tutti graduati del Regio esercito) dotati di pieni poteri in ordine alla tutela della sanità pubblica<sup>25</sup>. Ognuno di questi ufficiali era competente per un tratto di costa corrispondente ad una o più province, e aveva come compito principale quello di impedire ogni forma di contrabbando nel territorio assegnatogli. Contemporaneamente, un decreto prescrisse la pena di morte per i reati di violazione del cordone e delle quarantene, di immissione di generi di contrabbando, di falsificazione di patenti sanitarie, e persino di ricettazione di merci sospette. Il giudizio degli autori di tali misfatti sarebbe spettato ad apposite Commissioni militari, con procedure miranti a garantire l'esemplarità e "la speditezza del giudizio" (ma probabilmente, è lecito supporre, non altrettanto la tutela dei diritti dell'accusato)<sup>26</sup>.

Si trattava certo di un insieme di misure rigidissime, e obbedienti ad uno schema logico inappuntabile: se il colera era contagioso, e il contagio poteva verificarsi attraverso il contatto con persone o merci infette, tale eventualità doveva scongiurarsi con ogni mezzo, anche con lo spauracchio della pena di morte, e il ricorso a procedure giudiziarie esenti da scrupoli garantistici. Apparve tuttavia subito chiaro che con tutta la sua imponenza, il cordone, specie in talune zone, poteva essere facilmente aggirato dai contrabbandieri, e inoltre che l'aver costituito una barriera di protezione solo su una parte del litorale del Regno rappresentava un manifesto punto debole. Emerse pertanto la proposta, approvata dal governo, di rinforzare la sorveglianza delle barche armate con quella di pattuglie di militi della Gendarmeria reale e di guardie urbane reclutate nei comuni limitrofi alla costa, che avrebbero dovuto operare particolarmente nelle ore notturne, predilette dai contrabbandieri per i loro traffici<sup>27</sup>. Ma non bastava: il fragile cordone eretto nelle province abruzzesi a protezione della frontiera con lo Stato pontificio non era sufficiente a fermare i contrabbandieri, senza

---

<sup>24</sup> Cfr. *Giornale sanitario*, 1831, pp. 65-66.

<sup>25</sup> Cfr. *Collezione*, 1831, pp. 14-15. Segno evidente dell'importanza attribuita ai loro compiti è il fatto che i cinque designati erano tutti graduati di primissimo piano. Si trattava del brigadiere Giuseppe Brocchetti, che sarebbe stato ministro di Guerra e Marina dal 1836 al 1845, del brigadiere Roberto de Sauget, già direttore dell'Ufficio topografico militare, del brigadiere Demetrio Lecca, che si era distinto nella difesa di Gaeta contro i francesi nel 1806, e infine dei marescialli di campo Enrico Statella e Alessandro Lucchesi Palli.

<sup>26</sup> Cfr. *Collezione*, 1831, pp. 16-17.

<sup>27</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, c. 151rv, sessione del 10 agosto 1831.

contare che restava scoperto tutto il confine fra i due stati corrispondente alla provincia di Terra di Lavoro. Si fece interprete di tali perplessità il ministro degli Interni, che il 10 agosto propose di allestire uno stretto cordone terrestre su tutto il confine settentrionale del Regno. Tale possibilità fu certamente presa in seria considerazione, ma alla fine si giudicarono sufficienti le difese già esistenti sulla frontiera, soprattutto sulla base del fatto che lo Stato pontificio aveva predisposto rigide misure protettive, tanto via terra che via mare, e pertanto la possibilità dell'estensione del contagio all'unico stato confinante con il Regno appariva per il momento remota<sup>28</sup>. Essendo invece ben più concreta la minaccia di un contagio per via marittima, il governo si arrese alla necessità di estendere il cordone di barche armate su tutta la porzione di costa non contemplata dal precedente decreto, e cioè sulla parte dello Ionio inclusa tra Gallipoli e Capo delle Armi, nonché su tutto il litorale tirrenico fino al confine settentrionale segnato dal monte Circeo. Questo nuovo lunghissimo segmento costiero fu pertanto suddiviso in 27 sezioni, ciascuna delle quali avrebbe dovuto essere presidiata da una paranzella della Real marina dotata di cannone, e agli ordini di un graduato, nonché da un numero variabile di "castaudelle" doganali<sup>29</sup>. Con questa estensione, il cordone marittimo veniva a coprire tutta la linea costiera della parte continentale del Regno, che (ricordiamolo) aveva una lunghezza complessiva di 1.134 miglia (equivalenti a 2.115 chilometri)<sup>30</sup>. Le sezioni in cui esso era suddiviso assommavano in tutto a 39, e per ciascuna di esse i decreti avevano stabilito la presenza di un legno armato della Real marina con funzioni di comando. Si trattava, come fu presto chiaro, di una dotazione eccessiva, superiore alle pur cospicue forze dell'Armata di Mare, pertanto, si rese necessario ridefi-

<sup>28</sup> Cfr. *Ibi*, c. 152rv, sessione del 10 agosto 1831.

<sup>29</sup> Cfr. *Ibi*, c. 165r – 166r, sessione del 10 agosto 1831. Le 27 sezioni erano le seguenti: 1) da Gallipoli a Taranto; 2) da Taranto alle foci del Lima; 3) dalle foci del Lima a Rossano; 4) da Rossano al capo delle Alici; 5) dal capo delle Alici a Cotrone; 6) da Cotrone a Capo Rizzuto; 7) da Capo Rizzuto alla marina di Squillace; 8) da Squillace a Capo Stilo; 9) da Capo Stilo a Capo Spartivento; 10) da Capo Spartivento a Capo delle Armi; 11) da Capo delle Armi a Capo Vaticano; 12) da Capo Vaticano al Pizzo; 13) dal Pizzo ad Amantea; 14) da Amantea al Cetraro; 15) dal Cetraro a Scalea; 16) da Scalea a Maratea; 17) da Maratea a Cammarota; 18) da Cammarota alla punta di Licosa; 19) da Licosa al fiume Sele; 20) dal Sele a Salerno; 21) da Salerno alla punta della Campanella; 22) dalla Campanella al capo di Posillipo; 23) dal capo di Posillipo al monte di Procida; 24) dal monte di Procida alle foci del Volturno; 25) dal Volturno alle foci del Garigliano; 26) dal Garigliano a Gaeta; 27) da Gaeta al confine del monte Circeo.

<sup>30</sup> Sulla lunghezza della linea costiera del Regno, mi attengo a De Sanctis, 1840, p. 4. Va comunque detto che in altri testi compaiono stime non proprio collimanti: Domenico Pandullo, ad esempio, valuta in 1.040 miglia la lunghezza delle coste della parte continentale del Regno: cfr. Pandullo, 1838, p. 22. Il calcolo in chilometri si basa sul fatto che il miglio napoletano era pari a 1,865 km.



nire la distribuzione dei vascelli lungo il cordone. Secondo il nuovo organigramma, il grosso dell'impegno era assegnato alle imbarcazioni doganali (fra golette, scorridoe e castaudelle) restando alla Marina l'obbligo di fornire solo cinque "legni quadri" e 18 paranzelle. Il cordone venne ripartito in sole cinque divisioni: una per l'Adriatico, una per lo Ionio, una per il Tirreno a Levante (da capo delle Armi a capo Campanella, compresa l'isola di Capri), una per il Tirreno a Ponente (da capo Miseno a Terracina, comprese le isole di Ponza e Ventotene) e una per il golfo di Napoli, che includeva le isole di Ischia e Procida<sup>31</sup>. In tal modo, sebbene ridimensionato rispetto alla sua struttura iniziale, il cordone restava pur sempre imponente, con un dispiegamento di 73 imbarcazioni a tutela dell'intero profilo costiero, distribuite in maniera abbastanza omogenea fra le cinque divisioni in cui esso era attualmente articolato. Nonostante ciò, si trattava di una rete protettiva le cui maglie erano reputate troppo larghe per tranquillizzare del tutto il governo borbonico. Emerse allora la necessità di integrare il cordone marittimo con un cordone terrestre, in modo da costituire una doppia barriera, stavolta idonea a preservare il Regno da sbarchi di merci e persone in spregio alle leggi sanitarie.

### 3. Dal cordone marittimo al cordone terrestre

L'idea di istituire un sistema di sorveglianza collocato sulla costa, che affiancasse quello già costituito dalle imbarcazioni, emerse molto presto. Già l'11 agosto una nota del Consiglio dei Ministri per il Consiglio di Stato suggerì di impiegare per i turni di vigilanza sul cordone, oltre alla truppa regolare, anche la Gendarmeria, le Guardie doganali e le Guardie urbane, ricorrendo, per la retribuzione di queste ultime, ai fondi provinciali anziché alle esauste finanze dei comuni. Il Consiglio di Stato, pur accogliendo in linea di massima tali indicazioni, considerando gli enormi costi connessi alla istituzione del cordone, suggerì tuttavia ai Commissari regi (diretti responsabili dell'attivazione della struttura difensiva) di impiegare "forza pagana" (cioè civili) a titolo gratuito, a preferenza dei militari<sup>32</sup>. Trascorsero alcune settimane di serrate comunicazioni fra il governo, i Commissari e le locali Deputazioni di Salute, in cui si cercò di mettere a fuoco tutti i dettagli connessi all'esecuzione del progetto: individuazione dei posti di guardia, reclutamento del personale di vigilanza, modalità di alloggio,

<sup>31</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 152/3, cc. 98r-100r, *Ripartizione de' legni pel cordone sanitario marittimo pe' Reali Dominj al di qua del Faro, cominciando dal Tronto ai confini del Regno verso Terracina*.

<sup>32</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 152/3, cc. 75r -76r.

vettovagliamento e riscaldamento delle sentinelle, fornitura alle stesse di armi e munizioni. Soltanto il 26 agosto si pervenne al passo risolutivo: in tale data fu infatti emesso un regio decreto che in soli due articoli disponeva l'istituzione di un cordone sanitario terrestre su tutta la linea costiera della parte continentale del Regno<sup>33</sup>. Tra il cordone terrestre e quello marittimo doveva esservi una complementarità funzionale: quando le due strutture furono messe a regime, fu emanato anche uno specifico regolamento, che disciplinava il non semplice sistema di segni convenzionali per le comunicazioni fra i posti di guardia e le imbarcazioni<sup>34</sup>. Contestualmente all'erezione del cordone terrestre sul litorale, si decise di abolire il cordone esistente nelle province abruzzesi, alla frontiera con lo Stato pontificio, e ciò per due ragioni<sup>35</sup>. In primo luogo, perché le misure adottate nello stato confinante, anche qui obbedienti ad un approccio contagionista, erano reputate sufficienti ad impedire la diffusione del morbo. Inoltre, la costituzione di una doppia barriera, marittima e terrestre, sulle coste del Regno sembrava rappresentare una protezione più che efficace.

L'allestimento di un cordone sulla linea costiera non era certo una novità per il Regno, che peraltro vi era ricorso l'ultima volta nel 1815-16, in occasione dell'epidemia di peste che si era sviluppata in Dalmazia, nonché, in un violento ancorché isolato focolaio, a Noja, nei pressi di Bari (Tanturri, 2018, pp. 43-56). Conclusa tale emergenza, all'inizio del 1820, era stato emanato un regolamento che definiva in maniera efficace i caratteri e i criteri organizzativi a cui avrebbe dovuto uniformarsi ogni futuro cordone<sup>36</sup>. In sintesi, essi erano i seguenti. Anzitutto, bisognava stabilire l'ubicazione dei posti di guardia sul segmento di litorale individuato per la costituzione della struttura. Naturalmente, occorreva assegnare la preferenza a luoghi dove già esistevano delle torri di avvistamento, che andavano opportunamente restaurate e rese agibili. In alternativa, era necessario costruire baracche in legno, facendo in modo che i singoli posti di guardia fossero a vista l'uno dell'altro. Ogni posto doveva essere presidiato da quattro individui, uno dei quali con funzioni di capiposto: mentre però il turno di vigilanza dei primi era di 24 ore, quello dei capiposto era di una settimana.

---

<sup>33</sup> Cfr. *Collezione*, 1831, p. 56.

<sup>34</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 14 bis, fasc. 151, c. 97r, *Istruzioni per lo stabilimento de' segnali di convenzione fra' posti di terra e fra essi ed i legni addetti al cordone sanitario*.

<sup>35</sup> Cfr. *Giornale dell'Intendenza*, 1831, p. 360. Cfr. anche ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 200, lettera dell'intendente di Abruzzo Ulteriore I al Soprintendente generale di Salute del 2 settembre 1831.

<sup>36</sup> Cfr. *Regolamento generale di servizio sanitario marittimo* del 1° gennaio 1820, in *Regolamenti sanitari*, 1831, pp. 120-125.



Un sistema di controlli gerarchici doveva assicurare la piena efficienza del servizio: sei posti di guardia costituivano infatti un distaccamento, a capo del quale vi era un ufficiale, anch'egli in servizio per una settimana; tre distaccamenti erano presidiati da un sott'ispettore, mentre un distretto da uno o più ispettori, a seconda della lunghezza del relativo tratto di costa<sup>37</sup>. Ispettori e sott'ispettori dovevano essere in costante contatto con sottintendenti e intendenti, responsabili ultimi dell'intera organizzazione nell'ambito dei rispettivi distretti e province. Obbligo principale dei militi (o dei civili) addetti alla vigilanza era quello di impedire sbarchi di persone o merci nel tratto di costa assegnato alla loro custodia. Eventuali tentativi di approdo con la forza andavano respinti, se necessario con l'aiuto del personale di guardia nei posti limitrofi, che andava avvisato per mezzo di segnalazioni con bandiere di giorno e con due fuochi consecutivi di notte.

Questo snello e lineare profilo normativo celava in realtà dei problemi organizzativi giganteschi. Cerchiamo di valutarli con ordine. La prima questione sul tappeto riguardava il personale chiamato a svolgere i turni di vigilanza. Considerato infatti che il cordone aveva un'estensione (come si è accennato) di 1.134 miglia, e che i posti di guardia dovevano trovarsi a vista l'uno dell'altro, si può supporre con fondatezza l'esistenza di oltre un migliaio di posti di guardia, ciascuno dei quali doveva essere presidiato da quattro uomini, tre dei quali con turni di guardia di 24 ore. Deriva da ciò che per coprire il servizio di vigilanza occorrevano varie decine di migliaia di persone. Dove reclutare una tale massa di gente? Non certo (o quanto meno non solo) nell'esercito regolare, numericamente impari di fronte a tale impegno, e peraltro coinvolto, in tal modo, in un'attività di dubbia coerenza con i suoi compiti istituzionali. Più accettabile l'impiego di guardie doganali e guardie urbane, queste ultime in servizio presso ciascun comune e dotate in qualche misura di spirito di corpo e disciplina, necessari per svolgere il servizio. Vi era però un neo: la retribuzione. Infatti, a meno che le guardie urbane provenissero da comuni marittimi, situati sulla costa o nelle sue immediate vicinanze, avevano diritto ad una mercede, che si cercò non per caso di mantenere entro limiti strettissimi<sup>38</sup>. Per ragioni principalmente di

---

<sup>37</sup> Durante il decennio francese, la legge organica sull'amministrazione civile aveva suddiviso il territorio dello stato in province, distretti, e circondari. Su tale assetto territoriale, mantenuto dai restaurati Borboni, cfr. tra l'altro Spagnoletti, 1997, pp. 162-171.

<sup>38</sup> Dichiarò il Ministro degli Interni in una circolare agli intendenti del 31 agosto 1831: "Laddove è di assoluta necessità di pagare alle guardie urbane una giornaliera indennità, questa non può oltrepassare le grana 15 al giorno per ciascun uomo, che deve riguardarsi come il maximum, ma debbo avvertire che in qualche provincia mi si è già proposto di limitarla ad una somma molto minore": cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità*

economia, il governo caldeggiò dunque con vigore l'impiego di personale civile, che avrebbe dovuto prestare il servizio a titolo volontario. Ma a quale ceto sociale avrebbero dovuto appartenere gli addetti al cordone? La logica suggeriva che dovessero essere i "proprietari", che essendo mediamente (o molto) benestanti, erano anche maggiormente interessati a preservare la salute delle proprie famiglie e l'integrità dei propri patrimoni, minacciati dal dilagare del morbo<sup>39</sup>. Vi era in tal senso una tradizione organizzativa, rinnovata dal governo anche in occasione del cordone marittimo del 1816, istituito per fronteggiare la peste illirica. In quel caso, tuttavia, va detto che l'obbligo posto in capo ai proprietari di effettuare il servizio di guardia era stato spesso e volentieri aggirato. Pur di evitare il disagio di affrontare penose marce dai luoghi di residenza (quasi sempre non a ridosso della costa) al cordone, e vigilanze diurne e notturne in baracche spesso fatiscenti e non riscaldate, gli appartenenti al ceto benestante preferivano farsi sostituire da persone di condizione più modesta, in cambio di un'esigua somma di denaro. Come risultato, sebbene in teoria il cordone avrebbe dovuto comporsi di personale di estrazione benestante, di fatto chi si sobbarcava i turni di guardia era gente di condizione umile se non abietta<sup>40</sup>. A distanza di quindici anni, molte cose erano cambiate. In particolare, i moti insurrezionali del 1820 avevano dimostrato in tutta la sua pericolosità il potenziale eversivo di una popolazione apparentemente mite e sottomessa. Non era più pensabile investire di un compito così delicato esponenti del basso popolo, né appariva prudente consegnare armi e munizioni a gente ostile al mantenimento dell'attuale assetto sociale, e proclive piuttosto ad una più equa distribuzione delle risorse disponibili<sup>41</sup>. Se pertanto nel 1816 il governo tollerò largamente

---

*pubblica*, b. 15, fasc. 153/2, c. 91v.

<sup>39</sup> Nel preambolo alla deliberazione del Supremo magistrato di Salute del 12 settembre 1831 può leggersi che "il personale da impiegarsi al servizio dei cordoni non possa appartenere che alle classi dei proprietari, dei benestanti e dei maestri d'arte, come quelle che nella di loro agiatezza offrono maggiori garentigie di integrità, e pel di loro incivilimento sono più capaci di ben comprendere lo scopo e l'importanza del servizio cui vengono chiamate": cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, cc. 225v-227r, sessione del 12 settembre 1831.

<sup>40</sup> Stando alla testimonianza dello storico Vitangelo Morea, il cordone marittimo del 1816 era presidiato da "gente idiota, evitando i benestanti di andare a guardare un sito aperto e senza comodo veruno". Lo stesso storico afferma anche che "al cordone marittimo (...) s'inviavano soggetti dell'infima, timida e bisognosa plebe": cfr. Morea, 1817, rispettivamente pp. 130-131 e 264.

<sup>41</sup> Molto significative in proposito due testimonianze. La prima è una circolare "riservatissima" del ministro degli Interni agli intendenti del 6 agosto 1831: "Circa l'incarico a lei affidato di eccitare lo zelo e l'interesse de' proprietarj e degli altri abitanti perché forniscano il servizio loro gratuito nella custodia del littorale (...), Ella, signor intendente, sia cauta nel somministrare le armi all'oggetto a persone che potrebbero abusarne e compromettere la pubblica

l'abuso delle sostituzioni, ora fu (almeno inizialmente) inflessibile nel pretendere che il servizio fosse svolto dalle persone a cui ciò competeva per legge. In casi eccezionali, era consentito farsi sostituire, ma solo da parenti o comunque da persone appartenenti allo stesso ceto<sup>42</sup>. Al di fuori di motivazioni anagrafiche (era stabilito a tale proposito che fossero coinvolti i soggetti di età compresa fra i 21 e i 50 anni), non si fecero sconti a nessuno. Non si ebbe riguardo neppure per la delicatezza dei compiti istituzionali svolti da persone che svolgevano mestieri di riconosciuta utilità sociale. Medici e maestri di scuola reclamarono invano l'esenzione<sup>43</sup>. Persino il clero, i cui membri asserivano con argomentazioni forse non infondate di avere qualche riluttanza a maneggiare armi, fu coinvolto in massa nel servizio di vigilanza, con l'eccezione dei soli parroci<sup>44</sup>. I soli a scamparla furono i sindaci e i giudici regi, dato che il loro impiego al cordone avrebbe significato paralizzare temporaneamente le amministrazioni locali, e ciò in un'emergenza sanitaria come quella che si stava vivendo non era possibile<sup>45</sup>. Tale inflessibilità dovette comunque fare i conti con un dato di fatto ineludibile, e cioè che molti comuni erano talmente poveri che non esistevano proprietari e benestanti in numero tale da poter coprire tutti i turni di guardia<sup>46</sup>. A

---

quiete": cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 153/2, c. 1r. La seconda è una missiva, sempre "riservatissima" del Commissario del re nelle Tre Calabrie al ministro degli Interni, datata 20 agosto 1831: "Nelle istruzioni da me compilate per cordone sanitario marittimo, ho preferito in primo luogo i proprietari, professori di arti liberali, esercenti mestieri e maestri di bottega che fanno parte delle Guardie urbane. In secondo tutti quelli delle accennate classi che sono forniti di permessi di armi, ed in terzo luogo, nel caso di deficienza del numero necessario, si ricorrerà ai proprietari ed altri delle classi summenzionate che non fan parte delle Guardie urbane né sono muniti di permessi, ma che possano affidarsi ai medesimi con sicurezza le armi, e questi non dovranno essere imputati di delitti né di indole sospetta": cfr. ASNa, *Ministero degli Interni, Il inventario*, b. 2462.

<sup>42</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 153/1, c. 3r, circolare del Ministro degli Interni agli intendenti del 24 settembre 1831.

<sup>43</sup> Cfr., per alcuni esempi, ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 153/1, c. 65r, lettera del sottintendente di Bovino all'intendente di Capitanata del 9 ottobre 1831; *Ibi*, c. 63r, lettera non datata del maestro di Cagnano all'intendente di Capitanata.

<sup>44</sup> Cfr. *Ibi*, c. 2r, lettera dell'intendente di Capitanata al ministro degli Interni del 24 settembre 1831.

<sup>45</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 153/2, c. 80r, circolare dell'intendente di Capitanata a vari sindaci della provincia, datata 1° settembre 1819.

<sup>46</sup> Di fronte alle frequenti lamentele dei comuni, il commissario del re per le provincie di Bari, Capitanata e Molise, in una lettera all'intendente di Capitanata del 20 settembre 1831, fu costretto ad ammettere: "Sembra evidente che, ad onta di tutto l'interessamento, difficile sia il poter ottenere che il servizio sanitario si esegua interamente da' proprietarj ed urbani agiati, attese le varie difficoltà che si frappongono": cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 16, fasc. 154/5, cc. 64r - 65r.

partire dai primi di ottobre, pertanto, il governo dovette rassegnarsi all'evidenza, e autorizzare i commissari ad ammettere delle eccezioni locali alla regola generale<sup>47</sup>.

Se la sola definizione del ceto di appartenenza degli addetti al cordone si presentava così irta di difficoltà, altri aspetti organizzativi sollevarono problemi non meno gravi. Quali erano infatti i comuni che dovevano coinvolgersi nel servizio? Anche qui la logica richiedeva che fossero quelli che si trovavano sul litorale, e questa fu infatti la strada che inizialmente si seguì. Questi ultimi tuttavia obiettarono, non infondatamente, che essendo il colera una minaccia che riguardava tutto lo stato, non era giusto scaricare il peso della protezione dell'intero territorio regnicolo soltanto sui comuni costieri<sup>48</sup>. Il governo, riconoscendo la validità di tale obiezione, si risolse ad obbligare anche alcuni comuni situati nell'entroterra a fornire contingenti di uomini per il cordone. Immediate però sorsero le proteste degli interessati, dato che per recarsi sulla costa, le persone coinvolte dovevano marciare talora per un'intera giornata, con tutte le condizioni atmosferiche<sup>49</sup>. Si ricorse pertanto alla salomonica soluzione di stabilire turni di guardia più frequenti per i comuni costieri e meno frequenti per quelli interni, ma questo non mise naturalmente a tacere tutte le proteste<sup>50</sup>.

Un altro ordine di problemi riguardava gli aspetti logistici. Per evidenti ragioni, l'individuazione dei posti di guardia sulla linea costiera avrebbe dovuto tener conto di costruzioni preesistenti, utilizzabili per il servizio di vigilanza. A tale proposito, si utilizzarono, laddove possibile, le torri di guardia (o meglio, ciò che restava di esse) erette durante la dominazione spagnola per difendere il Regno dalle incursioni ottomane<sup>51</sup>. Per renderle idonee alla vigilanza armata, fu talora necessario affrontare non semplici lavori di ristrutturazione<sup>52</sup>. Nei tratti in

<sup>47</sup> Cfr. ASAg, *Intendenza, serie I, Affari Generali*, cat. XV, b. 4424, fasc. 1, lettera del Ministro degli Interni all'intendente di Abruzzo Ulteriore II dell'8 ottobre 1831.

<sup>48</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 153/2, cc. 71r-72r, lettera del sindaco di Manfredonia all'intendente di Capitanata del 31 agosto 1831.

<sup>49</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 16, fasc. 154/1, cc. 52r-53r, lettera del sindaco di Apricena all'intendente di Capitanata del 10 settembre 1831.

<sup>50</sup> Si veda la circolare dell'intendente di Capitanata ai sindaci del 1° settembre 1831, stando alla quale i turni di guardia sarebbero caduti ogni 24 ore per i comuni marittimi, e ogni 4 giorni per quelli interni: cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 153/2, cc. 80r-81v.

<sup>51</sup> Fra la vasta bibliografia su tale argomento, ricca di contributi soprattutto locali, cfr. Russo, 2009.

<sup>52</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 16, fasc. 154/2, cc. 87r-88r, prospetto dei posti di guardia compresi fra i comuni di Viesti, Peschici e Vico, del 5 settembre 1831, in cui è annotato: "In tutte le torri che erano abbandonate si sono praticati

cui queste strutture erano assenti o in rovina irreparabile, si dovette procedere alla costruzione di baracche in legno, mirando principalmente all'esigenza che i singoli posti, compatibilmente con le caratteristiche del territorio e la presenza di rilievi, fossero in vista l'uno dell'altro<sup>53</sup>. Bisognò poi dotare questi alloggi di tetti in tegole, di un minimo di mobilia nonché di letti da campo, e di camini o bracieri per riscaldarsi. Tutte queste operazioni produssero complicazioni di varia indole, richiesero spese notevoli e furono condotte in tempi non immediati. Il vincolo ineludibile della reciproca visibilità tra i posti di guardia produsse conseguenze non sempre confortevoli per le sentinelle. Talora le baracche furono costruite in siti interessati dal paludismo, con effetti deleteri per la salute degli occupanti<sup>54</sup>. In altri casi furono collocate troppo vicino al mare, in modo tale che le onde vi entravano con facilità<sup>55</sup>. Gli sforzi per conferire a questi alloggi di fortuna un minimo di abitabilità furono lenti e non sempre efficaci. Sul litorale compreso fra il Molise e la Capitanata, molte baracche erano "infelici ricettacoli" idonei a malapena ad ospitare la metà della forza che vi era assegnata<sup>56</sup>. Il vitto del personale addetto alla vigilanza costituiva spesso un problema, e quando i posti di guardia erano situati in aperta campagna, era necessario recarsi in centri abitati distanti svariate miglia per procurarsi un po' di cibo. In alternativa, come accadeva a Licola, nei pressi di Pozzuoli, si andava a caccia di selvaggina nelle riserve circostanti, abbandonando il servizio di vigilanza<sup>57</sup>. Per non parlare delle armi. A Torrefantina, nei pressi di Chieuti, un'ispezione rivelò che i fucili consegnati alle sentinelle erano "a guisa di parroccole, non atti a sparare, poiché oltre di essere pieni di ruggine, i cani de' fucili non mantengono la

---

dei nuovi lavori, che consistono nella costruzione di porte e finestre, letti di campo, garitte e scalandroni onde ascendere in esse, oltre li necessarj rappezzii".

<sup>53</sup> Tale necessità condusse in alcuni casi a scelte particolarmente onerose. Sul litorale di Terra d'Otranto, ad esempio, un'ispezione mise in luce la distanza eccessiva fra i 46 posti di guardia esistenti. Si decise pertanto di collocarne altri 75 in posizione intermedia, per consentire un più efficace controllo: cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 16, fasc. 155, c. 13rv, circolare dell'intendente di Terra d'Otranto ai sindaci del 29 settembre 1831.

<sup>54</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 14, fasc. 148/1, c. 18rv, lettera del sindaco di Vico all'intendente di Capitanata, del 22 novembre 1831.

<sup>55</sup> Cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 14 bis, fasc. 151, c. 20rv, lettera del capo della Guardia urbana di Cerignola all'intendente di Capitanata del 22 ottobre 1831.

<sup>56</sup> Cfr. *Ibi*, cc. 46r-48v, lettera del commissario reale al litorale delle province di Bari, Capitanata e Molise all'intendente di Capitanata, del 26 ottobre 1831.

<sup>57</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 201, lettera del ministro degli Interni al Soprintendente generale di Salute del 28 settembre 1831.

posa”<sup>58</sup>. Le munizioni erano insufficienti, e talora mancavano attrezzi indispensabili come i cannocchiali e i razzi luminosi per le segnalazioni tra il cordone terrestre e quello marittimo<sup>59</sup>.

#### 4. Operatività del cordone

Le diverse questioni fin qui passate in rassegna, che hanno messo in luce il coinvolgimento di molteplici mezzi e di migliaia di uomini, portatori di specifici e contrastanti interessi, forniscono un’idea del complesso di problemi sollevati dalla costituzione di un cordone sanitario. È lecito tuttavia chiedersi se, con tutta la mobilitazione di risorse umane ed economiche che tale misura implicò, si sia almeno prodotto un risultato conforme alle attese, cioè se in definitiva la barriera di imbarcazioni e sentinelle che abbiamo osservato proteggesse effettivamente il territorio regnicolo dall’afflusso di persone e merci sospette. A tale proposito bisogna principalmente sottolineare un elemento: a dispetto delle lacune organizzative e difficoltà funzionali che abbiamo osservato, nell’insieme il cordone fu mantenuto in efficienza. Non è necessario ricorrere alla occasionale testimonianza di riconoscimenti formali tributati alle città costiere che si distinsero per diligenza e spirito di servizio nello svolgere i turni di sorveglianza<sup>60</sup>. È sufficiente rammentare che il cordone (sebbene costituito in larga misura da personale civile) era soggetto ad una disciplina di tipo militare, che prevedeva il ricorso alla Corte marziale in caso di inadempimenti, e un sistema di temibili sanzioni per la minima inosservanza dei regolamenti. Di fronte all’abbandono ingiustificato del posto di guardia, la pena della reclusione scattava immediatamente e senza riguardo per le condizioni sociali e personali dei contravventori<sup>61</sup>. Con tutto questo, si può affermare che le maglie della rete avvolta dal go-

<sup>58</sup> ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata – Sanità pubblica*, b. 15, fasc. 152/3, c. 112rv, lettera dei deputati di Salute di Serracapriola Pasquale D’Adamo e Francesco Ruocco all’intendente di Capitanata, del 16 agosto 1831. Il termine “parrocchola” assume nei dialetti meridionali il significato di: bastone.

<sup>59</sup> Nei posti di guardia adiacenti alla foce del fiume Fortore, la distanza fra le torri faceva sì che “lo sventolamento” delle bandiere fosse “percettibile solo con un cannocchiale non piccolo, oggetto non posseduto da verun capoposto”: cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 14 bis, fasc. 151, cc. 46r-48v, lettera del commissario reale al litorale delle province di Bari, Capitanata e Molise all’intendente di Capitanata, del 26 ottobre 1831.

<sup>60</sup> Valga per tutti l’esempio del piccolo comune di Colonnella, vicino Teramo, che ebbe un pubblico encomio per la disciplina e lo spirito di servizio con cui 93 guardie urbane e 103 agiati cittadini svolgevano turni di guardia gratis al cordone: cfr. *Giornale degli Atti dell’Intendenza* 1831, pp. 158-159.

<sup>61</sup> Nel marzo 1832, il capoposto Nicola Maria Maselli, la guardia urbana Antonio Festa e il



verno attorno ai confini del Regno fossero davvero così strette da non lasciar filtrare nulla? La risposta a tale domanda non può che essere negativa, dato che ai confini con lo Stato pontificio esisteva un'attività di contrabbando talmente diffusa, radicata e organizzata da farsi beffe anche del più occhiuto sistema di vigilanza. Si trattava di una vera e propria industria, difficilmente estirpabile, per via soprattutto del coinvolgimento di soggetti tanto regnicoli che pontifici, sui quali ultimi lo stesso governo dello stato confinante aveva limitate, se non nulle, possibilità di controllo<sup>62</sup>. È chiaro che tale attività, eludendo le barriere doganali, arrecava un sensibile danno all'erario del Regno, ma lo è ancor più che essa si traduceva nell'afflusso di merci non soggette ad alcun tipo di controllo sanitario, rendendo inutile il pur imponente apparato di vigilanza<sup>63</sup>. Di fronte a tutto ciò, e nella consapevolezza che neppure la pena di morte aveva costituito un deterrente efficace per questa categoria di malfattori, il Commissario regio per la provincia di Terra di Lavoro individuò come possibili rimedi anzitutto il ripristino del cordone terrestre al confine fra i due stati, e poi, nei confronti dei contrabbandieri, suggerì due distinti provvedimenti: porre i manutengoli sotto un severo controllo di polizia, e ricorrere per i capi dell'organizzazione all'antica sanzione della *relegatio in insulam*. Le autorità sanitarie centrali ammisero che il confinamento dei più noti contrabbandieri, già adottato con un provvedimento

---

civile Nicola Cascavillo, responsabili di aver abbandonato il servizio nei posti di Chianca Masiello e Vallone de' Porci, ad est di Manfredonia, furono ad esempio condannati alla reclusione nelle pubbliche carceri per 20 giorni: cfr. ASFg, *Intendenza e Governo di Capitanata - Sanità pubblica*, b. 14, fasc. 148/3, cc. 94r - 95r, lettera del commissario reale al litorale delle province di Bari, Capitanata e Molise all'intendente di Capitanata, del 17 marzo 1832.

<sup>62</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 202, lettera del ministro degli Interni al Soprintendente generale di salute del 15 ottobre 1831, e ivi, lettera del Commissario del Re del litorale e frontiera della provincia di Terra di Lavoro al ministro degli Interni del 5 ottobre 1831.

<sup>63</sup> Anche in altre realtà statuali, non era infrequente che il contrabbando vanificasse, in tutto o in parte, l'opera dei cordoni sanitari. In taluni casi si verificavano anche episodi di corruzione del personale preposto alla vigilanza da parte dei contrabbandieri. Secondo Gunther E. Rothenberg, nel cordone austriaco eretto nel XVIII secolo ai confini con l'Impero ottomano "there were charges about corrupt officials and guards who could be bribed to allow smugglers and others to avoid the controls, and such reports continued to the end of the cordon" (Rothenberg, 1973, p. 20). Secondo Peter Christensen, "in northern France smuggling went on during the great outbreak in 1667-69 in spite of the *cordon sanitaire*. In Denmark smuggling was a constant problem to the authorities and is amply documented from the second half of the sixteenth Century onward" (Christensen, 2003, p. 447). In riferimento ai cordoni sanitari stabiliti in Russia nel XVIII secolo, John T. Alexander scrive che "some merchants and smugglers must have circumvented the checkpoints, bribed their way past them, or reached Russian territory even before the cordons were activated" (Alexander, 2003, p. 107).

anteriore per altre province del Regno, potesse applicarsi anche alla Terra di Lavoro, ma, in riferimento al cordone si fecero probabilmente spaventare dagli enormi costi che esso avrebbe comportato. Si limitarono pertanto a sollecitare l'invio di truppe sul confine, per coadiuvare le autorità provinciali nella repressione dei traffici clandestini, e a fare pressioni sul governo pontificio perché dal canto suo esercitasse controlli più efficaci<sup>64</sup>. L'idea di un cordone non fu del tutto scartata, anzi ne fu redatto persino un regolamento operativo in 13 articoli, subordinandone tuttavia l'esecuzione all'ipotesi che il contagio si diffondesse all'Italia settentrionale. Se tale malaugurato caso si fosse avverato, il cordone avrebbe dovuto immediatamente erigersi alla frontiera, con l'ausilio di personale esclusivamente militare, e con l'individuazione di soli cinque punti (Fondi, Ceprano, Antrodoto, Martinsicuro e Tagliacozzo) per l'ingresso, naturalmente controllatissimo, di persone e merci. Se poi il colera avesse invaso anche lo Stato pontificio, si sarebbe eretto un secondo cordone, più arretrato rispetto al primo, compreso tra le foci del Garigliano e del Vomano<sup>65</sup>.

### 5. Conclusioni

Le misure di politica sanitaria prese dal governo borbonico nel 1831 furono ispirate dal pronunciamento della Facoltà medica del Supremo magistrato di Salute del 16 aprile di quell'anno, che, esprimendo un netto parere su una questione ampiamente dibattuta a livello dottrinale, attribuì al colera un carattere contagioso. Coerentemente con tale idea, la strada che si seguì per proteggere il territorio nazionale dall'assalto della temuta malattia fu quella delle quarantene obbligatorie per merci e persone provenienti da territori toccati dal contagio, e dei cordoni sanitari per scongiurare qualsiasi contatto con possibili focolai di infezione. A prezzo di gravose spese e di un intenso sforzo organizzativo, nel luglio 1831 fu pertanto decisa l'istituzione di un cordone sanitario composto da imbarcazioni armate, limitato dapprima alla costa adriatica e a parte di quella ionica, e poco dopo esteso a tutto il lunghissimo profilo costiero del Regno. Peraltro, non reputando sufficiente questa protezione, il governo decise subito dopo di integrare la sorveglianza via mare con un cordone terrestre presidiato da guardie doganali, guardie urbane e civili, che avrebbe dovuto interagire con il cordone marittimo allo scopo di assicurare un più efficiente controllo. Per ospitare le pattuglie addette ai turni di vigilanza, fu necessario restaurare, dove possibile, le superstiti torri costiere cinquecentesche, o in alternativa costruire *ex*

<sup>64</sup> Cfr. ASNa, *Supremo magistrato di Salute*, b. 507, c. 293rv, sessione del 17 ottobre 1831.

<sup>65</sup> Cfr. *Ibi*, cc. 296v-298r, sessione del 19 ottobre 1831.



*novo* casupole e baracche, costituendo una rete di controllo teoricamente idonea ad impedire lo sbarco di oggetti e persone sospette in qualunque segmento costiero. Questo approccio alla gestione dell'emergenza sanitaria aveva una ben precisa matrice culturale, consistente nell'idea che la malattia andava trattata alla stregua di un nemico che minacciava di invadere il territorio nazionale. È pur vero che si trattava di un nemico particolare, con il quale andava evitata qualsiasi forma di contatto, ma ciò non implicava variazioni di alcun tipo nello strumentario utilizzato per fronteggiarne l'assalto, che restava quello, tipicamente militare, delle torri di guardia presidiate da personale in assetto di guerra. Una valutazione complessiva sull'utilità e la funzionalità di questo imponente e costoso apparato difensivo resta tuttavia problematica. In teoria, infatti, per un morbo che aveva nel contagio interumano una delle sue privilegiate forme di diffusione (si pensi al ruolo, manifesto agli epidemiologi odierni, dei portatori asintomatici), l'istituzione di un cordone era un provvedimento utile. Bloccando i contatti fra le zone infette e quelle sane, avrebbe dovuto costituire un efficace argine contro la malattia. Nel caso specifico, inoltre, il cordone istituito, pur con alcune inevitabili falle e difficoltà, fu mantenuto complessivamente in efficienza. In relazione a ciò, un altro aspetto che va sottolineato è la tempestività della sua erezione, che certo valse a frenare per tempo l'afflusso sul territorio nazionale di persone e merci potenzialmente infette. Ciò non bastò tuttavia ad assicurare protezione a tutto il Regno, dato che ai confini settentrionali di esso esisteva una rete di contrabbando talmente diffusa e organizzata da vanificare anche il più occhiuto sistema di controllo. Senza contare che il cordone sanitario bloccava uomini e merci, ma non poteva arrestare il corso dei fiumi, nei quali i vibrioni trovavano un *habitat* spesso favorevole: sospinti dalle correnti, i bacilli potevano raggiungere in tempi relativamente brevi località distanti (e questo concorre a spiegare gli imprevedibili percorsi geografici dell'epidemia, una volta che il morbo penetrò nel Regno). Tra gli effetti del cordone vanno infine ricompresi i danni economici, diretti o indiretti, connessi alla sua istituzione. Da un lato, sebbene allo stato attuale degli studi non sia possibile quantificare le spese che furono sostenute per erigere e mettere a regime la struttura, è del tutto evidente che si è trattato di cifre ingentissime. Dall'altro, non vanno trascurati i limiti imposti ai traffici commerciali e il rallentamento di molte attività produttive, nella misura in cui il personale chiamato a svolgere i turni di guardia era costretto a sacrificare preziose ore lavorative. Si può pertanto concludere che da un lato il cordone non riuscisse a rendere il territorio nazionale del tutto impermeabile al colera, e dall'altro la sua istituzione comportasse un non indifferente danno economico, sia per il gigantesco impiego di risorse umane e materiali, sia per il freno imposto a svariate attività economiche.

6. Bibliografia

- Alexander, John T. (2003) *Bubonic plague in early modern Russia. Public health and urban disaster*. New York: Oxford University Press.
- Alibrandi, Rosamaria (2012) *In salute e in malattia. Le leggi sanitarie borboniche fra Settecento e Ottocento*. Milano: FrancoAngeli.
- Auxilia, Girolamo (1837) *Monografia sul colera-morbo. Sua storia, progressi, natura, e trattamento*. Palermo: Stamperia Spampinato.
- Baldwin, Peter (2005) *Contagion and the state in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barua, Dhiman (1992) 'History of cholera', in Barua, Dhiman - Greenough, William B. (eds.) *Cholera*. New York: Plenum Medical Book Company, pp. 1-36.
- Catapano, Vittorio Donato (1990) *Medicina a Napoli nella prima metà dell'Ottocento*. Napoli: Liguori.
- Christensen, Peter (2003) "'In these perilous times": plague and plague policies in early modern Denmark', *Medical History. An International Journal for the History of Medicine and Related Sciences* 47 (4), pp. 413-450.
- Cliff, Andrew - Haggett, Peter (2004) 'Time, travel and infection', *British Medical Bulletin*, 69 (1), pp. 87-99.
- Collezione delle leggi e de' decreti reali del Regno delle Due Sicilie. Anno 1831, semestre II, (1831)*. Napoli: Dalla Stamperia Reale.
- D'Ambrosio, Maria Beatrice (1984) 'Costa Oronzo Gabriele', *Dizionario Biografico degli Italiani*, 30. Roma: Istituto dell'Enciclopedia Italiana, pp. 235-238.
- De Ceglie, Rossella (1999) *L'anello mancante. L'opera di Oronzo Gabriele Costa nella biologia italiana del primo Ottocento*. Roma-Bari: Laterza.
- De Sanctis, Gabriello (1840) *Dizionario statistico de' paesi del Regno delle Due Sicilie*. Napoli: Stamperia e cartiere del Fibreno.
- Della Valle, Cesare (1816) *Ragguaglio istorico della peste sviluppata in Noja nell'anno 1815*. Napoli: Trani.
- Di Orio, Ferdinando (2006) *Il colera*. Napoli: Edises.
- Giornale degli Atti dell'Intendenza della provincia del II Abruzzo Ulteriore (1831)*. Aquila: Grossi.
- Giornale dell'Intendenza di Abruzzo Citeriore (1831)*, 27, s.n.t.

- Giornale sanitario sovraneamente disposto contenente le principali notizie, le decisioni di massima emanate dal Supremo Magistrato di Salute di Napoli, e gli ordini superiori dettati onde garentire questi Reali dominii dal cholera-morbus dominante in varii luoghi dell'Europa settentrionale* (1831). Napoli: Dalla Tipografia di Carlo Cata-neo.
- Longmate, Norman (1966) *King cholera. The biography of a disease*. London: Hamish Hamilton.
- 'Luigi Petagna' (1834) *Atti del Real Istituto d'Incoraggiamento alle Scienze naturali di Napoli*, 5, pp. 287-310.
- Mari, Lorenzo *et alii* (2012) 'Modelling cholera epidemics: the role of waterways, human mobility and sanitation', *Journal of the Royal Society, Interface*, 67 (9), pp. 376-388.
- Mead, Richard (1720) *A short discourse concerning pestilential contagion, and the methods to be used to prevent it*. London: Buckley and Smith.
- Melvyn Howe, George (1972) *Man, environment and disease in Britain. A medical geography through the ages*. London: Penguin Books.
- Morea, Vitangelo (1817) *Storia della peste di Noja*. Napoli: Trani.
- Pandullo, Domenico (1838) *Nozioni elementari della geografia e storia del Reame delle Due Sicilie dalla sua origine sino ai tempi nostri*. Napoli: Borel e Bompard.
- Pollitzer, Richard (1959) 'History of the disease', in Pollitzer, Richard (a cura di) *Cholera*. Geneva: World Health Organization, pp. 11-50.
- Regolamenti sanitari per lo Regno delle Due Sicilie sanzionati da Sua Maestà in conseguenza della legge de' 20 ottobre 1819* (1831). Napoli: Tipografia nella Pietà de' Turchini.
- Rothenberg, Gunther E. (1973) 'The Austrian sanitary cordon and the control of the bubonic plague: 1710-1871', *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 28 (1), pp. 15-23.
- Russo, Flavio (2009) *Le torri costiere del Regno di Napoli: la frontiera marittima e le incursioni corsare tra XVI ed il XIX secolo*. Napoli: ESA.
- Salvemini, Raffaella (2009) 'A tutela della salute e del commercio nel Mediterraneo: la sanità marittima nel Mezzogiorno pre-unitario', in Salvemini, Raffaella (a cura di) *Istituzioni e traffici nel Mediterraneo tra età antica e crescita moderna*. Napoli: Consiglio Nazionale delle Ricerche, pp. 259-296.

- Spagnoletti, Angelantonio (1997) *Storia del Regno delle Due Sicilie*. Bologna: Il Mulino.
- Speziale, Salvatore (2002) 'Itinerari di contagio: il colera e il Mediterraneo (XIX – XX secolo)', in Tagarelli, Antonio - Piro, Anna (a cura di) *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*. Atti del Simposio (Croce di Magara - Spezzano Piccolo, CS, 12 ottobre 2002). Vol. I, S. Giovanni in Fiore (CS): Pubblisfera, pp. 31-58.
- Tanturri, Alberto (2018) *'Il soffio avvelenato del contagio'. La peste di Noja del 1815-16*. Milano: Unicopli.
- Teodonio, Marcello - Negro, Francesco (1988) *Colera, omeopatia e altre storie. Roma 1837*. Roma: Fratelli Palombi Editori.
- Tognotti, Eugenia (2000) *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*. Roma-Bari: Laterza.
- Watts, Sheldon (1997) *Epidemics and history. Disease, power and imperialism*. New Haven -London: Yale University Press.

#### 7. Curriculum vitae

Alberto Tanturri è professore associato presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, nelle sedi di Milano e Brescia, dove insegna: Storia moderna, Storia, cultura e civiltà dell'Europa; Ricerca storica e processi narrativi. È socio onorario dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. Tra le sue monografie più recenti, si ricordano: *"L'infausto dono dell'Arabia". Vaiolo e vaccinazione nel Mezzogiorno preunitario (1801-1861)* (Milano 2014) e *"Il soffio avvelenato del contagio". La peste di Noja del 1815-16*, (Milano 2018).

© Copyright: Author(s).

Gli autori che pubblicano con *RiMe* conservano i diritti d'autore e concedono alla rivista il diritto di prima pubblicazione con i lavori contemporaneamente autorizzati ai sensi della

Authors who publish with *RiMe* retain copyright and grant the Journal right of first publication with the works simultaneously licensed under the terms of the

“Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License”



Il presente volume è stato pubblicato online il 31 dicembre 2021 in:

This volume has been published online on 31st December 2021 at:

<http://rime.cnr.it>

CNR - Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea  
Via Giovanni Battista Tuveri, 128 - 09129 Cagliari (Italy).  
Telefono | Telephone: +39 070403635 / 070403670.  
Sito web | Website: [www.isem.cnr.it](http://www.isem.cnr.it)



