

## **Pandemie tra passato e presente. Assonanze o anticipazioni?**

Irma Naso

Università degli Studi di Torino (irma.naso@unito.it)

### *Riassunto*

L'attuale pandemia da coronavirus (SARS-COV-2) svela alcune analogie con le epidemie del passato, escludendo ovviamente gli aspetti strettamente scientifici, che non sono neppure lontanamente paragonabili. In particolare alcuni parallelismi si riscontrano con la terribile Peste Nera e con gli episodi epidemici successivi. In questa prospettiva vengono analizzati i seguenti aspetti: le misure messe in atto dalle istituzioni pubbliche per contrastare la diffusione del contagio; la nascita e l'evoluzione delle magistrature di sanità; l'introduzione della *bulleta sanitatis* (bolletta o bollettino di sanità), una certificazione sanitaria obbligatoria per circolare liberamente e frequentare alcuni locali pubblici al chiuso. Il discorso si riferisce all'Italia del Nord, con esempi tratti soprattutto da fonti archivistiche relative al Piemonte, collocabili tra la metà del secolo XIV e la fine del XV.

### *Summary*

The current coronavirus pandemic (SARS-COV-2) shows some similarities with past pandemics: it is obvious that the scientific aspects must be excluded, being absolutely incomparable. In particular, some correspondences are found with the terrible Black Death and with the subsequent epidemic events. In this

perspective, the following aspects are examined: the measures implemented by public institutions to limit the spread of contagion; the birth and evolution of health commissions; the introduction of health pass (*bulleta sanitatis*) to move freely from one place to another and to enter some public places indoors. The essay concerns Northern Italy, with examples taken especially from archival sources of Piedmont, dated between the middle of the fourteenth century and the end of the fifteenth century.

*Parole chiave:* pandemie, medioevo, Italia, Peste Nera, magistrature di sanità, certificazione sanitaria

*Keywords:* pandemics, Middle Ages, Italy, Black Death, health commissions, health pass

L'attuale pandemia di Covid-19 ha rianimato la riflessione intorno alle grandi pestilenze del passato, generando un notevole impatto mediatico e una rinnovata vitalità della produzione editoriale sul tema, anche dal punto di vista storiografico. Al centro dell'attenzione è in particolare la cosiddetta "peste nera", quella tragedia sanitaria esplosa a metà Trecento che sconvolse l'intero mondo occidentale e ne ridusse drasticamente la popolazione<sup>1</sup>. Fu

---

<sup>1</sup> Il panorama degli studi sul tema è talmente ampio da scoraggiare qualsiasi tentativo di darne conto. A parte gli studi relativi a singole aree geopolitiche e le grandi sintesi, anche in prospettiva diacronica (le più numerose), e considerando unicamente l'età medievale, meriterà citare almeno alcuni tra i principali saggi pubblicati più recentemente, che affrontano aspetti diversi - talora inediti - delle pestilenze: D. JACQUART, *La perception par les contemporains de la peste de 1348*, in *L'homme face aux calamités naturelles dans l'Antiquité et au Moyen Âge*, Actes [du 16<sup>ème</sup> Colloque de la Villa Kérylos (Beaulieu-sur-Mer, 14-15 octobre 2005)], éd. J. JOUANNA, J. LECLANT, M. ZINK, Académie des Inscriptions et Belles-Lettres - Diffusion de Boccard, Paris 2006, pp. 237-248; A. GAR-

un evento epocale di intensità ed estensione dalle proporzioni catastrofiche con esiti indubbiamente devastanti, accompagnati da profonde e interessanti trasformazioni strutturali che interessarono la sfera economica, sociale, culturale e anche politica<sup>2</sup>. Una pandemia che – evolvendo poi in forma endemica – inaugurò un’era di epidemie ricorrenti, più o meno estese anche se non meno virulente, che l’Europa dovette affrontare per oltre tre secoli, con qualche rigurgito fino all’Ottocento. A tale proposito non sarà superfluo considerare come numerosi scienziati oggi sostengono che lo scenario più probabile nell’evoluzione della pandemia ancora in corso sia di stabilizzarsi con caratteristiche di malattia endemica.

Il tema delle epidemie ‘storiche’ è enormemente vasto e potrebbe essere declinato secondo linee interpretative e impostazioni metodologiche differenti: tuttavia gli studi di chi scrive, risa-

---

ZA BORDERON, *Les mesures prophylactiques dans les traités sur la peste au Moyen Âge et au début de l’époque moderne*, Université de Bordeaux, Bordeaux 2013; I. BARBIERA, M. CASTIGLIONE, G. DALLA ZUANNA, *La mortalità ai tempi della peste nera. Indagine paleodemografica dell’Italia di XIV secolo*, “Archeologia medievale”, vol. 43, 2016, pp. 33-40; *Death in Medieval Europe: Death Scripted and Death Choreographed*, ed. J. ROLLO-KOSTER, Routledge, London 2016; P. TOUBERT, *La Peste noir (1348) entre histoire et biologie moléculaire*, in *Apprendere ciò che vive. Studi offerti a Raffaele Licinio*, a cura di V. RIVERA MAGOS, F. VIOLANTE, Edipuglia, Bari 2017, pp. 527-538 (già “Journal des Savants”, 2016, pp. 17-31); da ultimo M.P. ZANOBONI, *La vita al tempo della peste. Misure restrittive, quarantena, crisi economica*, Jouvence, Milano 2020 (con sezioni bibliografiche aggiornate in cui sono rintracciabili molti altri titoli). Meritano di essere considerati anche i seguenti contributi di sintesi, sempre validi ancorché non recentissimi: G. CHERUBINI, *La peste nera: l’accertamento storiografico*, in *La peste nera: dati di una realtà ed elementi di una interpretazione*, Atti del XXX Convegno storico internazionale (Todi, 10-13 ottobre 1993), Centro Italiano di Studi sull’Alto Medioevo-Fondazione CISAM, Spoleto 1994, pp. 383-402; J. ARRIZABALAGA VALBUENA, *Discurso y práctica médicos frente a la peste en la Europa Bajomedieval y Moderna*, “Anales de la Universidad de Alicante. Historia moderna”, vol. 17, 1998-99, pp. 11-20.

<sup>2</sup> Cfr. *The Black Death and the Transformation of the West*, ed. D. HERLIHY, S.K. COHN, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1997.

lenti a non pochi anni fa, conducono in particolare agli ultimi secoli del medioevo e all'Italia centro-settentrionale, con un *focus* sul Piemonte<sup>3</sup>.

Chi possieda qualche conoscenza storica dei principali aspetti con cui si manifestarono le più drammatiche pestilenze del passato, e dei sistemi per affrontarle dall'epoca tardomedievale in poi, durante i drammatici mesi del picco pandemico avrà senz'altro avuto in più occasioni l'impressione del *dejà-vu*. Il ciclone sanitario – che lascia tuttora aperti diversi interrogativi alimentando molte incertezze – soprattutto nel primo periodo ha offerto diverse occasioni per ripensare a situazioni ed esperienze non troppo dissimili del passato. Limitando per ora il riferimento ad alcuni tra i più evidenti parallelismi (di altri parleremo in dettaglio più oltre), basti pensare ai seguenti aspetti: le difficoltà e l'impegno del potere pubblico nell'elaborare strategie atte a fronteggiare quel “nemico invisibile”<sup>4</sup>, giunto dal Levante a bordo di qualche galea tra il 1347 e il 1348; i comportamenti collettivi e le ricadute emotive sulla popolazione con i relativi rimedi personali per resi-

---

<sup>3</sup> Tra la fine degli anni settanta e i primi anni novanta del secolo scorso il tema delle epidemie durante il tardo medioevo ha orientato uno dei miei principali indirizzi di ricerca, fondato sull'analisi di fonti inedite fino ad allora assai poco praticate. Il presente contributo rimanda innanzitutto alle pubblicazioni riferite e in particolare al Piemonte tardomedievale: *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani durante le crisi epidemiche del XIV e del XV secolo*, in A.M. NADA PATRONE, I. NASO, *Le epidemie del tardo Medioevo nell'area pedemontana*, Centro Studi Piemontesi, Torino 1978, pp. 85-130; *Medici e strutture sanitarie nella società tardomedievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Franco Angeli/Storia, Milano 1982, specie pp. 56-82; *Atteggiamenti mentali, reazioni emotive e modelli di comportamento durante le pestilenze dell'ultimo Medioevo*, “Sanità, scienza e storia”, 2, 1987, pp. 73-96; *Les hommes et les épidémies dans l'Italie de la fin du Moyen Âge : les réactions et le moyens de défense entre peur et méfiance*, in *Maladies et société, XII<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles*, Actes du Colloque de Bielefeld (novembre 1986), éd. N. BULST, R. DELORT, CNRS Editions, Paris 1989, pp. 307-326.

<sup>4</sup> L'espressione virgolettata si deve a C.M. CIPOLLA, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Il Mulino, Bologna 1995.

stere alla paura e all'angoscia; l'impotenza degli stessi medici nell'individuare risposte ritenute idonee ad attenuare la virulenza di una malattia sconosciuta, caratterizzata da una inedita rapidità di propagazione<sup>5</sup>; il proliferare di scritti "scientifici" e la ricerca dell'origine e delle dinamiche della malattia, ma anche dei possibili mezzi di difesa individuali e collettivi, sempre rintracciati ovviamente nell'ambito del paradigma ippocratico-galenico sul quale si fondava il sapere medico di quel tempo.

### **"Super preservando de morbo pestifero". Governare la pandemia**

Se rimane incerta l'eziologia della peste di Atene descritta da Tuciddide (V secolo a.C.) e anche quella del morbo pestifero che si verificò al tempo di Giustiniano (VI secolo d.C.), così come di altre epidemie meno invasive dell'antichità e dell'alto medioevo, è noto ormai che l'agente patogeno della peste nera – almeno nella maggior parte dei Paesi europei – fu certamente *Yersinia pestis*<sup>6</sup>: il bacillo, all'epoca e per lungo tempo ignoto, apparve subi-

---

<sup>5</sup> All'epoca la peste era considerata una malattia incurabile, anche se i medici non esitavano a dispensare consigli di igiene preventiva e rimedi "terapeutici" a base di erbe, sostanze di derivazione animale e minerale secondo la farmacologia del tempo, ma anche soluzioni al limite della superstizione, come indossare amuleti di varia natura o recitare formule magiche: il tema è affrontato in F. VIDAL, *Prophylaxie et thérapie de la peste au Moyen Âge*, Université de Lyon, Lyon 1995.

<sup>6</sup> Cenni al dibattito sull'argomento in I. NASO, *Individuazione diagnostica della "peste nera". Cultura medica e aspetti clinici*, in *La peste nera: dati di una realtà* cit., pp. 349-381. Un punto fermo sul problema della identità delle "piaghe storiche", dalla peste nera alle epidemie successive che devastarono l'Occidente europeo almeno fino al XVIII secolo, è rappresentato dal volume miscelaneo *Pestilential Complexities: Understanding Medieval Plague*, ed. V. NUTTON, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine, London 2008 ("Medical History", vol. 52, Supplement n. 27); si veda soprattutto il contributo di S.K. COHN, *Epidemiology of the Black Death and Successive Waves of Plague*, ivi, pp. 74-100.

to invincibile. Si innescò così, a partire dalla fine del 1347, il primo disastroso evento pandemico esteso all'intero Occidente europeo<sup>7</sup>. Dalla Sicilia, e forse anche da Genova, quel flagello al quale nessuno era preparato – non le istituzioni né i medici e ancor meno la popolazione – transitò via via verso le aree settentrionali del Continente raggiungendo l'estremo Nord nel 1350: per ripresentarsi ciclicamente fino all'età moderna avanzata, con ondate successive, anche ravvicinate e talora di eccezionale gravità (tra le altre, la peste milanese del 1630 di manzoniana memoria).

Limitando il discorso alla situazione italiana, le cronache riferiscono le prime notizie sull'esplosione di quel terribile contagio alla fine degli anni quaranta del secolo XIV, rimarcandone da subito la inedita aggressività e la palese rapidità di propagazione<sup>8</sup>. Secondo le conoscenze dottrinali del tempo, la contagiosità era attribuita non tanto al contatto interumano quanto piuttosto alla via miasmatica, vale a dire alla “corruzione dell'aria”<sup>9</sup>, per quanto non manchino indicazioni sulla possibilità di ammalarsi anche in seguito al contatto con oggetti ‘infetti’<sup>10</sup>. I più risalenti trattati medici *De peste*, inaugurando un genere scientifico-letterario che ebbe largo successo e lunga fortuna, raccomandano di non frequentare luoghi malsani ma consigliano anche – sulla base

---

<sup>7</sup> In particolare si rinvia a C. URSO, *La peste nera nel secolo XIV: un caso medievale di 'rischio globale'*, in *Il lato oscuro della modernità*, a cura di F.A.M. CARUSO, Bonanno Editore, Acireale 2010, pp. 11-20.

<sup>8</sup> Si veda I. TUFANO, *La peste del 1348 nelle cronache italiane*, “Rassegna europea di letteratura italiana”, vol. 24, 2004, pp. 33-46.

<sup>9</sup> Sulla teoria miasmatica: J. DUCOS, *L'air corrompu dans les traités de peste*, in *Air, miasmes et contagion. Les épidémies dans l'Antiquité et au Moyen Âge*, éd. S. BAZIN-TACHELLA, D. QUERUEL, É. SAMAMA, Guéniot Editeur, Langres 2001, pp. 87-104.

<sup>10</sup> “Le case rimanevano aperte, e non era arditto persona di toccare nulla, che pareva che le cose rimanessero avvelenate, che chi le usava gli s'appiccava il male.” (MARCHIONNE DI COPPO STEFANI, *Cronaca fiorentina*, 1348, rubr. 634; si segnala la ristampa recente *Cronaca fiorentina di Marchionne di Coppo Stefani*, a cura di N. RODOLICO, Firenze Libri, Firenze 2008).

dell'osservazione e dell'esperienza empirica – di evitare i contatti con le persone infette: monito che del resto ritroveremo applicato nelle misure sanitarie adottate dai poteri pubblici. La scienza moderna, evidenziando il ruolo dei ratti e delle loro pulci nella trasmissione della forma bubbonica<sup>11</sup>, ha poi reso più articolato il discorso tradizionale sulla eziologia e sulla trasmissibilità dell'infezione.

Fonti narrative e atti pubblici, che attestano l'ampia circolazione della peste con il suo pesante carico di morti e nessuna certezza sugli strumenti da adottare per limitarne le conseguenze nefaste, mostrano l'iniziale smarrimento dei pubblici poteri, sia a livello centrale, sia in ambito locale. Confusione e sconcerto regnavano anche tra gli stessi medici. I luminari della Facoltà medica di Parigi, consultati nel 1350 dal re di Francia sulle origini del misterioso morbo, forniscono spiegazioni generiche e confuse che svelano tutte le loro perplessità: “La causa lontana e primaria di questa peste è stata ed è ancora qualche costellazione celeste [...] e questa congiunzione, assieme ad altre congiunzioni ed eclissi causa reale della mortifera corruzione dell'aria che ci circonda, è presaga di morte e carestia”<sup>12</sup>.

Subito dopo la prima fase pandemica di metà Trecento, le civiche amministrazioni si trovarono a dover affrontare periodicamente altre ondate, assai spesso senza avere ancora elaborato ri-

---

<sup>11</sup> Cfr. J. BROSSOLLET, H. MOLLARET, *Pourquoi la peste? Le rat, la puce et le bubon*, Gallimard, Paris 1994. Incentrato sui processi di trasmissione, con riguardo prevalentemente alle epidemie di età contemporanea in aree extraeuropee, è il volume di F. AUDOIN-ROUZEAU, *Les chemins de la peste. Le rat, la puce et l'homme*, Press Universitaire de Rennes, Rennes 2003 (ora disponibile nella nuova versione online <http://books.openedition.org/pur/8382>). Si veda però anche G.W. DAMERON, *Identificazione di un killer: recenti scoperte scientifiche e storiche sulla natura della peste nera*, in *Boccaccio 1313-2013*, a cura di F. CIABATTONI, E. FILOSA, K.M. OLSON, Longo Editore, Ravenna 2015, pp. 57-70.

<sup>12</sup> Citazione in J. DELUMEAU, *La paura in Occidente (secoli XIV-XVIII). La città assediata*, SEI, Torino 1979, p. 197. Una simile opinione era ancora condivisa dalla maggior parte dei medici nel corso del secolo XVII (*ibidem*).

sposte pianificate e senza disporre di strutture adeguate, mentre lo stato di crisi imponeva di varare al più presto misure “ad conservationem sanitatis”. Fu proprio in seguito ai cicli epidemici successivi che si andarono definendo più articolate norme di sanità pubblica, alcune emergenziali, altre preventive: le quali vennero nel tempo in parte perfezionate e integrate, anche se – almeno fino a inizio Cinquecento – risentirono ancora di una certa improvvisazione e di una programmazione inadeguata.

Nelle città italiane di tradizione comunale, concentrate nel Centro-Nord della Penisola, le autorità politiche emanarono – come vedremo – ordinanze antiepidemiche in anticipo rispetto ad altre parti d’Europa, mettendo in luce il precoce intervento dello “Stato” in materia di sanità pubblica e, più in generale, la sua presenza nella vita della popolazione. Il tema riguardante le numerose ordinanze “super preservando de morbo pestifero” – con le diverse specificità locali – è senz’altro tra i più ampiamente praticati nella storia delle epidemie di età premoderna, per cui sarà superfluo riproporne i dettagli in questa sede. Converrà tuttavia ricordare che tra le regole imposte con maggior frequenza per contenere la diffusione del contagio compare in primo luogo l’ordine di isolare malati e presunti tali. Infetti e sospetti – come si legge nei verbali delle sedute di molti consigli civici – venivano letteralmente rinchiusi all’interno delle loro case oppure confinati in appositi luoghi fuori le mura, quali erano i lazzaretti, allestiti un po’ dovunque almeno a partire dal primo Quattrocento<sup>13</sup>.

Intanto, soprattutto in Italia, si andava realizzando un generale e progressivo rafforzamento della organizzazione sanitaria, con ordinanze via via più puntuali e più ampiamente diffuse, sulle quali ritorneremo più oltre. Sarà opportuno in ogni caso anticipare che

---

<sup>13</sup> Inizialmente i lazzaretti - che nella loro definizione ricordano le strutture destinate ai malati di san Lazzaro, i lebbrosi - consistevano per lo più in costruzioni precarie ubicate in luoghi isolati, al di fuori dei centri abitati, ma dal primo Quattrocento nelle principali città italiane furono edificate costruzioni permanenti più organizzate (ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., pp. 57-58).



la storiografia sul tema si sofferma per lo più sui grandi centri urbani, per i quali disponiamo di una più ampia tipologia di fonti, anche più facilmente reperibili<sup>14</sup>. Sappiamo tuttavia che la lotta alle epidemie interessò altresì comunità minori e insediamenti rurali, come hanno dimostrato da tempo i risultati di ricerche capillari condotte anche da chi scrive negli archivi comunali del Piemonte tardomedievale, compresi quelli di piccoli o piccolissimi villaggi. Un territorio, quello piemontese, che pur non essendo tra i più economicamente attivi, di fronte agli eventi epidemici seppe individuare risposte adeguate, non così difformi né troppo tardive rispetto a quelle attestate per aree ben più dinamiche sotto il profilo produttivo e commerciale<sup>15</sup>. La responsabilità di elaborare strategie per il contenimento e la prevenzione del contagio, almeno fino al tardo Cinquecento, di fatto toccò ai governi locali che, in assenza di direttive emanate dal potere centrale, agivano in autonomia e in ordine sparso senza alcuna forma di coordinamento. I conti, poi duchi di Savoia, signori di gran parte del Piemonte tra alterne vicende nei secoli finali del medioevo, si mostrarono in notevole ritardo sui problemi di sanità pubblica nei confronti di altre signorie dell'Italia centro-settentrionale; e per lungo tempo non si curarono di disegnare un progetto sanitario realmente efficiente che potesse prospettare una gestione “statale” degli eventi epidemici<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Per un agile profilo sul tema si può consultare il seguente saggio, abbastanza datato ma comunque non trascurabile: A.G. CARMICHAEL, *Plague Legislation in the Italian Renaissance*, “Bulletin of the History of Medicine”, vol. 57, 1983, pp. 508-525.

<sup>15</sup> V. sopra nota 3 e oltre, testo corrispondente alle note 26-29.

<sup>16</sup> Se il duca di Savoia Amedeo VIII nel 1430 aveva imposto l'obbligo della laurea per l'esercizio dell'attività medico-chirurgica, soltanto più di un secolo dopo Emanuele Filiberto promosse una “riforma sanitaria” che istituiva una sorta di magistratura di sanità permanente in capo alla figura del protomedico di corte di nomina ducale, la più alta autorità sanitaria dello Stato, cui furono assegnate varie funzioni nell'ambito della regolamentazione della professione medica. Un ritardo, quello sulla politica sanitaria, ammesso dallo stesso duca e giustificato con l'esigenza di dare priorità alle questioni di ordine pubblico e

Le misure comunque adottate durante la peste di metà Trecento e in occasione delle ondate a seguire, presentano alcuni tratti simili a quelli che abbiamo ritrovato recentemente e che stiamo ancora vivendo: l'impulso a interpretarli come indizi precursori di processi che accomunano quel passato ai giorni nostri nasce dunque spontaneo. Non possiamo però negare che tra la situazione dei secoli trascorsi e lo scenario drammatico che il mondo intero ha vissuto nell'*annus horribilis*, a partire dai primi affannosi mesi della pandemia, si riscontrano diverse affinità: la ricerca delle origini dell'infezione; l'iniziale senso di impotenza della medicina; le reazioni individuali e collettive; la risposta all'emergenza epidemiologica da parte delle istituzioni pubbliche. Vi ritroviamo analogie anche nello stesso lessico<sup>17</sup>, che si esprime con parole chiave evocative di concetti e decisioni a noi attualmente familiari: quarantena, coprifuoco, comitati sanitari, limitazioni alla mobilità e altre misure restrittive, per giungere alla recente "certificazione verde" o comunque la si voglia chiamare; senza dimenticare le sperimentazioni, i fallimenti e gli aggiustamenti *in itinere* di ieri e di oggi. Richiamare scelte e soluzioni del passato in relazione al nostro tempo, e riscontrarne i segni embrionali di un "piano operativo pandemico", potrebbe rappresentare una lettura forse arbitraria, facilmente tacciabile di anacronismo; ma è innegabile che si manifestino corrispondenze tutt'altro che banali, fatto salvo – sarebbe superfluo esplicitarlo – il ben diverso contesto culturale, sociale, economico, antropologico, trattandosi di epoche storiche assolutamente non comparabili tra loro.

Tra le tante simmetrie che si riscontrano nelle misure sanitarie predisposte più o meno confusamente, e occasionalmente, specie nelle fasi di esordio delle epidemie, a partire dalla peste nera per attraversare la catastrofica spagnola, l'influenza "suina" e le altre

---

all'organizzazione militare (A.M. NADA PATRONE, *Un problema aperto: le crisi di mortalità fra Trecento e Quattrocento nel Piemonte sabauda*, in EAD., NASO, *Le epidemie del tardo Medioevo nell'area pedemontana* cit., pp. 58-59).

<sup>17</sup> Cfr. A.G. CARMICHAEL, *Universal and Particular: The Language of Plague, 1348-1500*, in *Pestilential Complexities* cit., pp. 17-52.

fino alla nostra vicenda pandemica, alcune appaiono particolarmente interessanti in quanto configurano scelte innovative, senza precedenti in età premoderna, che nei secoli a venire sarebbero state condivise e codificate dalla epidemiologia ufficiale. Vedremo come si tratti, da un lato, delle magistrature di sanità “pro evitando morbum” e, dall’altro, della certificazione sanitaria richiesta per potersi spostare legalmente sul territorio: strumenti per razionalizzare e gestire al meglio interventi volti ad arginare il contagio; strumenti che furono introdotti abbastanza precocemente soprattutto nelle città dell’Italia del Nord, dove ne troviamo traccia già durante le ricorrenti manifestazioni epidemiche del secondo Trecento.

### **Magistrature di sanità: un passo avanti nella lotta alle epidemie**

Durante le ondate immediatamente successive alla pandemia di metà Trecento, in Italia, è già segnalata localmente l’azione di magistrature sanitarie apposite, specificamente incaricate di disporre e mettere in atto le necessarie misure per contrastare la diffusione del contagio<sup>18</sup>. Erano commissioni speciali costituite da un numero variabile di funzionari, designati dalle assemblee rappresentative municipali, ovvero dai consigli civici, in cui sedevano – come è noto – esponenti delle principali famiglie del luogo: le quali non di rado esprimevano questi ‘consulenti’ sanitari al loro interno. Definiti nella documentazione dell’epoca con diversi appellativi (*provisores sanitatis*, *officiales sanitatis*, *commissarii sanitatis*, *gubernatores sanitatis*, *deputati sanitatis*), essi godeva-

---

<sup>18</sup> C.M. CIPOLLA, *Origine e sviluppo degli uffici di sanità in Italia*, “Annales Cisalpines d’Histoire Sociale”, ser. I, IV, 1973, pp. 83-101 (ripubblicato in ID., *Le tre rivoluzioni e altri saggi di storia economica e sociale*, Il Mulino, Bologna 1989, pp. 243-262).

no di ampi poteri decisionali e di una retribuzione a carico dell'erario.

Sebbene l'istituzione degli uffici di sanità abbia rappresentato indubbiamente un decisivo passo avanti nella lotta alle epidemie, in quanto avrebbe dovuto consentire decisioni più rapide e una più tempestiva attuazione dei relativi interventi, inizialmente l'efficacia del loro intervento risultò in parte compromessa, sia dall'essere insediate tardivamente, a infezione ormai conclamata, sia dalla durata limitata del mandato che si concludeva con la fine dell'episodio epidemico. Per tacere dell'assenza al loro interno di esperti professionisti della salute: ancora in piena età moderna, vi ritroviamo soltanto la rappresentanza isolata e saltuaria di qualche medico, la cui utilità forse veniva considerata superflua di fronte a scelte meramente politiche. Del resto va notato, per inciso, che i medici – soprattutto gli eminenti dottori – compaiono solo raramente tra i protagonisti concretamente impegnati in tempo di peste, quando a rischiare erano soprattutto chirurghi, barbieri ed 'esperti' di basso rango, non di rado attratti da un pubblico salario molto cospicuo<sup>19</sup>. È risaputo che all'apice di una epidemia molti medici si rifugiavano in zone sicure, anche se non tutti abbandonavano la città e l'attività professionale né – per quanto timorosi del contagio – rifiutavano il contatto con i malati di peste, specie nel caso di pazienti facoltosi<sup>20</sup>.

Il ricorso a magistrature di sanità fu anticipato innanzitutto nelle principali città e nei più importanti centri urbani, e conobbe una vasta diffusione durante il secolo XV, quando la documentazione ne attesta sempre più frequentemente l'esistenza anche in

---

<sup>19</sup> NASO, *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani* cit., pp. 107-112.

<sup>20</sup> Una nota di colore insolitamente realistica svela l'accademico torinese del primo Cinquecento, Pietro da Bairo, mentre fugge dalla casa di una nobildonna dopo averla assistita sul letto di morte e tenta una rapida igienizzazione delle mani sfregando le foglie di una pianta di basilico verde ("cum ocymo viridi") in un vaso poggiato sul davanzale di una finestra: PETRI BAYRI TAURINENSIS *De medendis humani corporis malis enchiridion, quod vulgo Veni mecum vocant, numquam antea in luce editum*, apud Petrum Pernam, Basileae 1560, p. 458.

comunità minori. Un ulteriore progresso, soprattutto nell'ambito della prevenzione sanitaria, si verificò con la transizione di tali magistrature da estemporanee a permanenti. Anche questa evoluzione interessò dapprima i più rilevanti poli commerciali e finanziari dell'Italia del Nord: a Venezia, Firenze, Milano, Genova, li ritroviamo con una certa continuità già in pieno Quattrocento<sup>21</sup>. Singolare è il caso del Provveditorato alla Sanità di Milano, dove dagli anni trenta del secolo XVI in poi risulta insediata una commissione sanitaria centrale assai articolata e con il coinvolgimento di personale medico, che funzionava attraverso una rete capillare di sedi periferiche<sup>22</sup>.

È evidente che la presenza continua sul territorio di una struttura di controllo – vera e propria autorità sanitaria locale – avrebbe potuto elaborare soluzioni più efficaci in funzione preventiva, intervenendo con maggiore tempestività. Diventati organismi strutturali, gli uffici di sanità non si limitavano più a imporre localmente provvedimenti emergenziali durante un'epidemia già in corso, ma potevano attivarsi in anticipo per scongiurare o almeno ritardare la diffusione del morbo nella zona di competenza. Al fine di intercettare i primi indizi di infezione nelle località vicine venivano vagliate le informazioni che giungevano mediante dispacci ufficiali più o meno riservati, ma anche attraverso 'voci' circolanti, più o meno attendibili e meritevoli di verifiche.

Le ampie prerogative di cui erano investiti i magistrati di sanità andavano inevitabilmente a interferire con la vita quotidiana della popolazione e in alcuni casi potevano imboccare una deriva dispotica. Giovanni Filippo Ingrassia, deputato alla sanità nella cit-

---

<sup>21</sup> ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., pp. 52-57.

<sup>22</sup> Per una analisi dettagliata sul tema della lotta alle epidemie in area lombarda, e segnatamente nel ducato di Milano, si può consultare G. ALBINI, *Guerra, fame, peste. Crisi di mortalità e sistema sanitario nella Lombardia tardo-medievale*, Cappelli, Bologna 1982, ma soprattutto M. NICLOUD, *Les médecins et l'Office de santé: Milan face à la peste*, in *Médecine et société. De l'Antiquité à nos jours*, Cahiers du GRHIS, 16, Publications de l'Université de Rouen et du Havre, Mont-Saint-Aignan 2005, pp. 49-74.

tà di Palermo durante la devastante epidemia del secondo Cinquecento, fece innalzare forche qua e là come monito per quanti fossero tentati di trasgredire le dure imposizioni sanitarie. Richiamando il rapporto del medico siciliano, *Informatione del pestifero et contagioso morbo...*<sup>23</sup>, redatto nel 1576 al termine dell'epidemia, Maria Paola Zanoboni sintetizza la 'politica sanitaria' dettata dal protomedico di Sicilia, grazie al quale tuttavia la peste passò con un numero di morti assai ridotto rispetto ad altre aree della Penisola:

Ben consapevole che la malattia si trasmetteva per contagio. Ingrassia rafforzò i controlli alle porte della città sui movimenti di persone e merci [...]; ordinò il bando delle zone infette; il divieto assoluto di assembramento e di qualsiasi contatto sociale ravvicinato; ordinò la chiusura di taverne, locande, esercizi commerciali, scuole; proibì la vendita ambulante, la prostituzione, le veglie funebri, le processioni, le cerimonie religiose e le visite agli ammalati. Decretò che chi proveniva da località sospette dovesse portare un segno di riconoscimento; la pulizia delle strade e delle case; il trasferimento coatto degli appestati al lazzaretto e dei loro familiari in una struttura idonea, facendo chiudere le case infette e bruciarne le suppellettili. [...] Nel dicembre 1575, al momento del picco dell'epidemia, fu anche decretata la segregazione in casa per 20 giorni di donne e bambini inferiori a 10 anni, con la proibizione di frequentare i luoghi sacri e praticare i sacramenti<sup>24</sup>.

Se è vero che la stabilizzazione delle magistrature sanitarie, e ancor prima la stessa diffusione della peste in Occidente, potrebbero aver suggerito l'importanza di emanare norme preventive più rigorose, riguardanti l'igiene urbana e l'adozione di precise norme sulla vendita di alimenti, va detto che l'impegno dei gruppi

---

<sup>23</sup> Palermo, appresso Giovan Matteo Mayda, 1576. Per un'edizione recente del testo si segnala GIOVAN FILIPPO INGRASSIA, *Informatione del pestifero et contagioso morbo*, a cura di L. INGALISO, Franco Angeli, Milano 2005.

<sup>24</sup> ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., pp. 87-88.

dirigenti delle città italiane nell'ambito della salute pubblica è documentato già in epoca pre-pandemica, almeno a partire dal secondo Duecento, con disposizioni poi codificate nella legislazione locale: il riferimento è in particolare alla figura del medico 'condotto' con retribuzione a carico dell'erario<sup>25</sup>.

Il ruolo degli ufficiali di sanità non si limitava a emettere ordinanze e varare decreti in tempo di peste, ma comportava una molteplicità di funzioni anche operative. In concreto, non appena venivano a conoscenza dei primi casi di mortalità in qualcuna delle comunità più prossime, essi predisponavano cordoni sanitari organizzando turni di guardia – su cui torneremo più diffusamente in seguito – presso le porte di accesso al centro abitato ancora immune o ritenuto tale; si curavano di reperire e reclutare d'urgenza medici o chirurghi 'straordinari' ben retribuiti, quando la città ne fosse stata completamente sprovvista essendosi resi latitanti molti *phisici* e *cerusici* per paura del contagio<sup>26</sup>: registravano le denunce di malattia che dovevano essere inoltrate quotidianamente (se non due volte al giorno) dai medici incaricati, ma anche dai famigliari dei contagiati o dagli stessi infetti, entro ventiquattro ore dalla comparsa dei primi sintomi della malattia; dovevano inoltre cercare i becchini per l'interramento dei numerosi

---

<sup>25</sup> L'attenzione delle amministrazioni locali rispetto ai problemi sanitari risulta ancora più evidente dal primo Trecento in poi, quando i centri urbani e anche diverse comunità minori assegnavano ormai abbastanza regolarmente una condotta medica per fornire assistenza sanitaria alla popolazione. In seguito alla pandemia la legislazione locale ne indica una maggiore e più rigorosa diffusione, con un notevole incremento di regolamenti riguardanti l'igiene urbana e la prevenzione dei rischi alimentari mediante una dettagliata quanto severa normativa sulla vendita delle derrate più facilmente deperibili: NASO, *Medici e strutture sanitarie nella società tardomedievale* cit., p. 42 ss.; EAD., *Discours médical et sécurité alimentaire en Italie du centre-nord (XIII<sup>e</sup>-XV<sup>e</sup> siècles)*, in *Un aliment sain dans un corps sain. Perspectives historiques*, éd. F. ANDOUIN-ROUZEAU, F. SABBAN, Institut Européen d'Histoire de l'Alimentation-Presses Universitaires François Rabelais, Tours 2007, pp. 219-241.

<sup>26</sup> Così, ad esempio, a Vercelli nel novembre 1466 (ARCHIVIO COMUNALE DI VERCELLI, *Ordinati*, vol. 10, f. 22r-v).

cadaveri. Poteva rientrare tra le loro funzioni anche la ricerca di luoghi idonei all'isolamento degli appestati, provvedendo loro "de necessariis", ovvero del fabbisogno "necessario" ancorché dai contorni incerti<sup>27</sup>. Senza dimenticare l'impegno a vigilare sull'attività dei notai, ai quali in tempo di *morbifica contagione* era imposto – verosimilmente come mezzo per localizzare e censire le persone affette da infermità *pestifere* – di richiedere uno speciale permesso per poter rogare i testamenti, che in tempo di peste erano in progressivo aumento e più frequentemente del solito dettati sul letto di morte.

### **La *bulleta sanitatis*: il documento per spostarsi in libertà e non solo**

Tra le azioni intraprese nel tentativo, per lo più vano, di fermare o contenere la circolazione del contagio si segnala innanzitutto e precocemente il blocco degli spostamenti sul territorio, con particolare attenzione alle aree limitrofe interessate da focolai epidemici: e imponendo alla popolazione locale il divieto di recarsi "ad aliqua loca morbo suspecta". La documentazione del secondo Trecento attesta – già ne abbiamo accennato – come la dichiarazione di zone *off limits* facesse scattare cordoni sanitari, quarantene, coprifuoco, forme di isolamento e controlli vari, sanzioni e piani d'azione che in qualche misura evocano quelli del presente. Si trattava di provvedimenti coercitivi non sempre coerenti né tanto meno organizzati che, limitando la mobilità delle persone da e verso le zone ormai colpite dall'epidemia o sospettate di esserlo, pregiudicavano di conseguenza i traffici commerciali con le inevitabili ricadute negative sull'economia locale. Già diversi secoli fa le misure adottate dai responsabili dei governi cittadini per ridurre l'elevato tasso di infezione e contenere la trasmissione del

---

<sup>27</sup> ARCHIVIO DI STATO DI TORINO, *Provincia di Asti*, marzo 4 bis, n. 2, 20 settembre 1450.



contagio erano dunque il risultato di un compromesso tra ragioni sanitarie e ragioni di natura economico-finanziaria: la necessità di interrompere le relazioni con i territori notoriamente sede di focolai epidemici (*suspecti morbi*) doveva infatti tenere in considerazione – allora come oggi – il rischio concreto di danneggiare l'economia locale, con l'introduzione di cordoni sanitari, quarantene, forme di isolamento. Senza considerare che le misure anti-contagio erano spesso adottate in ritardo, nell'intento di occultare finché possibile all'opinione pubblica la consapevolezza della criticità della situazione<sup>28</sup>, allo scopo di evitare il panico tra la popolazione con le conseguenze facilmente immaginabili<sup>29</sup>. D'altra parte sappiamo che la politica sanitaria è sempre il risultato di una serie di compromessi, incluso quello non secondario in pieno contagio, che prevedeva l'accordo *de facto* tra potere civile e autorità ecclesiastica locale: un'intesa in base alla quale si tolleravano e addirittura si promuovevano riti religiosi collettivi per invocare il soccorso divino contro le epidemie, senza tenere conto dei connessi assembramenti che pure erano considerati a rischio.

Nelle località ancora immuni dall'epidemia o ritenute tali, al fine di impedire l'arrivo di quanti provenissero *de locis morbosis*, l'antica cerchia muraria diventava una vera e propria "frontiera", con le porte di accesso presidiate dai *custodes portarum*, guardie

---

<sup>28</sup> L'ammissione ritardata della presenza di un focolaio epidemico *in loco* doveva essere ovunque abbastanza frequente: cfr. J.-N. BIRABEN, *Conséquences économiques des mesures sanitaires contre la peste du Moyen Âge au XVIII<sup>e</sup> siècle*, "Annales cisalpines d'Histoire sociale", 4, 1973, pp. 49-61. Del medesimo autore si consideri inoltre la importante sintesi *Les hommes et la peste en France et dans les Pays européens et méditerranéens*, I. *La peste dans l'histoire*, II. *Les hommes face à la peste*, Mouton, Paris-La Haie 1975-1976.

<sup>29</sup> NASO, *Atteggiamenti mentali, reazioni emotive e modelli di comportamento* cit., pp. 73-96. Il comportamento collettivo durante le epidemie del passato, con specifico riferimento alla pandemia di metà Trecento, è tema centrale nel recente lavoro di K. BERGDOLT, *La grande pandemia. Come la peste nera generò il mondo nuovo*, trad. it., Libreria Pienogiorno, Milano 2020. Sulla tipologia delle "paure" nel medioevo si può fare riferimento a C. FRUGONI, *Paure medievali. Epidemie, prodigi, fine del tempo*, Il Mulino, Bologna 2020.

armate di nomina municipale, cui competevano le procedure di controllo. La vigilanza ai varchi era attiva durante il giorno, vale a dire durante le ore di luce, mentre – come è noto – nelle città medievali di notte le porte venivano regolarmente chiuse per lasciare spazio al coprifuoco. Nel rispetto delle funzioni loro attribuite in materia di *custodia morbi*, gli agenti di guardia, in quanto pubblici ufficiali, dotati di una certa discrezionalità, avrebbero dovuto autorizzare il passaggio soltanto a coloro che dichiarassero sotto giuramento di non essere transitati in luoghi colpiti dalla peste nell'ultimo periodo (indicativamente 30-40 giorni), segnalandone subito l'arrivo alle autorità locali. È evidente che l'autodichiarazione si fondava sulla presunta onestà del dichiarante, con le comprensibili incognite che ciò avrebbe implicato in termini di attendibilità e sicurezza. Non sappiamo peraltro quanto potesse rappresentare un deterrente la sanzione molto pesante, di ben 50 lire, in caso di dichiarazione mendace. Incertezze che rappresentavano indubbiamente un limite nella campagna antiepidemica e che, insieme a vari altri aspetti desumibili dalla documentazione coeva, pongono interrogativi sull'efficacia delle misure restrittive: esenzioni e privilegi non meglio precisati in deroga alla legislazione vigente aprivano prevedibili canali di trasmissione alle epidemie, anche considerando – come lasciano trasparire le fonti archivistiche – l'eventualità di un certo numero di clandestini che riuscivano a superare i posti di blocco sottraendosi ai controlli.

Il ruolo delle guardie di presidio alle porte urbane viene meglio definito e potenziato nel corso del secolo XV, quando compare un po' ovunque e si consolida un nuovo strumento di controllo della mobilità sul territorio, imposto sempre più frequentemente per potersi spostare da un luogo a un altro, al fine di contenere la diffusione del morbo pestilenziale. Si tratta della *bulleta sanitatis* o *bulletinus pro evitando morbum*, un documento ufficiale basato sul presunto stato di salute di quanti denunciassero la propria provenienza da luoghi non contagiati. Nelle fonti quattrocentesche questa specie di passaporto sanitario, che consentiva un al-

lentamento della limitazione agli spostamenti, risulta sempre più spesso indispensabile per circolare liberamente. Le disposizioni che introducono l'obbligo di possedere la bolletta per poter viaggiare, fanno talora riferimento a gruppi specifici di viaggiatori, quali i pellegrini e soprattutto i mercanti: indice, quest'ultimo, che conferma l'attenzione da parte dei poteri pubblici per la tutela delle relazioni commerciali, senza trascurare in ogni caso l'obiettivo più immediatamente pragmatico di assicurare alla popolazione continuità nell'approvvigionamento di vettovaglie e non solo, anche in periodi di emergenza sanitaria.

La bolletta di sanità era necessaria non solo per entrare nelle grandi città; regole analoghe vigevano anche per i piccoli centri di campagna, come segnalano tra l'altro alcune fonti piemontesi. Un esempio per tutti si trae da una delibera del consiglio municipale di un modesto villaggio rurale ubicato nella campagna tra Torinese e Cuneese sullo scorcio del Quattrocento: con interessanti dettagli vengono precisate le funzioni delle guardie "pro custodia morbi", attribuendo loro l'incarico di verificare la validità e regolarità delle bollette esibite da quanti intendessero entrare nello spazio interno alle mura, compresi coloro che avevano trascorso fuori città anche soltanto una notte<sup>30</sup>. Sebbene l'obbligo della *bulleta* fosse imposto innanzitutto ai forestieri, non manca-

---

<sup>30</sup> ARCHIVIO COMUNALE DI CARAMAGNA PIEMONTE, *Ordinati*, vol. 4, f. 164r, 16 aprile 1493: "In quo quidem consilio, in quo erant magis de duobus partibus consiliariorum eiusdem loci [Caramanie] et nemine discrepante, fuit ordinatum levare unum hominem et ipsum deputari ad custodiam pusterne de die et unum alium ad custodiam porte nove tam pro custodia morbi quam pro custodia inimicorum; et fuit levatus egregius Petrus Grossi qui stare debeat ad pusternam de die et stare ab apertura porte usque ad clausuram et bene custodire et visitare boletinos nec permittere intrare aliquos forenses nec terrigenos si stent una nocte foris nisi habeant bonum boletinum; et teneatur facere boletinos omnibus petentibus tam terrigenis quam foresteriis dummodo non sint suspecti de morbo". L'edizione si trova in NASO, *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani* cit., Appendice, p. 126.

no casi in cui la si richiedeva anche ai residenti intenzionati ad allontanarsi dal territorio comunale<sup>31</sup>.

Ai custodi delle porte era assegnato anche il compito di rilasciare seduta stante il documento sanitario a terrigeni e forestieri in transito qualora ne fossero sprovvisti, purché non sospetti portatori di infezione<sup>32</sup>: condizione che evidentemente nessuna guardia avrebbe potuto accertare se non indirettamente, in base alla testimonianza ‘sulla parola’ da parte degli stessi interessati, dichiaranti di non avere frequentato ultimamente zone infette o sospette: ma da quanto tempo? Non sempre viene precisato il periodo di lontananza da aree a rischi: quando ciò accade tale durata oscilla tra gli estremi di otto giorni e due mesi, ma più di frequente è di trenta giorni<sup>33</sup>. Si introduce così il concetto di quarantena che – risultando estremamente variabile da località a località e anche di tempo in tempo – segnala con tutta evidenza i tentativi di individuare la soluzione migliore e forse più sicura per ridurre il rischio di contagio, essendo scontata l’incertezza dei tempi di incubazione della peste e di altre malattie infettive (e contagiose?), che la scienza premoderna tendeva a confondere indicandole genericamente come morbo, contagio, epidemia...

Come è del resto implicito nella stessa loro definizione, le bollette dovevano essere vidimate e autenticate mediante bollatura “in cera rubea” o ceralacca con l’insegna del comune: elemento che sembra evocare l’insidia delle falsificazioni. La compilazione o anche la semplice ispezione degli attestati sanitari eventualmente ottenuti altrove richiedeva quel tanto di alfabetizzazione che consentisse di leggerli e comprenderne le parole, competenze niente affatto scontate in quei tempi, caratterizzati dai bassi livelli di scolarità specie nelle campagne. Non sarà dunque sorprendente che nei verbali consiliari di una comunità rurale della pianura vercellese sia specificato che almeno una delle guardie da nomi-

---

<sup>31</sup> ARCHIVIO COMUNALE DI IVREA, *Ordinati*, vol. 16, 11 luglio 1438.

<sup>32</sup> V. sopra, nota 30.

<sup>33</sup> ARCHIVIO COMUNALE DI CHIERI, *Ordinati*, vol. 55, ff. 23r-24r, 27 luglio 1437.

nare dovrà essere *intelligente o persona letterata* ossia in grado di “conoscere he lezere li bolatini”<sup>34</sup>.

Non sempre le disposizioni riguardanti l’emissione e i controlli delle bollette di sanità sono esplicite e del resto gli agenti di custodia alle porte non erano le sole figure accreditate a rilasciare le bollette. Abbiamo infatti notizia di contesti – ancora piemontesi – in cui ne erano autorizzati il massaro del comune, vale a dire il ‘ragioniere’ responsabile della contabilità locale, oppure un funzionario appositamente delegato dal consiglio municipale ed eccezionalmente anche qualche castellano sabaudo in quanto rappresentante del potere centrale.

La bolletta di sanità era utile, talora indispensabile, anche una volta entrati nel centro abitato, dove serviva per regolare l’accesso a strutture ricettive e locali pubblici a maggiore rischio di contagio, confermando ancora come determinati approcci antiepidemici che stiamo descrivendo non appaiano poi così estranei a quelli di oggi. Non per caso era specificamente disciplinata l’attività di locande e osterie, sedi privilegiate di socializzazione con l’aggravante delle prevedibili conseguenze degli eccessi inebrianti. Abbiamo notizia inoltre di casi in cui le limitazioni sociali sperimentate nella convivenza quotidiana impedivano il contatto interpersonale con individui sospettati di peste fino a minacciare non soltanto la inevitabile sanzione pecuniaria, ma anche una punizione corporale come la fustigazione: il bando emesso nel tardo Quattrocento, nel medesimo centro minore dell’area vercellese già citato, intimava di non “parlare, stare, manzare ne bere ne conversare cum persona alcuna suspecta de peste nec chi vegni de loco alcuno suspecto sotto pena di ducati venticinque et boti quattro di corda”<sup>35</sup>.

Se a dovere esibire la certificazione sanitaria per frequentare taverne e alberghi erano specialmente i forestieri, per i residenti

---

<sup>34</sup> ARCHIVIO COMUNALE DI FONTANETTO PO, *Ordinati*, vol. 6, ff. n.n., 13 luglio 1482 e 20 giugno 1483.

<sup>35</sup> Ivi, 13 luglio 1482.

le modalità di controllo potevano comportare procedure diverse da luogo a luogo. A parte la difficoltà di stabilire come i titolari di locali che offrivano pasti e/o alloggio potessero disporre di elementi concreti per distinguere le diverse tipologie di clienti in base alla loro provenienza, è insolita quanto vaga una testimonianza secondo cui per andare all'osteria gli abitanti del posto, se identificati come presunti portatori di contagio (non è dato sapere su quali basi potesse essere formulata una simile valutazione), avrebbero dovuto presentare un'autorizzazione speciale rilasciata nientemeno che dai citati *deputati super sanitate*. La responsabilità delle verifiche sul possesso di regolare documento sanitario era attribuita ai titolari, pesantemente sanzionati in caso di trasgressione della norma. La stessa disciplina valida per gli esercizi pubblici era estesa anche all'accoglienza in abitazioni private nelle quali si dispensassero cibi e bevande. Proseguendo con il caso piemontese poco sopra riportato, sarà chiaro il comportamento che avrebbero dovuto tenere gli osti e chiunque desiderasse offrire ospitalità alla propria tavola o mescita, evitando di incorrere nella multa, non così esigua, di ben 10 lire:

[...] nulla persona tamhospes tabernarius quam alius audeat hospitare quempiam forensem nisi habeat boletinum signatum signo comunitatis [*per mano di una delle guardie alle porte*]; nec pariter terrigenos, si reputentur suspecti, nec dare auxilium videlicet ad comedendum et bibendum nisi per manus quatuor deputatorum super sanitate; [...] et hoc sub pena librarum decem pro quolibet et vice quolibet<sup>36</sup>.

È palese l'assonanza di norme come questa con alcune misure adottate recentemente dal Governo italiano per il contenimento dell'epidemia di Covid-19 – in ordine all'uso obbligatorio del

---

<sup>36</sup> La deliberazione del consiglio comunale della già citata località di Caramagna Piemonte è registrata nel verbale della seduta del 16 aprile 1493, all'interno del vol. 4 degli *Ordinati o Riformagioni*, conservato nel locale archivio del Comune, f. 164r. (v. sopra, nota 30).

*green-pass* per accedere ai luoghi pubblici al chiuso – pur continuando a ribadire un'altra volta quanto siano enormemente distanti i rispettivi parametri di riferimento: tanto più in questo caso in cui l'attuale certificazione sanitaria, per certi versi omologa della *bulleta* medievale, si fonda sulla immunizzazione ottenuta attraverso la moderna, e aggiornata, conquista del vaccino.

Abbiamo così compreso come durante la lunga stagione epidemica dei secoli XIV e XV, innescata dalla peste nera, sia andata definendosi a grandi linee – prima in Italia che non nelle grandi monarchie nazionali, e ancora più in particolare nelle regioni centro-settentrionali della Penisola – una serie di interventi normativi in risposta alla persistente minaccia di una pandemia: interventi che avrebbero poi rappresentato il modello di riferimento per altri Paesi europei<sup>37</sup>. Fu una gestione della politica sanitaria in ambito epidemiologico, promossa e condotta dal potere “statale”, secondo orientamenti che sembrerebbero preludere a future strategie anti-contagio, nel corso dei secoli successivi organizzate con criteri più razionali ed efficaci: in sostanza un impegno dei governi locali o signorili, vale a dire dell'amministrazione pubblica, che ritroviamo nell'affermazione abbastanza recente dell'idea di igiene e sanità come “servizio pubblico”.

Se la conquista del “servizio sanitario nazionale” è il risultato di una evoluzione storica e se consideriamo l'attuale pandemia con lo sguardo rivolto ad analoghi eventi del passato, come abbiamo qui proposto, una riflessione conclusiva si impone: la pandemia di metà Trecento inaugurò in Occidente un'epoca di transizione caratterizzata da profonde e radicali trasformazioni nella società, nell'economia, nella cultura e ovviamente nella vita materiale, che traghettarono l'Europa verso l'età moderna, mentre ancora non possiamo prefigurare l'impatto che la “nostra” pan-

---

<sup>37</sup> Per la superiorità dell'Italia rispetto al resto d'Europa in materia di legislazione sulla lotta alle epidemie, con le relative implicazioni soprattutto economiche, si rimanda a ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., p. 61 ss.

demia comporterà in futuro, nei tempi e nei modi, anche se giorno dopo giorno stiamo prendendo coscienza dei cambiamenti già oggi in atto.

Publicato in occasione della prima Giornata Nazionale di Storia della Medicina, 7 ottobre 2021