

## **Alcune riflessioni attorno alla malattia contagiosa che investì San Giorgio di Nogaro nella primavera del 1759**

Nella seconda metà del Settecento, San Giorgio con le ville aggregate poteva contare su una popolazione che si aggirava sui 1.200 abitanti. Faceva parte dei territori arciducali delle riunite Contee di Gradisca e di Gorizia e da queste città distava rispettivamente 35 e 40 chilometri. Era ubicato sulla direttrice che univa Gorizia e Palmanova a Venezia ed al Veneto, una posizione strategica sia per i traffici mercantili che per il passaggio di eserciti. Tutto il comprensorio era segnato dalla presenza di aree palustri, fiumi in abbondanza e malsani acquitrini, habitat naturale della zanzara anofele, munifica dispensatrice (ai tempi relativi a questa indagine ciò era del tutto ignoto) dell'infezione malarica.

Pur essendo un agglomerato urbano di grosse proporzioni, San Giorgio era sprovvisto di un medico locale che garantisse un'assistenza sanitaria continuativa<sup>1</sup>. C'era pur sempre lo 'speziale', il dottor Valentino Monticoli, ma questi era medico nella fortezza veneziana di Marano, anche se prestava la sua opera, nello spazio di tempo che gli concedeva la condotta maranese, ai sangiorgini.

Nella precoce primavera del 1759 il paese fu preda di uno sconosciuto morbo contagioso che colpì con straordinaria virulenza la popolazione causando in soli due mesi un numero di decessi tale da sfiorare un aumento del 200% rispetto alla media degli anni precedenti.

Anche per le inadeguate conoscenze epidemiologiche della medicina della metà del Settecento, individuare la natura di un morbo contagioso non avrebbe dovuto comportare soverchie difficoltà. Il vaiolo, il tifo e la peste, tanto per citare alcune tra le malattie più tristemente note, anche se non erano state vissute come esperienza diretta, facevano parte del bagaglio scientifico di ogni medico<sup>2</sup>. La stagionalità tipica del contagio, il quadro sintomatologico, il decorso della malattia, il grado di contagiosità e di letalità e le fasce d'età più colpite non avrebbero dovuto dare adito a grossi dubbi. Si può solo lontanamente ipotizzare la contagiosità di un morbo nuovo e sconosciuto ma è più ragionevole pensare che lo stesso morbo abbia infuriato in Italia ed in Europa devastando interi villaggi e regioni, con le stesse manifestazioni patologiche e con le stesse modalità di propagazione e di devastazione che si erano registrate a San Giorgio. E dopo l'invenzione dei caratteri mobili la letteratura, con i suoi racconti, le

narrazioni, i diari, ma anche con pubblicazioni a carattere scientifico ed erudito che riguardavano epidemie, mortalità e morbilità, era entrata anche nei comprensori più sperduti e nelle coscienze più refrattarie. Eppure il carattere del morbo contagioso non fu di facile individuazione.

La grande mortalità che colpì il comprensorio sangiorgino convinse il Consiglio di Gorizia ad inviare, su sollecito prima del Consesso sanitario di Gradisca<sup>3</sup> e poi di Francesco Antonio conte di Strassoldo<sup>4</sup> pievano di Porpetto e di San Giorgio, nella località colpita dal morbo due sanitari i quali avrebbero dovuto: "...portarsi nella Villa di San Giorgio e fatte le opportune inquisizioni del principio, e progresso del male che ivi regna, e che in tre o quattro giorni riduce gli infermi alla morte, senza che si ritrovi rimedio, col seguir di una grande mortalità di persone; sia dovuto il Sign. Protochirurgo di divenire all'apertura di qualche Cadavere alla presenza del Sign. Protomedico, ad effetto di ritrovare la vera causa, ed origine del male stesso (...) con ulteriore ordine di doversi nominare dal Sign. Protomedico colà in detta Villa di San Giorgio un ispettore acciò eseguire quanti li verrà dal med.<sup>mo</sup> ingiunto e di verificare la quantità dei sinora morti, età, e sesso, ed in quanti giorni di malattia sono morti, come pure di dare successivamente di otto in otto la sua relazione a questo Consiglio per poter interporre quali ulteriori provvedimenti che tanto sapranno celermente eseguire. Gorizia die 2 Aprilij 1759"<sup>5</sup>.

Istruzioni precise e dettagliate. L'intervento del Consiglio goriziano non poteva dimostrarsi più tempestivo. Il due aprile, lo stesso giorno in cui ricevette la missiva da Gradisca, il Consiglio ordinò a due professionisti della salute di partire alla volta di San Giorgio. Il giorno dopo, i due inviati erano già sul posto. Il protomedico Michetta ed il protochirurgo Braida (il protomedico era un professionista di grande esperienza e competenza, l'equivalente odierno del primario)<sup>6</sup> arrivati nel paese contagiato si misero subito al lavoro<sup>7</sup>. In mancanza di un medico che prestasse la sua opera nel paese per prima cosa contattarono lo 'speziale', il dottor Valentino Monticoli, e con questo stabilirono una prima strategia d'intervento: visitare tutti gli ammalati, individuare quale fossero i morbi che colpivano la popolazione, differenziarli e suddividerli in più classi in base alla loro qualità e pericolosità, accertare le cause scatenanti e le eventuali concause, e trovare un metodo di guarigione.

Il giorno 4 aprile una missiva dai toni decisamente preoccupati, proveniente da Gradisca, arrivò sul tavolo del signor Molina, autorevole esponente del Consiglio capitaniale di Gorizia: "L'ingiunto atestato che

rassegnamo à questo Cesareo Regio Capitanial Consiglio ci dà motivo di nuovamente annotare la notizia della continuazione ostinata del male che crassa nella Villa di San Giorgio, à cui non trovandosi ripiego, ci fa molto dubitare, che inoltrarsi possa ne' Villaggi alla medema circovicini. Non manca dall'altro intendimento di questo Cesareo Regio Capitanial Consiglio né modo né maniera al possibile di disporre per li provvedimenti più salutari. Gradisca li 4 Aprilji 1759”<sup>8</sup>. A Gradisca gravava la fondata preoccupazione che si trattasse di un morbo contagioso e che potesse propagarsi ai villaggi vicini, cosa che a quasi un mese dall'inizio della grande mortalità non era ancora accaduta.

Il 5 aprile, dopo due giorni di intenso lavoro, il protomedico Michetta inviò da San Giorgio al Consiglio goriziano un primo dettagliato rapporto su ciò che era stato appurato e su quali, a suo parere, fossero gli interventi da attuare: “...arriviamo [il 3 aprile] in San Giorgio alle ore due del dopo pranzo e notificato il nostro arrivo, in compagnia del Signor Speziale del luogo Valentino Monticoli ed il Signor Bando, Ispettore Cesareo dei Boschi, tutto impiegato per il bene di quel Popolo, ed altri della Communità ci portassimo a visitare tutti gli ammalati di San Giorgio e Casali vicini e questi erano 34, tra i quali 8 già vicini alla morte, gli altri erano nel primo e secondo giorno della malattia. La sera s'andò ancora in Zilina ove trovasi 5 malati, ed il giorno seguente a Nogaro, ove furono trovati 7 tra li quali 4 vicini alla morte cosicchè in tutta la Parrocchia di San Giorgio furono trovati 46 ammalati e furono ordinati i provvedimenti necessari...”<sup>9</sup>.

Già dalla prima ricognizione apparvero subito chiari al protomedico la grande morbilità e l'elevato tasso di mortalità della malattia: gli ammalati erano 46 di cui 12 destinati in breve a morte certa. In realtà in un comprensorio vasto come quello sangiorgino trovare 46 individui che non godevano di buona salute era cosa del tutto normale: la morbilità e la mortalità erano ancora altissime alla metà del Settecento.

L'esiguo numero degli ammalati riscontrati è da imputare alla selezione che fece il protomedico, il quale sicuramente tralasciò nella sua enumerazione i casi morbosi ritenuti non pericolosi e non indicativi, prestando la sua attenzione, e le sue cure, solamente a quegli individui affetti da gravi patologie, anche se non tutti colpiti da quella forma morbosa che era all'origine della sua presenza nel sangiorgino. La maggior parte degli ammalati portava però addosso gli indizi sintomatologici di una malattia letale. Di questi 46 ammalati, 12, viste le condizioni disperate in

cui si trovavano, non avevano scampo. Per i rimanenti la prognosi era altrettanto spietata, si trattava solo di tempo, poi anche per costoro si prospettava una sorte infausta. Questo Michetta non lo disse, ma appare chiaro dal suo rapporto, questi ammalati “erano nel primo e secondo giorno della malattia”; non dimentichiamo che il morbo sconosciuto “in tre o quattro giorni riduce gli infermi alla morte”.

Dal 4 aprile, giorno successivo al loro arrivo, al 14 maggio (a nostro avviso giorno in cui cessò l’allarme sanitario) morirono 55 sangiorgini. Questi dati confermano la persistenza del contagio, che infierì per oltre due mesi, accompagnato nella sua opera devastante da altre patologie minori ma dotate ugualmente di un alto grado di pericolosità.

Nel prosieguo del rapporto Michetta precisò che: “le malattie de’ predetti malati d’ogni luogo, condizione ed età, erano diverse, la più parte però dimostravasi con certi segni assai pericolosi e maligni...”. Secondo il proprio personale criterio di differenziazione eziologica, il protomedico, sempre coadiuvato dal Monticoli, suddivise le malattie riscontrate in 4 classi.

Alla prima classe apparteneva la malattia più aggressiva, che non dava scampo neppure se curata nei primissimi giorni della comparsa, la febbre maligna: “assalì questa la gente più robusta, uomini e donne, cominciava con un gran caldo, con prostrazione delle forze, polsi celeri e sconnessi, cute e lingua arida”, ed i pazienti colpiti: “morirono sebbene li fossero applicati de’ rimedi nel secondo giorno della malattia e a prosieguo nel tempo...”.

La seconda classe era riservata agli ammalati delle vie respiratorie: “...era d’inflammazione della pleura, accadeva questo male ad ogni genere di persone, età e sesso (...) con dolori lancinanti alla parte destra e sinistra del petto, cute e lingua aride, di questi ancora perirono avanti il nostro arrivo sebbene assistiti dall’Ill.<sup>mo</sup> Medico di Marano e Speciale Monticoli”<sup>10</sup>.

Alla terza classe appartenevano i pazienti affetti da: “febbri catarrali, tra le quali molte soffocative, altre erano ancora delle semplici e scioglievasi ancora con il sudore, perirono ancora di questi; la più parte però per mancanza di rimedi, ed abbastanza essendo gente molto povera”. Nella quarta ed ultima classe: “furono osservate febbri continue, putride, verminose, infiammazioni di gola, dolori d’addome, ed assieme alcune malattie croniche qual effetto delle febbri intermittenti”<sup>11</sup>.

Michetta non aveva dubbi, non c’era alcun tipo di morbo che si

potesse definire contagioso: anche se molti degli ammalati, quelli delle due prime classi, erano già segnati dai sintomi mortali, i sangiorgini soffrivano delle malattie tipiche del tempo e del luogo<sup>12</sup>.

Le patologie riscontrate, in particolare quelle della terza e della quarta classe, erano riconducibili per lo più a stati febbrili sia d'origine malarica che legati alle patologie dell'apparato digerente, alla presenza di nematodi ed ascaridi, ed alle affezioni croniche dell'apparato respiratorio, le stesse patologie con cui contadini e pescatori combattevano da tempo e con cui avrebbero combattuto in futuro e con loro tutti gli abitanti che popolavano le paludose terre della Bassa friulana, dove l'anofele gonfia di *plasmodium* signoreggiava indisturbata. Su questo non ci prende alcun dubbio, quello che ci fa pensare è la facilità con cui il protomedico liquida come endemiche le malattie della prima e della seconda classe.

Niente di nuovo e di diverso quindi dal consueto angusto panorama sanitario in questa relazione spedita a Gorizia. Per i sangiorgini la diversità e la novità erano rappresentate dal numero dei concittadini deceduti a causa di queste 'familiari malattie': nei due mesi in cui si assistette al massimo dell'esacerbazione, la mortalità aumentò vorticosamente rispetto allo stesso periodo registrato negli anni contigui a quello perturbato, ma questo non sembra scalfire il pensiero del protomedico goriziano.

La seconda parte della missione dei due inviati consisteva dell'individuare le cause che a loro parere avrebbero determinato l'origine dei malanni che affliggevano la popolazione e: "...dopo un vario esame fu giudicato provenire da un miasma maligno nell'aria, e comunicato al corpo umano (...) nei Boschi quest'anno nel inverno s'abbiano osservato diverse esalazioni di vapori caldi a fiamma assente: quali furono osservati ancora avanti venti e più anni: ove indi fù una mortalità della gente assai notevole"<sup>13</sup>. Un miasma aereo era quindi il responsabile dell'abnorme aumento dei decessi. In un'epoca in cui il concetto di malattia contagiosa si dimostrava approssimativo e vago, esistevano varie teorie da cui si faceva originare gran parte dei malanni che affliggevano la popolazione. Tra queste quella miasmatica era la più considerata. Per miasmi s'intendevano le esalazioni malsane provenienti da acque ferme e stagnanti, le arie putride ed i liquami nauseabondi che salivano o scendevano dall'inaudita quantità di letamai, cumuli di spazzatura e carogne di animali sparsi un po' dappertutto, in città come in campagna. Da qui un proliferare di ratti, mosche, ed altri fastidiosi insetti che assieme alle fetide esalazioni costituivano i principali vettori di tutti i morbi. Si

rivelava dunque necessaria, per allontanare la probabilità di contrarre malattie, la rimozione di questi presunti focolai di malattie infettive.

Uno dei compiti assegnati dal Consiglio ai due medici consisteva in un'indagine anatomopatologica che aveva lo scopo di individuare i segni di un'eventuale morbo che la sola analisi esterna non avrebbe potuto constatare. Dall'esame sul corpo di un uomo morto in seguito a 'febbri acutissime della prima classe' furono rinvenute macchie scure in alcuni organi interni, polmoni e cuore, con ogni probabilità cagionate da necrosi dovute a versamenti emorragici.

Un altro elemento emerso fu che i sangiorgini "prendevano una certa polvere per preservarsi dal male, quale vendessi in Palma; e viene lodata per ammazzare i vermi", queste polverine, che erano state assunte da 25 ammalati, provocavano, a detta dei due sanitari "vomiti dolorosi d'addome, diarree e quel che era peggio delle febbri profondissime".

Nella relazione il Michetta aggiunse che dopo aver individuato le varie malattie che prostravano la popolazione indicò la terapia "...quale fu comminata a 24 persone, quali erano ancora in tempo a prendere la medicatura: cioè nelle febbri infiammatorie della Pleura, e s'ha osservato l'efficacia del rimedio, essendo i Pazienti sino arrivati al giorno quinto con sintomi assai benigni da promettere una felice guarigione, ove per l'avanti nell'entrare del quarto giorno della malattia tutti morivano, questi furono da noi visitati giornalmente due volte per fare le dovute osservazioni del male, e dell'effetto della medicatura...", ma precisò che "essere molti periti per non aver voluto prendere il rimedio o per mancanza essendo stato il Monticoli ammalato per 15 giorni, altri però con la medicatura perirono a riserva di quei pochi che furono ristabiliti dell'ultima classe", altri ancora morirono causa "la miseria della gente e l'ignoranza nell'applicazione del rimedio"<sup>14</sup>. Arrivati al quarto giorno l'infiammazione della pleura si rivelava fatale per tutti i colpiti.

Alla fine della sua esposizione Michetta raccomandò al Consiglio capitaniale di provvedere al più presto alla sostituzione dell'allora attuale cimitero posto in centro al paese con un'altra area da adibire all'inumazione, posta esternamente all'abitato "per la guarigione degli ammalati e per prevenire le cause della malattie che potrebbero accadere in avvenire, si ha osservato che il Cemeterio vicino alla Chiesa, come sia assai angusto, e ripieno di Cadaveri..."<sup>15</sup>. A causa del gran numero di cadaveri seppelliti contemporaneamente, aggiunse il protomedico, i becchini affossatori, oberati dal superlavoro, non scavavano fosse

profonde, cosicché da queste saliva un fetore nauseabondo e nocivo. Fu scelta una nuova area cimiteriale, nel frattempo, avendo sospeso le tumulazioni nel vecchio cimitero, fu utilizzato quello di San Leonardo a Nogaro<sup>16</sup>.

La scelta dell'ubicazione del nuovo camposanto fece scoppiare una diatriba tra la comunità di San Giorgio ed il protomedico Michetta, poichè entrambi avevano individuato due aree distinte adatte allo scopo. L'area scelta dai sangiorgini non fu ritenuta idonea dal Consiglio capitaniale sia "per la vicinà al Cemeterio vecchio, e alle case circonvicine", che "per la Comunità che dovrebbe comprare quel fondo in denari contanti", mentre il terreno indicato da Michetta non necessitava d'acquisto in quanto già proprietà del Comune. Il Consiglio motivò questa sua decisione con il fatto che l'area scelta dal protomedico era dislocata perifericamente al paese, ma nello stesso tempo non era molto distante da esso, cosicché "le doglianze di quella Comunità siano insussistenti perché il luogo destinato dal Protomedico Michetta per il Cemeterio nuovo situato nella strada che conduce a Nogaro, lontano sono più di un tiro di schioppo dalla Villa di San Giorgio, s'abbi giudicato luogo proprio, e comodo per una tal funzione, perché la pratica insegna che in luoghi regolati, e dove il Popolo è copioso per impedire che li vapori di que' corpi putridi non possino cagionare alcuna malatia a luoghi vicini al Cemeterio debba essere in luogo separato dalle Case e essere ampio. Il luogo dunque destinato dal Sign. Protomedico è ampio e separato dalla Villa non però molto lontano dalla medema, cosicché possa servire d'incomodo a Rev. Parroco, il quale ha stimato il detto luogo per opportuno, e conveniente per un Cemeterio, ch'egli stesso non avrebbe alcuna difficoltà d'approvarlo (...) il luogo destinato dal Sign. Michetta sia proporzionato, e opportuno per erigersi il nuovo Cemeterio non avendosi potuto ritrovare luogo più comodo di questo"<sup>17</sup>.

Non siamo in grado di spiegare le ragioni che consentirono tuttavia ai sangiorgini di inumare i propri defunti nell'area probabilmente scelta da loro, nonostante fosse dislocata già a quei tempi in una posizione assolutamente non decentrata rispetto al paese<sup>18</sup>.

La polemica nata attorno all'ubicazione del nuovo camposanto pone in evidenza la questione della salubrità dei luoghi di sepoltura e della necessità del loro spostamento dai pavimenti delle chiese e dai piccoli camposanti parrocchiali verso località lontane dagli agglomerati abitati. Questa polemica anticipa di pochi anni quella che nacque in Francia nel

1763, anno in cui furono emanati i primi decreti parlamentari volti a proibire la sepoltura dei defunti all'interno delle mura cittadine e ad approntare grandi fosse comuni fuori città, polemica che percorse successivamente al seguito degli eserciti napoleonici tutta l'Europa<sup>19</sup>.

La conclusione del loro lavoro o il timore di contrarre essi stessi una malattia mortale indusse i due sanitari, dopo tre giorni di permanenza alla Villa infettata, ad andarsene abbandonando, mentre la mortalità dilagava, i sangiorgini al loro destino, non prima di aver incaricato il dottor Monticoli di controllare lo stato degli ammalati e di far osservare la terapia prescritta. Lo speziale fu pure incaricato di relazionare il suo operato al Consiglio capitaniale, specificando il numero degli ammalati morti e l'effetto dei rimedi adottati.

Il 9 aprile il Consesso di Sanità di Gradisca inviò al Consiglio capitaniale il rapporto finale sui mali sangiorgini osservati da Michetta: "...che le malattie sono di differente qualità come febbre maligna, infiammazioni di pleura, febbri verminose, Cattarri soffocatorij, e infiammatorij, tutti mali ordinari, mai però di alcun contagio, a quali non si può pervenire alcun rimedio universale, ma bisogna adattare l'uso de' rimedi alla diversità de' mali. L'origine di queste diverse malattie, credesi potersi attribuire all'esalazioni della Terra, all'infezioni dell'Acque stagnate ne' fossi di questa Villa, alle Cloache putride, che in quelle parti si formano e si concentrano, ma molto più alla trascuratezza della gente nel suo metodo di vivere, assai nocivo, e al non volersi lasciarsi curare a tempo con gl'opportuni rimedi; e finalmente al Cemeterio situato nel mezzo della Villa ripieno di Cadaveri nuovamente sepolti. A quell'effetto darà d'uopo che questo Cesareo Regio Capitaniale Consiglio rilasci un ordine rigoroso alla Comunità di San Giorgio, acciòchè questa s'astenga di far seppellire alcun Cadavere in detto Cemeterio vecchio, ma che si debba servirsi del nuovo lontano dalla Villa stato a questa finalità assegnato dal Sign. Protomedico Michetta (...) Per altro questo Consesso avendo approvati li rimedi, e provvedimenti fatti dal Sign. Protomedico a sollievo di que' poveri ammalati s'attenderà la relazione del buon esito di questi, per poter poi indi dirigersi secondo l'esigenza dei casi, e la differenza de' mali, coll'amministrazione di que' rimedi che saranno considerati per più vevoli, e più efficaci non solo per restituire alli ammalati la loro pristina salute, ma ancora per preservare li sani, da ogn'altra malattia, che loro potesse inopinatamente sopraggiungere, per possa dare a questo Cesareo Regio Capitaniale Consiglio una regolata, e ben fondata informazione..."<sup>20</sup>.

Questo, nonostante l'elevata mortalità che rimarrà altissima fino all'inizio del mese di maggio, si rivelerà l'ultimo documento ufficiale che tratta il problema sanitario sangiorgino: il contagio non preoccupava più il Consesso gradiscano, anzi era escluso in maniera perentoria. L'attività sanitaria di Michetta, del tutto impotente nella cura degli ammalati, non prevede alcunché di preventivo e di terapeutico e non ebbe alcun riscontro sull'andamento della mortalità. Nella realtà come l'epidemia agisse ci viene testimoniato dalla poderosa quantità di lavoro svolta dai becchini affossatori e dai cappellani sangiorgini, chiamati a scavare fino a 6 fosse al giorno ed a celebrare un ugual numero di funerali.

Nel Libro dei morti, custodito nell'Archivio parrocchiale di San Giorgio, tra i giorni 8 e 11 aprile, nel periodo di massima esacerbazione epidemica, si legge: "L'Eccell. Sign. Protomedico Michetta, et Medico Braida furono spediti, e qui capitati li 3 aprile, dal Consiglio di Gorizia per la revisione della qualità de mali, che qui regnano e per apportar al possibile qualche rimedio, e partirono da qui li 6 d.<sup>to</sup> la mattina, e portarono seco la lista de morti dal principio di Gen.<sup>io</sup> fino li 4 Aprile in ordine per rassegnarla à quel Conseglio, lasciando intanto l'ordine al Signor Monticoli di spedirli ulteriormente di 4 in 4 giorni in circa de morti, il quale sotto li 9 corrente hà spedito la lista de morti, come si vedono in questo dalli 6 fino li 8 inclusivi"<sup>21</sup>. Non sappiamo quante liste delle vittime inviò al Consiglio di Gorizia il Monticoli, di certo spedì la terza lista dei morti il giorno 19 aprile<sup>22</sup>.

Questi scarni appunti denunciano il clima che si respirava nel paese contagiato, dove regnava una sorta d'incertezza e di rassegnazione, divenuta più acuta dopo la partenza dei sanitari goriziani. Il periodo in cui erano arrivati Michetta e Braida era caratterizzato dalla massima esacerbazione della mortalità, dal tre aprile, infatti, giorno del loro arrivo, al sei dello stesso mese, data della loro partenza, i rintocchi delle campane a morto echeggiarono per ben diciotto volte, troppi per le sole malattie ordinarie.

Le conclusioni cui arrivò il sanitario goriziano non ci convincano appieno. A nostro avviso le valutazioni mediche fornite da Michetta mascherano alcuni indizi che suggeriscono realtà più complesse ed articolate. Le diagnosi del protomedico sono incompatibili con la morte simultanea di decine di persone, allo stesso modo le origini delle malattie attribuite ad un miasma aereo non sono tangenti con un tasso così elevato di mortalità. Secondo la nostra lettura i 'mali ordinari', per quanto maligni possano essere

stati non avrebbero mai potuto uccidere in due mesi quasi un centinaio di persone. Le infiammazioni alla pleura, le febbri ‘maligne’, quelle di probabile origine malarica e gastroenterica, così come quelle ‘catarrali, putride, verminose, le infiammazioni alla gola ed i dolori d’addome’, non si caratterizzavano per il decorso brevissimo, le altre malattie non possono certamente essere definite terminali, eppure a San Giorgio si moriva in pochissimi giorni e il tutto concentrato in due mesi. Questo non insospettì Michetta, per il quale la preoccupazione maggiore consisteva nel assicurare il Consiglio capitaniale che il tutto era ‘cagionato da malattie ordinarie’.

Per quanto riguarda l’ostilità dei sangiorgini nei confronti delle terapie proposte non possiamo dimenticare che queste ultime, nel periodo che interessa questa inchiesta, a volte acceleravano la morte del paziente mentre in altre occasioni si dimostravano del tutto inutili<sup>23</sup>. Questo tipo di refrattarietà alle prescrizioni mediche faceva parte di un atteggiamento piuttosto diffuso tra le classi popolari. Non era questa una posizione priva di saggezza e di sano buon senso vista la balzana abitudine di certi operatori sanitari (il più delle volte sconsolatamente disarmati terapeuticamente) di affibiare agli ammalati tutto ciò che poteva capitare loro sottomano.

Senza entrare nel merito delle specifiche competenze dei due sanitari goriziani, possiamo supporre che opportunità di carattere politico ed economico abbiano avuto un forte peso nel loro giudizio finale. L’esistenza di un morbo contagioso nei territori delle contee goriziane avrebbe potuto apportare disastrose conseguenze in campo economico. I cordoni sanitari e le quarantene di uomini e merci istituiti all’uopo avrebbero determinato una paralisi dei traffici commerciali sia sulla lunga che sulla breve distanza scontentando un po’ tutti, commercianti e mercanti, contadini ed artigiani<sup>24</sup>. Per questo motivo era preferibile che quelli che infierivano sulla villa sangiorgina fossero “tutti mali ordinari, mai però di alcun contagio”. Questo era ciò che voleva il Consiglio capitaniale preoccupato più che della salute dei sangiorgini, delle ripercussioni economiche che il riconoscimento di un’epidemia contagiosa avrebbe comportato.

Ma deviare l’attenzione dal male contagioso per focalizzarla su malattie ordinarie ed endemiche mutava radicalmente i metodi d’intervento su cui impostare le profilassi adeguate. Questo significò privare i sangiorgini di quelle pratiche preventive che avrebbero potuto consentire una minor diffusione del contagio.

Possiamo provare, con le informazioni che disponiamo, ed avvalendoci di un moderno manuale di epidemiologia, ad individuare la natura dei mali che infierirono a San Giorgio. Consideriamo l'ipotesi del male contagioso per noi la più probabile, un'epidemia dal carattere ancora da scoprire. Questa si manifestò nel mese di marzo (vedi la tavola n. 1).

*Tav. n.*

1

*Mortalità del 1759 divisa in mensilità  
e media mensile della mortalità degli anni 1757-1767*

| Mensilità | Decessi nel 1759 | Media decessi 1757-67 |
|-----------|------------------|-----------------------|
| Gennaio   | 8                | 5,3                   |
| Febbraio  | 8                | 3,9                   |
| Marzo     | 39               | 3,8                   |
| Aprile    | 53               | 6,6                   |
| Maggio    | 12               | 3,4                   |
| Giugno    | 5                | 1,5                   |
| Luglio    | 13               | 2,8                   |
| Agosto    | 9                | 5,5                   |
| Settembre | 4                | 8,4                   |
| Ottobre   | 7                | 8,3                   |
| Novembre  | 5                | 7,4                   |
| Dicembre  | 5                | 6,8                   |
| Totale    | 168              | 63,7                  |

*Fonti ApSG, LdMo (1749-1777).*

La tavola sovraesposta considera la mortalità dell'anno della crisi demografica divisa mese per mese confrontata con la media del periodo 1757-67, da cui è stato tolto il 1759.

Come si può notare dalla tavola, la mortalità del 1759 fu, fino a tutto il mese di agosto, decisamente più elevata rispetto alla media mensile dei dieci anni considerati; l'epidemia infatti, pur attenuando il suo carattere letale alla fine della primavera, continuò a determinare un elevato numero di decessi fino all'estate inoltrata. Solamente dal mese di settembre la moria si stabilizzò sui livelli degli altri anni.

Già i primi due mesi dell'anno denunciano un'elevata moria, che però nel mese di marzo fu di ben dieci volte superiore alla media.

Dalla prima quindicina del mese il numero dei decessi si fece più accentuato rispetto alla media registrata nei mesi precedenti: 12 individui morirono in questi primi 15 giorni, mentre nella seconda metà del mese il conto dei morti salì a 27. In aprile la mortalità (non conosciamo il numero dei contagiati) toccò l'apice. In questo mese l'epidemia dimostrò tutta la sua esacerbazione mietendo 53 vittime, poi, pur avendo ancora a disposizione un alto numero di soggetti ricettivi, il contagio si smorzò per esaurirsi nella prima metà di maggio. In poco più di due mesi perirono 96 persone. A metà maggio la mortalità ritornò su cicli quasi normali: funerali tradizionali sostituirono le frequenti e frettolose esequie che accompagnavano dimessamente al cimitero i defunti stroncati dall'epidemia; la vita della comunità sangiorgina riprese e le tradizionali patologie dal carattere esogeno sostituirono quelle dal corso epidemico.

Il carattere contagioso della malattia si rivela attraverso la localizzazione delle vittime all'interno dei singoli nuclei familiari, molti di questi infatti annoverarono più decessi in pochi giorni, tra gli altri i Taverna, i Fiorin, gli Ietri, i Paoluzzi. Solamente pochi esempi tra i tanti che popolano il registro parrocchiale: il dieci marzo morì Clara Sguazin, di quarantasei anni, ed il giorno dopo fu la volta della figlia diciottenne Angela; il ventuno dello stesso mese morirono Domenico Maran ed il figlio Domenico<sup>25</sup>. Questi elementi corroborano ed avvalorano l'ipotesi già espressa precedentemente: si trattava di una malattia contagiosa distinta da un elevato rischio di mortalità.

Alcune indicazioni utili all'identificazione del morbo sono individuabili dal registro dei morti. In questo libro le informazioni riportate riguardano il giorno del decesso, l'età, il sesso ed il nome del deceduto, la località di residenza ed il luogo di sepoltura. La causa che ha provocato la morte non è specificata, perciò diventa impossibile risalire al tasso specifico di mortalità causato dall'epidemia. Si può tentare una risposta risalendo ai tassi di mortalità in anni non interessati da crisi demografiche, confrontandoli con l'anno della mortalità straordinaria. Ciò che ne risulterà indicherà l'aumento della mortalità conseguente al morbo contagioso. Orbene nel 1759 i morti furono 168, nel 1757 ammontarono a 57, l'anno successivo furono 67, mentre nei 15 anni che seguirono il periodo epidemico la media fu di 63 decessi l'anno. Nell'anno perturbato ci furono 105 morti in più della media, non tutti attribuibili direttamente

all'epidemia ma la gran parte si.

Stessa direttrice di ricerca per calcolare l'incidenza specifica del morbo nei confronti delle varie fasce d'età. Il confronto tra gli anni non perturbati con l'anno dell'epidemia ci consentirà di tracciare l'incidenza della letalità del contagio sull'età dei deceduti. Procedere è semplice: nell'anno di crisi si sottrae dal numero dei morti suddivisi in età di appartenenza quello dei morti in anni normali, ciò che ne risulterà sarà la quota di mortalità imputabile all'epidemia. A San Giorgio si nota che in proporzione le classi d'età più colpite, nel 1759, sono quelle che di solito hanno un quoziente di mortalità basso, quelle dei giovani e degli adulti ed adolescenti, risparmiando anche le persone anziane. E' tra i 20 ed i 50 anni che l'epidemia sceglie le sue vittime, mentre l'incidenza della morte sulle classi d'età precedenti, quella infantile e quella dei bambini, addirittura si riduce (vedi la tavola n.2). Sembra quindi che il morbo non infierisse su bambini ed adolescenti, e risparmiasse anche le persone anziane.

La conoscenza dell'incidenza differenziale dell'epidemia nelle diverse fasce d'età ed il brevissimo decorso della stessa ci permettono una prima operazione selettiva nei confronti delle varie malattie contagiose che allignavano nelle terre friulane in età d'antico regime. Escludiamo le manifestazioni epidemiche il cui carattere le rendeva insidiose nei confronti delle classi più giovani, il vaiolo, la scarlattina ed il morbillo. Naturalmente va scartata l'ipotesi colerica in quanto l'Europa conoscerà il morbo asiatico solamente all'inizio del quarto decennio del XIX secolo.

Mortalità dal 9 marzo al 14 maggio 1759 suddivisa per fasce d'età e percentuale media dei decessi suddivisi in fasce d'età per tutto il '700.

| Fasce d'età | Decessi | percentuale | Media nel '700 |
|-------------|---------|-------------|----------------|
| <1          | 6       | 6,25%       | 25,4%          |
| >1 < 10     | 11      | 11,45%      | 32,7%          |
| >10 < 20    | 7       | 7,3%        | 5,2%           |
| >20 < 30    | 12      | 12,5%       | 5,3%           |
| >30 < 40    | 18      | 18,75%      | 5,2%           |
| >40 < 50    | 18      | 18,75%      | 5,2%           |
| >50         | 24      | 25%         | 21%            |
| TOTALE      | 96      | 100%        | 100%           |

Fonti ApSG, LdMo (1749-1777).

Consideriamo il tifo. Questa malattia epidemica, presente anche allo stato endemico nella Bassa friulana, si presentava sotto due forme distinte. La prima, detta 'addominale', attaccava l'apparato digerente e veniva trasmessa attraverso l'ingestione di acqua e di alimenti infetti. Colpiva in prevalenza le classi d'età più giovani, quelle comprese tra i quindici ed i trent'anni, l'incubazione ed il decorso si presentavano decisamente più lunghi rispetto a quelli caratteristici del morbo sangiorgino, mentre il suo grado di letalità era inferiore al 15% dei contagiati<sup>26</sup>. Più pericolosa era

l'altra forma, quella esantematica o petecchiale, il cui contagio era veicolato dai pidocchi. Ambienti sudici ed affollati unitamente alla sporcizia personale e del vestiario, fornivano l'habitat ideale per i fastidiosi animaletti e costituivano gli elementi che favorivano il propagarsi dell'epidemia, che nella stagione invernale trovava il periodo proficuo per la sua recrudescenza<sup>27</sup>. Lo stato di sottoalimentazione favoriva il proliferare della malattia in quanto l'organismo umano indebolito da questa condizione abbassava le difese immunitarie nei confronti del morbo, il quale poteva agire senza incontrare grossi contrasti. In realtà il tifo esantematico era facilmente riconoscibile dalle petecchie che comparivano sulla pelle qualche giorno dopo il contagio. Le difficoltà invece appaiono nei confronti delle fasce d'età più colpite, che non sono facilmente identificabili in quanto il basso grado di letalità del morbo, associato alla mancanza di indici di mortalità riscontrabili nelle sue manifestazioni epidemiche non ci consente di stabilirne la selettività. Possiamo in ogni caso azzardare che il contagio normalmente non toccasse le classi dei giovanissimi, non si accanisse particolarmente su quelle medio-adulte, ma infierisse con durezza sulle età più elevate<sup>28</sup>. Accantoniamo l'ipotesi del tifo addominale causa il basso grado di letalità, l'incubazione ed il decorso della malattia sensibilmente maggiore di quelli da noi riscontrati per San Giorgio, e la preferenza del morbo ad attaccare la popolazione più giovane. Scartiamo pure il tifo esantematico per la stagionalità in cui normalmente si manifestava e, parimenti al tifo addominale, per quanto riguarda l'incubazione, il decorso e la facilità di riconoscimento dei sintomi.

Consideriamo la peste bubbonica. Presente in Italia ancora nel secolo XIX<sup>29</sup>, secondo lo studioso di demografia storica Lorenzo Del Panta questo morbo (esisteva anche una forma pneumonica, di cui l'uomo era il mittente, che colpiva preferibilmente ma non esclusivamente nei mesi invernali e non dava alcuna via di scampo al contagiato) attaccava con maggior frequenza le fasce d'età medio-adulte, anche se aggiunge: "E' probabile che il ruolo più importante riguardo all'eventuale incidenza differenziale della peste secondo l'età sia giocato dalla diversa esposizione al contagio dei diversi strati della popolazione"<sup>30</sup>. L'elevato grado di contagiosità, il tempo di incubazione terribilmente breve, un grado di letalità talmente elevato che un'inesorabile prognosi raramente dava scampo, contraddistinguevano *il morbus pestiferis* e lo presentavano come il più spietato e temuto fra i flagelli epidemici conosciuti e subiti dagli

uomini di antico regime<sup>31</sup>. Il contagio colpiva senza scegliere le sue vittime ed il suo modo di agire rimaneva misterioso a tutti. Il tasso di letalità poteva variare dal 70 al 80% dei colpiti, mentre la morte normalmente sopravveniva entro pochi giorni, 6, 7 al massimo, dal contagio<sup>32</sup>.

Altre informazioni ci vengono sgranate dallo stesso Michetta: i segni maligni che appaiono sulla pelle di alcuni ammalati, il cuore ed i polmoni di un cadavere sezionato coperti da macchie nere, le ‘febbri acutissime’, il polso accelerato, la ‘lingua arida’, le infiammazioni alla pleura, i dolori lancinanti alla parte destra o sinistra del petto, ed infine il brevissimo decorso della malattia, pochissimi giorni, due o al massimo quattro.

Sfogliamo un qualsiasi libro di medicina e cerchiamo i sintomi della peste bubbonica: “...il bubbone pestoso ne è il sintomo dominante, caratterizzato da un’infiammazione ganglionare con periadenite emorragica, è molto doloroso (...) il volume è molto variabile e può oscillare tra quello di un pisello e quello di un mandarino (...) la temperatura sale in poche ore a 40 gradi e più; si accompagna a brividi, dispnea, il polso è molto rapido, dicrotico, filiforme, può raggiungere le 120 pulsazioni al minuto (...) sono segnalate eruzioni cutanee vescicolopustolose che ricordano quelle vaiolose e sintomi pleuropolmonari (...) frequenti sono le emorragie e i travasi di sangue imputabili all’azione della tossina pestosa sui capillari...”<sup>33</sup>.

Le due descrizioni dei sintomi corrispondono: le eruzioni cutanee vescicolopustolose (le pustole si formavano dove si era accanito l’insetto pungitore), la febbre elevatissima, il battito cardiaco molto accelerato, i sintomi pleuropolmonari, ed infine le macchie nere riscontrate negli organi interni del cadavere (indicano le emorragie causate dalla tossina)<sup>34</sup>. I due sanitari aggiunsero che coloro che avevano la temperatura alta e il polso accelerato erano morti tutti, pur essendo stati trattati appena due giorni dopo la comparsa dei primi sintomi. La nota dissonante è la mancata rilevazione del bubbone. Due sono le ipotesi, una è di ordine medico, l’altra si rifà all’opportunità di non denunciare epidemie ad alto grado di letalità. Di questa seconda ipotesi abbiamo già parlato in precedenza, d’altronde il bubbone indica inequivocabilmente la peste e questa non avrebbe dovuto apparire. Consideriamo l’ipotesi medica. I due sanitari non nominano il bubbone perché è troppo piccolo per essere rilevato, in alcuni casi era delle dimensioni di un pisello, o non lo hanno cercato in quanto le manifestazioni sintomatologiche delle malattie ordinarie riscontrate non prevedono alcun bubbone. Inoltre, come rilevato da Klaus Bergdolt: “se il

ganglio primariamente infettato o i linfonodi relativi sono situati in profondità, il paziente può morire senza sintomi esterni visibili. Se un ascesso lede il tessuto polmonare è inoltre possibile un coinvolgimento secondario dei polmoni i cui sintomi corrispondono a quelli dell'infezione primaria. L'esito è praticamente sempre mortale"<sup>35</sup>. Si rivela privo di senso, insiste Bergdolt, distinguere nettamente epidemie di peste bubbonica ed epidemie di peste polmonare, in quanto "se in una città scoppiava un'epidemia di peste bubbonica, con tutta probabilità, anzi, quasi sicuramente, si registravano nei soggetti più anziani e deboli casi di peste polmonare, cioè la peste veniva in seguito trasmessa anche per 'via aerea'<sup>36</sup>.

Come accennato in precedenza, la peste polmonare si trasmetteva da uomo a uomo, aveva un periodo d'incubazione molto breve, la morte era certa ed il bubbone non appariva tra i suoi sintomi manifesti. Dolori lancinanti al petto, emottisi, paralisi di nervi, ansia e necrosi del tessuto polmonare erano i sintomi caratterizzanti. Il decorso della peste bubbonica facilmente sfociava nella più pericolosa forma polmonare, e le due forme morbose rappresentavano solamente due esiti diversi della stessa malattia.

Possiamo ipotizzare che i dolori lancinanti ai lati del petto riscontrati nei pazienti della seconda classe potrebbero essere stati causati proprio dalla peste polmonare.

La peste bubbonica era una malattia dei roditori dovuta alla presenza di un coccobacillo<sup>37</sup> la 'yersinia pestis'. Si tratta di un agente stanziale, per sua natura immobile, che abbisogna di un veicolante per contagiare la vittima. I comuni topi domestici e quelli di campagna non appartenevano alla categoria dei vettori pestigeni. Solamente il topo nero (*Rattus rattus*)<sup>38</sup> e con minor convinzione il topo marrone (*Rattus norvegicum*) erano i mittenti, ma non i responsabili del propagarsi al genere umano del coccobacillo pestifero<sup>39</sup>. Questo compito veniva assolto mirabilmente da un'ospite dei ratti, la pulce indiana, la *Xenopsylla cheopis*, un vero e proprio serbatoio di batteri<sup>40</sup>. Questa per sopravvivere necessitava del tepore corporale del topo, quando questo morendo si raffreddava le nuove condizioni ambientali compromettevano la sua sopravvivenza, costringendola a passare ad un altro ospite: un animale o un uomo.

Grazie alla vivacità del roditore l'uomo rimaneva estraneo al rapporto di associazione simbiotica tra questo e la pulce e non correva il rischio di essere scelto da quest'ultima come obiettivo delle sue punzecchiature. La pelliccia del to

po per le pulci era più confortevole della glabra cute umana, ed inoltre le vesti indossate dagli uomini costituivano un impedimento alle loro incursioni a scopo alimentare. Ma quando sopraggiungeva una moria murina, l'uomo sudaticcio, sporco e tiepido, poteva diventare un soddisfacente sostituto del roditore defunto. L'uomo assicurava alla pulce un buon posto per abitare, ma questa punzecchiandolo gli rigurgitava i bacilli infetti del sangue del topo morto, appestandolo. Una volta conclamata la malattia l'uomo sostituiva il topo come vettore del contagio, non più topo - pulce - uomo, ma uomo - pulce - uomo.

Per i nostri antenati la presenza dei topi era abituale, i piccoli animalletti occupavano una precisa collocazione nell'ambiente domestico, non si pensava a loro certamente come i possibili responsabili della propagazione di un qualsiasi contagio. Le pulci poi non erano certamente considerate pericolose, fastidiose sì, le loro punzecchiature si sommavano a quelle provocate dai pidocchi, dalle zanzare e da un altro buon numero di insetti dispettosi. Ma, anche se la loro esistenza non era patologicamente considerata, questi insetti erano da sempre i nemici più spietati dell'uomo. Michetta non poteva certamente essere a conoscenza della loro pericolosità, per lui patologico era il "miasma maligno nell'aria e comunicato al corpo", patologiche erano le polveri "lodate per amazzare i vermi", mortale era "la miseria della gente e l'ignoranza nell'applicare i rimedi". Ma quali rimedi? Il protomedico ne parla vagamente, non ci dice nulla di ciò che aveva somministrato agli ammalati.

Abbiamo già sottolineato che stati di cronica denutrizione e di deperimento fisiologico, accompagnati da un intollerabile stato igienico-sanitario, creavano uno stretto legame con l'insorgere di malattie contagiose. Nonostante queste considerazioni non autorizzino giudizi perentori, non pare del tutto azzardato asserire anche per la peste l'esistenza di un preciso rapporto tra la persistenza di precondizioni favorevoli al contagio e la letalità della malattia. In altre parole se, in condizioni fisiche precarie non vi erano differenze di rilievo riguardo alla contagiosità della sindrome pestifera, la durata e la gravità della stessa, e quindi il grado di letalità, avrebbero dovuto essere maggiori<sup>41</sup>. Non possiamo sorvolare però sul fatto che in assenza dell'epizoozia murina in certe condizioni si moriva di malattie correlate alle circostanze, ma non di peste: le condizioni descritte precedentemente non favorivano la propagazione del contagio, ma una volta contagiato, l'appestato aveva minori possibilità di recupero e di guarigione<sup>42</sup>.

Anche la climatologia sembra avvalorare l'ipotesi peste. Secondo

Luciana Morassi il 1759 fu un'annata decisamente nociva per i raccolti friulani, con un periodo invernale estremamente caldo ed arido<sup>43</sup>. Nel '59, scrive la storica udinese, l'inverno fu una stagione distinta da un clima caldissimo: "dall'11 passato dicembre sino al 24 febbraio mai piovve né nevicò e sempre in questo tempo fu tenerità d'aria a tal segno che anche nel mese di gennaio e nel mese presente di febbraio sin dalle ore 18 fino alle ore 22 circa non si poteva resistere al sole (...). A dir dei vecchi, anche nonagenari, non hanno veduto un tempo così continuato di sereno massimo in questi tre mesi, dicembre, gennaio, febbraio"<sup>44</sup>. Al di là della palese esagerazione delle affermazioni, ciò che emerge è l'esistenza di un clima sorprendentemente anticipatore della buona stagione, con la totale assenza di precipitazioni nei mesi invernali accompagnata da una calura eccessiva<sup>45</sup>. Da ciò si può facilmente comprendere la sorte dei raccolti, bruciati dal sole cocente e dalla scarsità di piogge.

Questo inverno caldissimo avrebbe potuto favorire un risveglio anticipato delle pulci pestigene, le quali avrebbero potuto iniziare la loro azione mortale nell'inconsueto tepore di una primavera prematura. La straordinaria mortalità del periodo, prosegue la Morassi, non è solamente imputabile ad una generalizzata crisi acuta di sussistenza, ma pure al propagarsi di epidemie contagiose che nell'alimentazione carente hanno trovato un fertile humus per il loro attecchimento. Secondo la studiosa friulana nel periodo 1756 – 60, nei 9 paesi presi a campione: Fagagna, Forni di Sotto, Gemona, Latisana, Malisana, Nogaredo di Corno, Ovaro, Sacile, Tolmezzo e nella parrocchia udinese di San Giorgio, il trend nascite – morti fu generalmente negativo ad eccezione di Ovaro e di Tolmezzo. Negli agglomerati urbani più vicini a San Giorgio, Malisana e Latisana, rispettivamente nel quinquennio i battezzati furono 29 a fronte di 83 deceduti, e 660 a fronte di 713<sup>46</sup>.

A San Giorgio l'andamento demografico fu decisamente peggiore, nel solo anno 1759 Francesco Antonio Strassoldo battezzò 56 neonati, mentre al 31 dicembre annotò l'ultimo dei 168 decessi<sup>47</sup>.

Se l'epidemia da scongiurare era di peste ben poco effetto potevano avere i cordoni sanitari e i soldati addetti ai controlli, nessuno di essi, neppure il più scrupoloso, avrebbe mai pensato d'impedire il passaggio ad un topo infetto ed al suo carico di pulci pestigene<sup>48</sup>. Per i sospetti del contagio si prescriveva un periodo di quarantena di 22 giorni (questo interdimento dei sospetti dai sani non era effetto di conoscenze specifiche ma seguiva più che altro delle congetture), misura questa decisamente

approssimativa ed esagerata (la Convenzione di Parigi del 1903 stabilì per coloro che sbarcavano da navi appestate un periodo di isolamento di 5 giorni, cui potevano seguire ulteriori 5 giorni di sorveglianza)<sup>49</sup>.

Ci si opponeva ad un nemico invisibile, contro il quale risultava vano ogni tentativo terapeutico. Il contagio non era selettivo, non faceva preferenze di sorta. Scavalcava le barriere sociali, sotto il suo maglio cadevano le differenziali povero-ricco, debole-forte ed affamato-sazio, investiva tutti in egual misura.

La fuga verso località non contagiate e la sanità di confine erano gli unici elementi profilattici di una certa validità. Irta di difficoltà si dimostrava la prevenzione sul versante medico, in quanto del tutto sconosciuta si presentava la causale patogena ed il modo d'azione.

La lacunosità delle fonti documentarie reperite, unita alla difficoltà di lettura e di interpretazione delle stesse, non ci consente di avanzare ipotesi diagnostiche distinte da un elevato grado di sicurezza, e neppure gli indizi che siamo riusciti a raccogliere, pur trovando tra loro una chiara concordanza, ci permettono affermazioni precise e definitive. Nonostante ciò la coincidenza dei sintomi rilevati sui malati da Michetta con quelli tipici della peste; l'elevato numero dei decessi che contraddistingue un'epidemia ad alto tasso di letalità; il breve decorso della malattia; la ripartizione dei deceduti nelle fasce d'età che ricalcano le stesse colpite dalle epidemie di peste studiate da Del Panta<sup>50</sup>; la contagiosità che si manifestò con più decessi all'interno delle stesse famiglie; l'azione livellatrice del morbo che non riconobbe distinzioni sociali d'alcun tipo ed infine l'esclusione perentoria delle altre epidemie che allignavano nella Bassa in forma endemica, indicano che l'ipotesi peste sia la più vicina alla verità.

Ma le ragioni di Stato che ebbero la meglio sul destino terreno di un centinaio di esseri umani, non avrebbero dovuto impedire al Michetta di azionare quei provvedimenti profilattici che normalmente si adottavano in caso di epidemie pestilenziali, che non servivano di certo a guarire gli appestati, ma avevano la funzione di contenere il contagio, isolando e distruggendo le forze ignote che lo propagavano. Si trattava di accorgimenti vecchi di secoli, noti di certo al protomedico, non dettati da conoscenze scientifiche ma dall'esperienza e dal buon senso: "inzolfare e profumar le case o stanze dove sono stati morti o malati; separare subito scoperto il male gl'infermi da' sani; abbruciar subito e levar via le robbe che hanno servito per uso al morto o al malato; serrar subito quelle case

dove è stato infettato e tenerle almeno 22 giorni, acciò chi vi è dentro nel praticare non infetti gli altri; proibire i comenzi<sup>51</sup>. Questo a San Giorgio non fu attuato, il contagio nel suo incedere non incontrò ostacoli di sorta.

La peste era una forma epidemica distinta da un'elevata mobilità, ma allo stato attuale delle nostre ricerche sembrerebbe che il focolaio epidemico abbia interessato solamente il comprensorio sangiorgino, non abbiamo notizie di altri agglomerati contigui colpiti dal morbo. Se nei registri dell'archivio parrocchiale e nei preziosi documenti rintracciati nell'archivio di Trieste non ci fossero le tracce di questa mortalità straordinaria, nessuno ai nostri giorni avrebbe potuto sospettare l'esistenza di tale epidemia. Non ve n'è alcun accenno nei pochi superstiti atti notarili di quel periodo, né in qualche testamento o altro documento dell'epoca<sup>52</sup>. Non se ne parla nelle fonti edite, negli annali, negli studi sulla demografia friulana, negli almanacchi, in opere di narrativa o nei diari<sup>53</sup>.

Il tentativo d'occultamento della malattia epidemica architettato dagli uomini di governo goriziani proseguì anche a livello ecclesiastico. Infatti solamente un timido accenno alla grande mortalità fu fatto dal vescovo di Gorizia, in occasione della visita pastorale compiuta a San Giorgio, il 9 maggio 1759, in un mese in cui fino al giorno della visita erano morte 9 persone: il contagio, ancora non debellato, aveva perso gran parte del suo vigore. Leggendo gli atti di quella visita pastorale affiora chiara l'impressione che al vescovo D'Attems la salute dei sangiorgini interessasse molto meno di quella degli arredi della chiesa...<sup>54</sup>.

Ed infine non v'è dubbio che la presenza e la sapienza di Michetta e di Braida per i contagiati non sortì alcun effetto: la mancanza di una qualsiasi terapia concedeva a costoro ben poche speranze di guarigione; qualunque fosse stata la natura del contagio la medicina del tempo avrebbe dimostrato tutta la sua impotenza nel contrastarlo<sup>55</sup>.

Non è facile immaginare come poteva essere San Giorgio in quei giorni. Non potremo mai sapere cosa accadeva nelle case e per le strade del paese, come si dipanava la vita quotidiana, quali erano le domande che la popolazione si poneva. Forse com'era arrivata la pestilenza fino a loro? Chi l'aveva mandata e perché? Di quali colpe si erano macchiati per meritarsi questo terribile castigo? O sotto quale forma si nascondeva il contagio e la morte? Per poter descrivere l'angoscia, il tormento ed il terrore che regnavano nel paese colpito si rivelerebbe inutile cercare ispirazione tra le carte archiviate, affidiamoci piuttosto al Manzoni, colui che scrisse le pagine più alte sulla peste: "...mentre i cadaveri sparsi, o i

mucchi di cadaveri, sempre davanti agli occhi, sempre tra' piedi facevano della città tutta come un sol mortorio, c'era qualcosa di più brutto, di più funesto, in quel accanimento vicendevole, in quella sfrenatezza e mostruosità di sospetti...Non del vicino soltanto si prendeva ombra, dell'amico, dell'ospite; ma que' nomi, que' vincoli dell'umana carità, marito e moglie, padre e figlio, fratello e fratello, eran di terrore: e, cosa orribile e indegna a dirsi! La mensa domestica, il letto nuziale, si temevano, come agguati, come nascondigli di venefizio..."<sup>56</sup>.

L'epidemia, determinava un'incrinatura della normalità, era un evento spietato che si manifestava non solo in una mortalità collettiva concentrata temporalmente e con crisi degli scambi economici, ma produceva fratture profonde negli equilibri sociali. L'irrompere di un'emergenza epidemica demoliva la base su cui poggiavano i puntelli ove si era edificata la vita comunitaria. I rapporti umani venivano ridefiniti. L'ineluttabilità del contagio, la mortalità diffusa, la precarietà dell'esistenza agivano da scardinatori della consueta quotidianità; ciò modificava i tradizionali canali della comunicazione tra familiari, parenti e vicini trasformandoli in potenziali veicoli di diffusione mortifera; rapporti codificati da sempre rispettati si interrompevano, così come le abitudini, il lavoro e la religiosità.

Non sappiamo e non potremo mai sapere quali siano state le strategie di sopravvivenza adottate dalla popolazione, non sappiamo neppure se arrecarono qualche beneficio e a chi, sappiamo che in due mesi quasi un decimo degli abitanti di San Giorgio morì<sup>57</sup>. E' come se ai giorni nostri nello stesso arco di tempo morissero sette-ottocento persone.

Nell'epoca che stiamo osservando gli avversari con cui la medicina era costretta a scontrarsi erano la superstizione, la diffidenza e la religione. All'esperienza medica si affiancavano, più volte sovrapponendosi, ma sempre intrecciandosi in mille modi, queste tre componenti, così fortemente presenti nell'orizzonte culturale popolare. L'origine delle malattie che affliggevano l'umanità era attribuita ora alle congiunzioni negative degli astri, ora alla stregoneria, o all'azione malefica di comunità minoritarie presenti nel territorio<sup>58</sup>, oppure, ma siamo già su un piano protoscientifico, alle esalazioni mefitiche dell'aria. In ogni caso una spiegazione era sempre sottesa alle altre, che il morbo fosse una punizione divina per colpire gli uomini peccatori<sup>59</sup>. L'aspetto teurgico ed il peccato stavano sempre dietro la malattia, e le calamità venivano lette come un segnale che indicava una frattura del rapporto tra Dio e l'umanità<sup>60</sup>. La

peste rappresentava l'archetipo di queste malattie punitive, ed ancora alla metà del Settecento manteneva inalterata la sua carica dualistica di morbo fisico e morale<sup>61</sup>.

Non conosciamo la risposta che si diedero i sangiorgini alla domanda su chi aveva mandato la pestilenza e perché l'aveva fatto, ma sappiamo che la religiosità popolare addusse la fine dell'epidemia a motivazioni di origine divina: sotto l'intercessione della Vergine Addolorata, topi e pulci avrebbero terminato d'un tratto la loro attività pestigena. D'altro canto in assenza di terapie adeguate e di altrettanto adeguate misure profilattiche, preghiere, messe e processioni erano le uniche forme difensive cui ci si poteva aggrappare<sup>62</sup>.

## Note

1 – San Giorgio non disponeva di un medico. Solamente gli agglomerati più importanti potevano permetterselo. Gorizia fino a tutto il '600 era in grado di stipendiare due medici che nel secolo successivo arrivarono a tre. A Gradisca, la seconda cittadina della contea, solamente dal 1754 operava con continuità un medico (C. MORELLI, *Istoria della Contea di Gorizia*, vol. 3, Gorizia 1855, p. 127).

2 – *Pestis* in latino e *Loimos* in greco designavano in antichità un generico flagello di carattere epidemico; anche successivamente il termine *pestis* non perse questa valenza generica. In francese designava un'infinità di morbi contagiosi; oggi il termine peste viene usato solamente in presenza della malattia specifica e del bacillo che la identifica (J. RUFFIÉ, J. C. SOURNIA, *Le epidemie nella storia*, Roma 1986, p.85).

Tutte le civiltà del passato sono state colpite da una infinità di morbi contagiosi, circa una quarantina, che venivano denominati genericamente come pestilenziali. Già nel Vecchio testamento si parla di peste. Dai Numeri (XXV, 9), uno dei cinque libri del Pentateuco, apprendiamo che 24.000 individui morirono nell'epidemia di peste a Baal-Peor, tra l'altro siamo di fronte al primo accenno dei ratti quali responsabili del contagio (D. GUTHRIE, *Storia della medicina*, Milano 1967, p. 43). Anche gli scritti di un medico indiano, Charaka, risalenti al V secolo dell'era cristiana, ribadiscono il concetto dell'attività murina nella causa del contagio pestifero (IDEM, p. 45), osservazioni rimaste lettera morta fino al primo Novecento. Sulle grandi epidemie di peste della storia vedi J. RUFFIÉ, J. C. SOURNIA, *Le epidemie...cit.*, pp. 79-119.

3 – Una missiva proveniente da Gradisca informava il Consiglio Capitaniale della straordinaria mortalità esistente a San Giorgio: “Essendo pervenuto a notizia qualmentre nella Villa di San Giorgio creassi una mortalità fierissima di Persone per certa infermità, della quale non si ritrovano rimedio, che in tre, o quattro giorni li riduce a morte. Perciò com'è nostro debito di invigilare sopra le materie di sanità, e

successivamente di rappresentare date le occasioni agli Superiori, rassegnamo a questo Incl. Ces. Reg. Capitania Consiglio tal notizia per le oppressive previsioni, se ci fosse permesso di questo suggerire, diressimo, che sarebbe bene fosse fatta una visita da questo Sign. Protomedico, e Protochirurgo per l'apertura di qualche cadavere affinché dette persone pratiche, ed eccellenti nelle loro professioni, si potesse scoprire il male indi essere procurato il rimedio... Gradisca 1<sup>o</sup> Aprile 1759" (Archivio di Stato di Trieste (AST), C. R. Consiglio Capitaniale delle Unite Contee di Gorizia e Gradisca (CCGG), 1754 – 1777, Materie di sanità 1757 – 1759, b. 116. Nell'Archivio di Stato di Gorizia (ASGo) nel fondo, C. R. Consiglio Capitaniale delle Unite Contee di Gorizia e Gradisca, 1754 – 1777, Materie di sanità 1757 – 1759, bobina n. 283, si trova il documento microfilmato.

4 - " Avendo determinato la comunità di San Giorgio di ricorrere, a chi s'aspetta, per provvedere, e riparare alla gran strage, che qui fanno certe malattie, a cui soccombono senza alcun frutto degli medicamenti, che se li danno, quasi tutti gli ammalati di tal male in pochissimi giorni (...) io che compiangio di tutto cuore la disgrazia, e le afflizioni ben giuste di tal povera gente commessa alla mia cura, attesto esser tale la mortalità, che dagli libri delli mortorij stessi non si rivela in di gran tempo essere stata mai una simile, anche nell'influenza più ostinata. In fede pertanto di quanto attestato, mi sottoscrivo di proprio pugno, e segno il presente con il proprio sigillo. San Giorgio di Nogaro 2 Aprile 1759.

Francesco Antonio Conte di Strassoldo Pievano di Porpetto e San Giorgio" (AST, CCGG, b. 116).

5 – Ibid.

6 - " La differenza tra un medico fisico e un chirurgo è rilevante: il primo, di formazione accademica e ceto elevato, si esprime in latino e formula le diagnosi frequentemente lontano dal letto del malato; il secondo maneggia il corpo sofferente, ne analizza gli umori, testa feci e urine, incide pustole e cauterizza piaghe, esercita un'arte 'meccanica', che ha a che fare con il sangue, adeguata a studi non universitari e a una condizione sociale non elevata" (G. FIUME, *Premessa*, in Quaderni storici, n.112, aprile 2003, p. 3).

7 – Il protomedico Michetta doveva essere sicuramente un buon professionista, Morelli ci informa che: "Non furono i Goriziani meno solleciti rispetto à provvedimenti che riguardavano la salute degli abitanti delle provincie (...) più valevole di ogni istruzione fu la sorte, ch'ebbero i Goriziani di eleggere sempre eccellenti ed esperti professori. La corte coll'intenzione di provvedere tutta la monarchia di valenti soggetti stabili per legge (29/12/1753) che nessuno non graduato o non approvato in una delle università austriache, potesse esercitare nelle ereditarie provincie la professione del medico" (C. MORELLI, *Istoria...cit.*, p. 127).

8 – AST, CCGG, b. 116.

9 – Ibid.

10 - Giovanni Cantacuzemo, imperatore nel 1347 a Costantinopoli nella sua cronaca racconta che "la malattia colpiva altri soggetti non alla testa ma ai polmoni ed era causa di fortissimi dolori al petto. Questi avevano espettorazioni sanguinolente e dall'interno del loro organismo si sprigionava uno strano alito, maleodorante. La

cavità orale e la lingua, secche per la febbre, erano anche nere e sanguinolente...” (K. BERGDOLT, *La peste nera e la fine del medioevo*, Casale Monferrato 1997, p. 54).

11 – AST, CCGG, b. 116.

12 - “Li mali presenti sono angine, pleuritide et alcune febbre putride causate da putredine di humori biliosi e pituitosi quali trasmessi alle fauci fanno angine, se [trasmesse] alla pleura che veste le costa [fanno] pleuritide. E tali mali sono per natura loro acutissimi e letali tanto più congiunti con febbre maligne come sono quelli che nel quarto e nel settimo si muoiono per la malignità dell’umor peccante. Ma non sono da commune voce tra mali contagiosi ma che siano morbi popolari che occupano hor questo luogo et hor quest’altro e Dio ci guardi che fussino contagiosi che a quest’hora saremmo tutti infettati; ma si bene son ribelli e di mala natura e molti ne son morti” (C.M.Cipolla, *Miasmi e umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel seicento*, Bologna 1989, p. 64).

Questa relazione, scritta da un medico il 29 marzo 1632 (periodo in cui un’epidemia di peste serpeggiava in tutta la penisola), dopo un sopralluogo di tre giorni in un piccolo paese toscano infettato da un morbo sconosciuto, si può accostare analogicamente a quella di Michetta. Nel paese in questione in due mesi morirono settanta persone, ed anche in questo caso fu esclusa l’ipotesi di una malattia contagiosa.

13 – AST, CCGG, b. 116.

14 – Ibid.

15 – Ibid.

16 – Archivio parrocchiale di San Giorgio (ApSG), Libro dei Morti (LdM), 1749-1777.

17 - Ibid.

18 – Il nuovo camposanto era ubicato nell’area occupata attualmente dalla piazza XX settembre (R. LIANI, *Cenni di vita religiosa nella storia sangiorgina*, Udine 1935, p. 24). Quest’area rimase in uso per 90 anni, ne fu poi allestita una nuova adibita alle tumulazioni nella frazione di Zuccola.

19 - Su questi argomenti tra gli altri cfr, C. MILANESI, *Tra la vita e la morte. Religione, cultura popolare e medicina nella seconda metà del ’700*, in *Quaderni Storici*, 50/a. XVII, n. 2, 1982, pp. 614-628.

In Italia il Granducato di Toscana fu il primo Stato che, con due ordinanze del 2 gennaio e del 11 marzo 1777, impose lo spostamento dei cimiteri fuori dai centri abitati (C.M.Cipolla, *Miasmi e umori... cit.*, p. 36).

20 – AST, CCGG, b. 116.

21 – ApSG, LdM, 1749-1777.

22 - “Dalli 11 Aprile sin qui, che sono li 19 detto, fu data dal Sig. Monticoli la relazione al Protomedico, e Consiglio di Gorizia delli Morti in tal certo di tempo” (Ibid.).

23 – I rimedi prescritti per gli ammalati di peste, costituiti da regimi alimentari illogici ed ingiustificabili, da pozioni nauseabonde quanto irragionevoli, da inutili salassi, non incidevano minimamente sulle remote probabilità di guarigione. Afferma Sauvy, uno storico della demografia: “non è sicuramente esagerato affermare che

ancora sullo scorcio del '700, prima cioè della vaccinazione antivaiolosa, l'operato dei medici abbreviava in realtà un numero di vite non inferiore a quello che riusciva a prolungare" (A. SAUVY, *Popolazione*, in *Enciclopedia del novecento*, Treccani, vol. V, Roma 1989, p. 493).

Gli stessi medici dell'epoca erano consapevoli della scarsa efficacia dei rimedi adottati. Durante un'epidemia di tifo esantematico che interessò la comunità toscana di Figline il medico del luogo dottor Durazzini al termine di una sua relazione chiosò: "Più ne muore di quelli che hanno il modo a medicarsi e governarsi che de' poveri" (C.M.Cipolla, *Miasmi e umori... cit.*, p. 77).

24 – "Un'epidemia di peste non costituiva soltanto una tragedia umana; era anche un disastro economico. Mercanti ed artigiani erano i più colpiti non solo per la contrazione del mercato locale ma anche e soprattutto perché i blocchi sanitari paralizzavano comunicazioni e commerci con i mercati esterni" (C. M. CIPOLLA, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, il Mulino 1986, p.143).

25 - ApSG, LdM, 1749-1777.

26 – L. DEL PANTA, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino 1980, p. 54.

27 – Secondo Del Panta vi erano pure numerosi casi di epidemie tifoidi scoppiate nei mesi caldi (IDEM, p. 61).

28- Queste considerazioni emergono da uno studio su tre epidemie di tifo che hanno interessato le città di Mantova, Napoli e Perugia in età moderna (IDEM, p. 58-59).

29 - "In Italia, dopo la pandemia del 1656-57 la peste, pur importata a più riprese dai paesi del Levante (dove imperversò fin verso il 1840) non riuscì più a superare i rigidi cordoni sanitari eretti con tempestività attorno alle località o ai centri colpiti. Non considerando l'isola di Malta, dove la peste provocò circa 9.000 morti nel 1676 e ancora quasi 4.500 nel 1813, la peste venne rammentata dalle cronache ancora cinque volte: nel 1682 a Gorizia, nel 1690-92 in Terra di Bari, nel 1743 a Messina e Reggio, nel 1815-16 a Noja in Puglia, e infine a nel 1818 a Venezia, dove però rimase circoscritta al lazzaretto e provocò appena 8 vittime" (IDEM, p.180).

30 - IDEM, p. 48.

31 - Tra tutte le malattie contagiose che colpivano l'umanità la peste era senza dubbio la più temuta. "Iddio guardi fin i cani di tal infirmità, che de tutti i mali che avvengono sopra noi non è male da più temere, perché da fame, da guerre et incendi si trova pur qualche rimedio. Solo la peste mi par sopra tutte le altre infermità incurabile, et solo Iddio vera medicina a tanto male". Così osservava un Cancelliere dell'Ufficio di sanità di Udine durante l'epidemia di peste che colpì la città nel 1556 (R. PALMER, *Sanità pubblica e pestilenza: la politica veneziana nel Friuli all'inizio dell'epoca moderna*, in *Sanità e Società, Friuli-Venezia Giulia, Secoli XVI-XX*, Udine 1986, pp. 32-60, segnatamente p. 37).

32 – C.M.Cipolla, *Miasmi e umori..cit.*, p. 13.

33 - *Enciclopedia medica italiana*, Sansoni 1955, pp. 1490 – 1503.

34 - Questa è la descrizione dei sintomi che uno spettatore contemporaneo osservò nei contagiati dall'epidemia di peste che colpì Noja: "la faccia si scolorava, e subito

ingialliva e scarnivasi come di cadavere; si dilatavano le pupille, balbutiva il labbro, la lingua si copriva di cotenna bianca, o mostravasi arida, tremante, torta ad un lato, con striscia rossa nel mezzo contornata di largo lembo giallastro, sete ardente, inestinguibile; brividi, delirii, demenza, e fra tante cagioni di moto, immobile il corpo come morto. Spuntavano bubboni all'inguine ed alle ascelle; il ventre o il petto coprivano le antraci, che, se vivide e dolorose, erano indizio di salvezza, ma se pallide e scompaenti di morte. Non forza di età o di sesso potea contro il male, era universale il pericolo e lo spavento: in tre in cinque, in sette giorni gli appestati morivano, ma più fortunati coloro, e parecchi ve n'ebbe, che la furia del male in poche ore spegneva" (A. CORRADI, *Annali delle epidemie accorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850*, Bologna ristampa anastatica 1973, vol. III, p. 127).

35 - K. BERGDOLT, *La peste nera...cit.*, p. 24.

36 - IDEM, p. 9.

37 - "Il germe vive endemicamente in alcuni piccoli roditori dell'Asia centrale (tarbagan, spermofilo, merion, gerbilla), senza quasi provocare, almeno in certe razze, conseguenze patologiche. Passa da un soggetto all'altro tramite la puntura delle pulci, insetti che sembrano tollerare perfettamente questo ospite indesiderabile. Ma di tanto in tanto raggiunge il topo nero (*Rattus rattus*), un tempo abitante favorito delle vecchie navi di legno e dei granai in cui si stipavano i cereali. Di qui passa nell'uomo dove si rivela altamente patogeno..." (J. RUFFIÉ, J. C. SOURNIA, *Le epidemie...cit.*, p. 17).

38 - I topi non trasmettono solamente la peste ma sono anche portatori di " tifo murino, della spirochetosi ittero-emorragica, del sodoku, della tularemia" (G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza 1992, p. 7).

39 - La responsabilità del contagio è da imputare probabilmente ai ratti infetti che scendevano dai barconi da carico ancorati a Porto Nogaro, provenienti da località contagiate. Secondo Pio Ferrari a Porto Nogaro arrivavano anche barche di grosso tonnello, alcune delle quali da località molto distanti come la Grecia e l'Inghilterra (P. V. FERRARI, *San Giorgio di Nogaro, cenni statistici-descrittivi*, riedizione a cura di G. Bellinetti, Udine 1985, p. 123).

Il 20 marzo 1743, due decenni prima della pestilenza che colpì San Giorgio, un mercantile genovese appestato proveniente da Missolungi, località poco distante dal porto greco di Patrasso, attraccò a Messina. La peste rapidamente si diffuse in città, attraversò lo stretto, contagiò Reggio, ma non riuscì ad attaccare il continente (L. DEL PANTA, *Le epidemie...cit.*, p. 181).

40 - Il bacillo responsabile della malattia fu osservato dallo scienziato russo Yersin durante un'epidemia di peste ad Hanoi solamente nel 1894, mentre solamente 4 anni dopo un altro scienziato, Simond, scoprì il ruolo svolto dalla pulce nell'infezione umana (IDEM, p. 116).

41 - L'iponutrizione non sempre aveva un rapporto privilegiato con l'insorgere di malattie infettive. Per alcune di esse come la peste, il vaiolo e la malaria, il legame con la cronicità di un apporto calorico carente appare del tutto trascurabile. Su questi argomenti tra gli altri cfr., M. L. BACCI, *Popolazione e alimentazione*, Bologna 1993, p. 66.

42 – Non è dello stesso parere Jean Noël Biraben, uno dei massimi storici della peste. Uno stato di grande disordine determinato da contingenze economiche pessime, con avversità climatiche e raccolti insufficienti, ci informa lo storico, “può raddoppiare o triplicare la letalità di certe malattie come il tifo e la dissenteria, ma verosimilmente non modifica affatto, in base ai dati più recenti, quello della peste” (J. N. BIRABEN, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Mouton, Paris-La Haye 1975, t. I, p. 147).

43 - L. MORASSI, *1420 – 1797 Economia e società in Friuli*, Udine 1997, p. 109.

La rigidità del clima invernale ostacolava le epidemie pestilenziali, ma in primavera, quando i ratti, ‘punti’ dalle pulci risvegliatisi dopo il letargo invernale, morivano in massa non costituivano più un habitat adatto alle pulci, queste spinte dalla necessità si trasferivano all’uomo appestandolo.

44 – IDEM.

45 - Anche il Di Manzano riconosce l’eccezionale mitezza dell’inverno 1759: “L’inverno di quest’anno fu assai mite...” (F. DI MANZANO, *Annali del Friuli, ovvero raccolta delle cose storiche appartenenti a questa regione*, Forni editore, ristampa anastatica 1975, p. 244). Diviene facile unire in stretta correlazione il calore straordinario della stagione con l’anticipata fine del letargo ed il risveglio dell’attività delle pulci pestigene.

46 - L. MORASSI, *1420 – 1797...cit.*, pp.126-131.

47 - Alla crisi di mortalità umana quell’anno si aggiunse anche quella dei bovini. Scrive il Morelli: “Oltremodo ostinato fu il morbo che nell’anno 1759, passato dalla Stiria alla Carniola, e da questa provincia penetrato né nostri villaggi levò al nostro paese più della metà del bestiame destinato all’aratro” (C. MORELLI, *Istoria...cit.*, p.126). Anche negli anni 1711, 1732 e 1737 l’epidemia di peste bovina, proveniente dall’Ungheria, toccò le contee di Gorizia e di Gradisca, ma il morbo fu notevolmente meno letale rispetto a quello che infuriò nel 1759 (IDEM). Questa epizoozia chiamata ‘cancro volante della lingua dei bovini’, scrive il dottor Pelizzo, fu una delle più funeste: “essa si mantenne per più di due anni di seguito, attaccò le città ed il contado, morirono oltre 12.000 buoi tutti atti al lavoro e non risanarono più di 4.500” (F. PELIZZO, *Notizie statistiche del Friuli*, Biblioteca Comunale di Udine, Fondo principale, manoscritto n. 952).

Nelle contee di Gorizia e di Gradisca l’epizoozia si era diffusa in 46 località. Dal 17 settembre al 20 ottobre 1759 gli animali morti furono 836. In quel periodo a San Giorgio i bovini abbattuti e sotterrati furono 37 (AST, CRGG, b. 116).

48 - Per la prevenzione e per la lotta contro la peste già al tempo della pandemia del 1348-51, furono attivati a Venezia ed a Firenze degli Uffici sanitari temporanei. Nel corso del XV secolo a Milano ed a Venezia, e nella prima metà del secolo successivo anche a Firenze, questi Uffici sanitari furono trasformati da temporanei in permanenti. Sulla nascita e sulle funzioni degli Uffici sanitari tra gli altri cfr. C.M.CIPOLLA, *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge 1973 e IDEM, *Miasmi e umori...cit.*, pp. 11-20.

49 - IDEM, *Contro un nemico...cit.*, p. 150.

50 - Secondo Del Panta nell’epidemia di peste che colpì la città di Mantova nel 1575-

76 (uno dei pochi casi epidemici in cui non è ignota la distribuzione per fasce d'età dei morti nel periodo del contagio ed in quello precedente), le fasce in cui si contano più vittime, erano per l'appunto quelle dei giovani e degli adulti. Lo stesso autore sostiene che risultati del tutto simili si sono ottenuti studiando identici fenomeni morbosi che imperversarono in diversi agglomerati urbani della Francia, della Svizzera e dell'Inghilterra. Del Panta però precisa che non è il caso di trarre conclusioni definitive, riguardo l'incidenza differenziale del morbo pestifero sulle varie fasce d'età, in quanto forte potrebbe essere il diverso grado espositivo al contagio di quella parte di popolazione più attiva all'interno del fenomeno epidemico (L. DEL PANTA, *Le epidemie...cit.*, pp. 47-48).

51 - C. M. CIPOLLA, *Contro un nemico...cit.*, p. 106.

52 - Nulla traspare neppure dagli atti notarili. Nel 'Protocollo d'Instrumenti di me Pietro Antonio Rodari Nod. Imperiale principia li 20 Agosto 1758 e termina li 9 Aprile 1760' non vi è alcun riferimento né diretto né indiretto all'epidemia che investì il sangiorgino. L'ultimo atto notarile che riguarda San Giorgio porta però una data, 11 marzo 1759, che è contemporanea al primo manifestarsi del contagio. Dopo questa data i rogiti notarili riguardano le ville di Precenicco, di Virco e di Campomolle (ASGo, Archivio Notarile, serie Notai di Gorizia, b. 59). E' probabile che il notaio Rodari al sopraggiungere dell'epidemia abbia abbandonato il paese per rifugiarsi in un luogo non infettato. Questa congettura prende vigore dall'osservazione che Francesco de Simon, notaio a Chiarisacco, vide lievitare di molto il suo lavoro proprio nel periodo dell'epidemia. Questi nei mesi di marzo, aprile e maggio del 1759, rogò 19 atti, contro i 5 rogati nel 1757, i 3 rogati l'anno precedente l'epidemia ed i 15 di quello successivo (Archivio di Stato di Udine (ASU), Archivio Notarile Antico (ANA), b. 624).

53 - Dell'epidemia ne parla, per altro in modo piuttosto sbrigativo, il Ferrari nel suo volume su San Giorgio. Ma le fonti da cui l'autore attinge le sue informazioni sono gli stessi registri parrocchiali utilizzati in questa inchiesta (P. V. FERRARI, *San Giorgio...cit.*, p. 110).

54 - "...valde hoc anno fuerit et grassaretur infirmitas in populo", così si esprime il vescovo D'Attens in una visita pastorale compiuta a San Giorgio il 9 maggio 1759 (F. KRALJ - L. TAVANO, *Atti delle visite pastorali negli arcidiaconati di Gorizia, Tolmino e Duino dell'Arcidiocesi di Gorizia 1753-1759*, Gorizia 1994, p. 624).

55 - Proprio nel 1759 a proposito dell'incurabilità della peste un medico, Lorenzo de Monacis, asseriva che: "Nessuna arte aveva un qualche potere, nessuna erba era utile, nessuna medicina arrivava ad un qualche risultato. La natura falliva." (K. BERGDOLT, *La peste nera...cit.* p. 272).

56 - A. MANZONI, *I promessi sposi*, Firenze 1969, p. 600.

57 - A Maniago nel 1576 un'epidemia di peste fece 112 vittime tra una popolazione che contava poco più di un migliaio di anime (M. GOTTARDI, *Le guardie alla "gran porta d'Italia": strutture sanitarie in Friuli tra Cinque e Settecento*, in *Sanità...cit.*, p. 111). Il numero dei decessi e la consistenza della popolazione si rivelano sorprendentemente simili a quelli di San Giorgio.

58 - Gli ebrei furono ritenuti, in più occasioni, i responsabili della propagazione del

contagio dei morbi più disparati, in particolare della peste. Nell'epidemia del 1556, che imperversò nella città di Udine, il contagio si manifestò dapprima in una casa abitata da ebrei; morirono una donna con i suoi due figlioletti. Il medico condotto che ebbe a constatare i decessi scrisse: "Quelle bestie et figlioli della morta insieme con la madre a casa del Diavolo caldi se n'andarono", mentre un comune cittadino, con macabra perfidia, notava che questi erano morti il Venerdì Santo: "sententia divina che in tali giorni essi perfidi fossero condotti alla morte". In quell'occasione furono bruciati tutti i beni appartenuti alla comunità ebraica (di norma le suppellettili usate dai contagiati venivano disinfettate e conservate), compresi, non a caso, i registri che annotavano l'ammontare dei prestiti concessi (R. PALMER, *Sanità pubblica...cit.*, p.37).

59 – "La peste, che livellò a periodi ricorrenti le classi sociali e colpì tutte le età, è stato il flagello che l'uomo più di ogni altro malanno ha temuto e le devastazioni che provocava non potevano suscitare che angosciose immagini di biblici castighi" (M. BROZZI, *Peste, fede e sanità in una cronaca cividalese del 1598*, Milano 1982, p. 21).

60 - "Nel Medioevo 'la malattia ha sempre, almeno in senso lato un'origine soprannaturale. Lo sforzo che l'organismo deve fare per difendersi da essa viene interpretato come una sofferenza che il Signore impone o per punire i peccati o, in qualche caso, per scegliere nell'individuo sofferente il suo messaggero e farne portatore di una rivelazione (...) La peste è per antonomasia un castigo di Dio e la vita terrena è *umbra futurorum* nell'ossessione medioevale per l'aldilà" (G. FIUME, *Premessa...cit.*, p. 7).

61 – Nel testo sacro dell'Apocalisse la peste era inserita tra i flagelli che incombevano sull'umanità peccatrice. "La peste compare tra le 'piaghe' che il Dio di Mosè inflisse all'Egitto. Inoltre, la peste decimò i filistei quando, nei loro spostamenti di sede, si impadronirono dell'Arca dell'alleanza" (J. RUFFIÉ, J. C. SOURNIA, *Le epidemie...cit.*, p.80).

62 – Su questi argomenti, tra gli altri, cfr. B. NOBILE, *Pratiche religiose in Friuli durante le epidemie del XVI e XVII secolo*, in *Sanità...cit.*, pp.117-146.