

Collana del Dipartimento Culture e Società
dell'Università degli Studi di Palermo
diretta da Michele Cometa

LE CULTURE DELLA CURA

a cura di Michele Cometa e Santi Di Bella



PALERMO
UNIVERSITY
PRESS



culture**e**società, 16

Le culture della cura, a cura di Michele Cometa e Santi Di Bella

Direttore: Michele Cometa

ISBN (a stampa): 978-88-5509-750-5

ISBN (online): 978-88-5509-747-5

In copertina: Dormitory in the Hospital in Arles, Vincent van Gogh, 1889

© Copyright 2025 New Digital Frontiers srl

Piazza Marina 29/34

90133 Palermo

www.unipapress.it

Indice

Le ragioni di un convegno MICHELE COMETA	11
---	----

Archeologia e Scienze dell'Antichità

Il luogo della cura: il ruolo dello spazio nei rituali di guarigione della Grecia antica MILENA MELFI	19
---	----

Santuari e cura nell'antichità. L'Asklepieion di Kos: un caso di studio ELISABETTA INTERDONATO	37
--	----

Statuto nosologico della fanciullezza e relativo approccio terapeutico: una storia controversa MARCO CILIONE E VALENTINA GAZZANIGA	51
--	----

I <i>semata</i> della moneta antica: piante officinali, medicamenti, divinità per la cura. Il caso del <i>selinon</i> di Selinunte LAVINIA SOLE	63
--	----

<i>Terapia epistolare: i casi clinici di Marcellino e Lucilio in Seneca (epist. 77-78)</i> FRANCESCA ROMANA BERNO	81
--	----

Antiche immagini di soccorso e cura 93
SIMONE RAMBALDI

Musica e incantesimi. Uso terapeutico dell'*epodé*
nell'antica Grecia 105
ANTONIETTA PROVENZA

Il *De more medicorum*: una commedia elegiaca
del XIII secolo fra satira del medico e *recusatio* ovidiana 115
ARMANDO BISANTI

La città malata e il suo medico. Alcuni spunti in
Erodoto e Tucidide 125
NICOLA CUSUMANO E GIOVANNI INGARAO

Medici e seviri: database, corpora e persone 149
CHIARA VITALONI

Comunicazione

La cura tra etica e politica 173
ROMANA BASSI

Mensa e cura. Ripensare la ristorazione collettiva
come pratica di cittadinanza 183
FRANCESCO MANGIAPANE

Il "male mentale" e la sua cura: il "linguaggio cul-
turale" della medicina 195
ALESSANDRA DINO

Autopatografia e autobiografia: il caso Annie Ernaux 207
ROBERTA COGLITORE

Una buona forma per una buona cura. Il letto TR15
di Achille Castiglioni, Giancarlo Pozzi ed Ernesto Zerbi 223
EMANUELE CRESCIMANNO

La fotografia di Dorothea Lange tra narrazione,
empatia e comunicazione 235
VALENTINA MIGNANO

Studi storici, antropologici e geografici /
Studi Globali: Storia, politiche, culture

L'assistenza sanitaria nei monasteri femminili di
Palermo nel Medioevo 249
PATRIZIA SARDINA

Carità, assistenza, cura. Ospedali nella Palermo medievale 261
DANIELA SANTORO

Cure meticce. Rimedi e pratiche terapeutiche al
crocevia tra Europa e Americhe (secc. XVI-XVII) 277
ELISA NOVI CHAVARRIA

Curare la salute e curare la società: considerazioni
su epidemie e ordine pubblico negli stati italiani
alla fine dell'Età moderna 291
DANIELE PALERMO

Gli esordi della cura della follia in Sicilia. Il *traitement
moral* e la Real Casa de' Matti 301
NICOLA CUSUMANO

Alimentazione, prevenzione e benessere in età
moderna: la dietetica di Giovanni Filippo Ingrassia (1576) 315
ROSSELLA CANCELIA

La moda come terapia nella cultura contemporanea 327
SANTI DI BELLA

Curare il corpo e salvare l'anima. "Investimenti"
caritativi nella Sicilia tardomedievale 345
MARIA ANTONIETTA RUSSO

Servizio Sociale e Cooperazione, sviluppo e migrazioni

Islam e politica in Europa: le dichiarazioni pubbli-
che sulla prevenzione in pandemia 361
MARILENA MACALUSO E GIUSEPPINA TUMMINELLI

Cura alla persona: aspetti di misurazione e di
comunicazione 373
ANTONINO MARIO OLIVERI E GABRIELLA POLIZZI

Storia dell'Arte

Gioielli in corallo ed epidemie di peste a Trapani
in epoca moderna 393
ROBERTA CRUCIATA

Per una ricostruzione del contesto all'origine della
commissione progettuale del nuovo manicomio
di Palermo nel secondo Ottocento 405
PIERFRANCESCO PALAZZOTTO

"Gioielli come talismani" in Sicilia nelle fonti inglesi
del primo Novecento 417
SERGIO INTORRE

Arti, archivio, terapia: Giovanna Brogna/Sonnino 429
CRISTINA COSTANZO

Carità o filantropia? Ideologie della cura nell'arte
ottocentesca 439
ALEXANDER AUF DER HEYDE

Religioni e Culture

La cura pastorale nella predicazione di A.G. Roncalli
durante la Grande Guerra 453
GABRIELLA LA MENDOLA

La cura in *The Lonely Man of Faith* di Rav Soloveitchik 461
ADELE VALERIA MESSINA

La Medicina Spirituale nell'Opera Di AbŪ Bakr Ibn
Zakariyyā Al-Rāzī (M. 923) 473
ROSANNA BUDELLI

Il simbolismo dell'acqua come azione terapeutica
tra antropologia e studi di Preistoria del Mediterraneo 483
IGNAZIO E. BUTTITA E MASSIMO CULTRARO

L'obiezione di coscienza come lezione di don Milani
sulla responsabilità. La cura educativa degli esclusi 501
FEDERICO RUOZZI

Diaconato e pratica della cura nelle prime chiese
riformate francesi 515
GIANMARCO BRAGHI

Curare la salute e curare la società: considerazioni su epidemie e ordine pubblico negli stati italiani alla fine dell'Età moderna*

DANIELE PALERMO

Per tutto il XVIII secolo dal punto di vista medico venire a capo delle epidemie in Europa e negli stati italiani è quasi impossibile, ma deve divenire possibile evitare che questi disastrosi e lunghi fenomeni disgregassero la società, il "corpo politico", rendessero distruttive situazioni che mettevano a dura prova i rapporti tra ceti, l'esercizio del potere, la circolazione delle merci e delle persone, gli approvvigionamenti. Diveniva urgente dunque che chi esercitava la sovranità provasse a governare gli effetti di un'epidemia: in modo molto poco incisivo era possibile governare quelli sui corpi e prevalentemente attraverso l'isolamento, invece dovette divenire possibile governare gli effetti sulla società e dunque salvaguardare l'ordine pubblico¹.

Sull'approccio che gli stati adottano nei confronti delle epidemie, attraverso istituzioni specializzate – gli uffici di sanità – che, prima temporanee, in modo non lineare e non omogeneo tendono a divenire stabili e permanenti, la storiografia a lungo

* La pubblicazione si inserisce nell'ambito del PRIN2022 bando relativo allo scorrimento delle graduatorie finali - titolo del progetto "Individual well-being, domestic health and collective health: spaces, practices, and cultures in Early modern Italy (16th-18th century)" numero progetto 20X7W43K, CUP: B53C24008260006

¹ Cfr. D. Pedemonte, *Quando il nemico è visibile: il Magistrato di sanità genovese come strumento di controllo del territorio e di politica economica*, in *Epidemie, sanità e controllo dei confini*, in «Storia urbana», n. 147, 2015, pp. 33-35.

ha assunto come punto di riferimento la dialettica, divenuta tradizionale, tra Michel Foucault e Carlo Maria Cipolla².

Lo storico toscano inquadra la costituzione e la stabilizzazione delle istituzioni sanitarie statali nel processo di costruzione dello "stato moderno", in un ideale ricamo di canali tra un centro riconosciuto e periferie controllate:

la minaccia persistente rappresentata dal "morbo contagioso", infatti, sollecita gli Stati della penisola a dotarsi di mezzi che permettano di meglio controllare e conoscere il territorio che si trova sotto la loro giurisdizione. Quando l'edificio sanitario, in origine costruzione temporanea legata alla contingente emergenza, si trasforma in permanente, le norme che lo regolano divengono uno strumento in più attraverso il quale le autorità centrali interagiscono e si rapportano con le realtà locali e periferiche. Il sistema sanitario, con la sua struttura articolata ed efficiente, assume quindi una funzione più ampia: alla prevenzione e alla protezione contro "il nemico invisibile" si affianca una pratica quotidiana atta a sfruttare la normativa per controllare il territorio, disciplinare i traffici, proteggere i propri confini o i propri commerci da nemici che invece sono visibili³.

Al di là della linearità di alcune ricostruzioni di situazioni forse più complesse, sicuramente strategico fu l'investimento finalizzato alla strutturazione «di un apparato organizzativo ben ramificato a livello locale, al quale era demandato l'aspetto operativo del controllo sanitario»⁴ e che nei fatti diveniva

² Tra gli scritti dello storico toscano: C.M. Cipolla, *Il pestifero e contagioso morbo. Combattere la peste nell'Italia del Seicento*, il Mulino, Bologna 2012; Id., *Origine e sviluppo degli uffici di Sanità in Italia*, in Id., *Le tre rivoluzioni e altri saggi di storia economica e sociale*, il Mulino, Bologna 1989, pp. 243-262; Id., *Miasmi e umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, il Mulino, Bologna 1989; Id., *Contro un nemico invisibile. Economie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, il Mulino, Bologna 1985. Tra le opere del filosofo francese: M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 2014; Id., *La nascita della medicina sociale (Seconda conferenza all'Università di Stato di Rio de Janeiro, ottobre 1974)*, in Id., *Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale*, a cura di P. Napoli, Donzelli, Roma 2021, pp. 29-59.

³ D. Pedemonte, *Quando il nemico è visibile: il Magistrato di sanità genovese come strumento di controllo del territorio e di politica economica*, cit., p. 34.

⁴ D. Dell'Osa, *Una potenzialità territoriale compressa. Sanità marittima e attività economiche nell'Abbruzzo preunitario*, in *Epidemie, sanità e*

un possibile, anche se sempre complesso e fratto, canale per controllare l'ordine pubblico nei territori periferici.

Sulla scia del pensiero del filosofo francese, si legano istituzioni e normative sanitarie all'esigenza di sorvegliare e controllare la società da parte di chi detiene il potere e ai meccanismi a ciò finalizzati: «la nascita della medicina moderna coincide con l'idea di un fondamento pubblico e non privato della prestazione terapeutica perché è funzionale a una politica centrata sul corpo», canale di controllo della società che si aggiunge alla coscienza e all'ideologia⁵.

Cercando, spesso con successo, di superare la dialettica Cippolla-Foucault, gli studi più recenti leggono le azioni finalizzate alla prevenzione, alla cura, alla necessità di evitare lacerazioni sociali in contesti epidemici in un quadro più ampio costituito sì dalla progressiva strutturazione delle entità statuali e dall'esigenza del controllo sociale ma anche dall'evoluzione della scienza, dall'emergere di nuovi ceti, dalla sempre più forte interazione tra politica ed economia, dal permanere di una forte influenza dell'elemento religioso nella percezione della malattia⁶.

Nella seconda metà del '700, il processo di stabilizzazione delle istituzioni sanitarie si è già completato in tutti gli stati italiani. In alcune realtà era giunto a compimento già nel XV secolo⁷ e si completa nel 1743 anche nel Regno di Sicilia, dove viene istituita la centrale e apicale Suprema Deputazione Generale di Salute Pubblica⁸.

Il modello di riferimento nel XVIII secolo, non solo nella penisola italiana, continuava a essere quello veneziano. La città, per

controllo dei confini, cit., p. 99.

⁵ P. Napoli, *La salute del filosofo*, in M. Foucault, *Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale*, cit., p. XVII.

⁶ Si veda per tutti J. Henderson, *Florence Under Siege. Surviving Plague in an Early Modern City*, Yale University Press, New Haven and London 2019.

⁷ I.M. Fusco, *Il Regno di Napoli nelle emergenze sanitarie del XVII secolo. Istituzioni, politiche e controllo dello spazio marittimo e terrestre*, in *Epidemie, sanità e controllo dei confini*, cit., p. 58.

⁸ D. Palermo, *La Suprema Deputazione generale di salute pubblica del Regno di Sicilia dall'emergenza alla stabilità*, in *Epidemie, sanità e controllo dei confini*, cit., pp. 115-138.

la sua posizione di rilievo nel commercio mediterraneo, che ne costituiva la prima risorsa, avrebbe dovuto evitare in ogni modo interruzioni dei suoi traffici o forti limitazioni all'operatività dei suoi porti e dunque nel 1486 aveva fondato «la prima magistratura permanente di sanità». Caratteristiche del modello erano norme codificate e capacità di applicarle a situazioni diverse⁹. Tutto ciò aveva consentito di disporre di strumenti ampiamente sperimentati di controllo e di contenimento delle epidemie: i lazaretti, atti a custodire merci e uomini; le «contumacie», di durata dipendente dai luoghi di provenienza e dalla gravità del rischio sanitario; le tecniche di manipolazione delle merci in transito, come lo «spurgo». A ciò si aggiungeva «un costante e puntiglioso flusso di notizie che una capillare rete di informatori era in grado di far giungere velocemente al centro e che interessava la situazione sanitaria dei vari porti, delle città, delle regioni e delle diverse rotte e in grado di arrivare al dettaglio degli spostamenti e delle condizioni dei singoli natanti e delle singole persone». Non si trattava solo di un modello, poiché le magistrature veneziane assunsero un «ruolo centrale, soprattutto nel Mare Adriatico, ma non solo, nello stabilire chi effettivamente si conformasse a tale standard e quali fossero le condizioni sanitarie dei centri coinvolti nella rete dei traffici e quindi chi, e in quale modo, potesse partecipare alla circolazione commerciale»¹⁰. Tuttavia, a metà del XVIII secolo, «il primato sanitario di Venezia traballava»: la città «non era più all'avanguardia per le conoscenze mediche, ma anche la sua presa sulle politiche sanitarie mediterranee si stava allentando. Altri centri stavano emergendo. Si trattava in particolare di città porto franco»¹¹. Nel 1765 la città di Trieste ap-

⁹ G. Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto Adriatico*, Ibis, Como-Pavia 2022, p. 25.

¹⁰ D. Andreozzi, «L'anima del commercio è la salute». *Sanità, traffici, rischio e dominio sul mare in area alto adriatica (1700-1750)*, in R. Salvemini (a cura di), *Istituzioni e traffici nel Mediterraneo tra età antica e crescita moderna*, CNR-Istituto di studi sulle società del Mediterraneo, 2009, pp. 226-227.

¹¹ G. Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto Adriatico*, cit., p. 67; cfr. anche D. Andreozzi, «L'anima del commercio è la salute». *Sanità, traffici, rischio e dominio sul mare in area alto adriatica (1700-1750)*, cit., pp. 243-244.

provò il progetto di un nuovo lazzeretto e il modello a cui si era ispirata era quello di Livorno, non più quello di Venezia, luogo in cui erano sorte le prime strutture di quel tipo. Inoltre, nell'ultimo quarto del secolo, Livorno e Trieste «avevano ormai stabilito reti informative indipendenti da Venezia, sviluppando protocolli sanitari propri senza fare più riferimento alla Serenissima»¹².

Nella seconda metà del XVIII secolo, è possibile dunque osservare i meccanismi di utilizzo delle istituzioni sanitarie per controllare anche il “corpo politico” in situazioni di emergenza reale o potenziale – le peste nel Mediterraneo ancora non era stata sconfitta – e possiamo farlo in un’ottica non viziata dalla lente di artificialità dello “stato moderno”, ma in una, forse più corretta, dialettica tra accentuati processi di burocratizzazione e persistenza di un sistema di relazioni tra i ceti, descritto talvolta come “resistenza” alle norme dell'emergenza e talvolta come utile cooperazione, o meglio una tarda “consociazione”, dei vari segmenti del “corpo sociale” per evitarne la disgregazione. Inoltre, strumenti e istituti utilizzati nelle situazioni di emergenza spesso da più di due secoli hanno raggiunto un livello di efficienza e perfezionamento solitamente molto elevato e con precisa o più relativa consapevolezza vengono utilizzati diffusamente per usi non sanitari, si veda ad esempio nel Regno di Sicilia l'utilizzo della legislazione sanitaria di emergenza per regolamentare, anche in tempi “normali”, le attività produttive ritenute inquinanti¹³.

Non sono nuove le misure ma molto più veloce e precisa la loro applicazione e più elaborate le strategie perché fossero funzionali anche al controllo dell'ordine pubblico e ad evitare che l'emergenza epidemica disgregasse la società. Si trattava sostanzialmente ancora delle misure pensate dal protomedico

¹² G. Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto Adriatico*, cit., pp. 71-73.

¹³ Cfr. P. Calcagno, D. Palermo (a cura di), *La quotidiana emergenza. I molteplici impieghi delle istituzioni sanitarie nel Mediterraneo moderno*, New Digital Press, Palermo 2017; sul caso siciliano, D. Palermo, *I pericolosi miasmi. Gli interventi pubblici per la disciplina delle attività generatrici di esalazioni nel Regno di Sicilia (1743-1805)*, New Digital Press, Palermo 2018.

Giovanni Filippo Ingrassia per la peste palermitana del 1575 e utilizzate poi in tutta la penisola: l'isolamento in luoghi appositamente designati per ammalati e sospetti di essere stati contagiati, misure di quarantena per imbarcazioni e merci e strumenti repressivi per chi violasse la normativa¹⁴. Al consolidato quadro che vedeva l'operato delle istituzioni sanitarie legato all'asse controllo-repressione, ancora a partire da Venezia e grazie al progredire delle conoscenze mediche, nel XVIII secolo si aggiungeva una certa attenzione alla prevenzione e alla cura¹⁵.

Tutelare l'ordine pubblico in situazioni di emergenza epidemica reale o temuta significava prima di tutto difendere e controllare la frontiera. Se il "morbo" proveniva sempre dall'esterno, il controllo della frontiera risultava decisivo se si voleva salvaguardare la società e tutto il sistema di tutela dalle epidemie era pensato per qualcosa che proveniva da fuori; subirà una profonda destabilizzazione, a partire dal 1830, con la comparsa in Europa del colera, patologia per cui è molto più difficile rappresentare una provenienza dall'esterno¹⁶.

Il controllo della frontiera risulta determinante per quello del territorio e per una gestione dell'ordine pubblico più attenta possibile in tempo di epidemia: "rastelli", palizzate e posti di guardia fissi per le frontiere di terra; posti fissi lungo la costa, a distanze costanti, e guardie mobili a cavallo per la frontiera marittima. Si tratta di reti capillari, benché in gran parte temporanee, e che, col passare dei decenni, possono essere messe in efficienza molto velocemente.

Il controllo del territorio in tempi di emergenza è strutturato attraverso veri e propri nodi, da cui si può prevenire,

¹⁴ Su Ingrassia, cfr. R. Cancila, *Salute pubblica e governo dell'emergenza: la peste del 1575 a Palermo*, in «Mediterranea. Ricerche Storiche», n. 37, 2016, pp. 231-272; C. Preti, *Ingrassia Giovanni Filippo*, voce del *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 62, 2004, https://www.treccani.it/enciclopedia/giovanni-filippo-ingrassia_%28Dizionario-Biografico%29/, consultato l'ultima volta l'8/6/202.

¹⁵ G. Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto Adriatico*, cit., p. 51.

¹⁶ Cfr. A. Pastore (a cura di), *Confini e frontiere nell'età moderna. Un confronto fra discipline*, FrancoAngeli, Milano 2013.

controllare, sorvegliare, informare e tentare di reprimere: i più importanti posti di sorveglianza terrestri, i porti – soprattutto quelli autorizzati a concedere la pratica alle imbarcazioni –, le porte delle città, i principali passi collinari e montani.

Solo il controllo attento ma allo stesso tempo elastico di tutti questi tasselli di una complessa struttura di sorveglianza sanitaria avrebbe garantito la tenuta dell'ordine pubblico e non irreparabili lacerazioni dell'ordine sociale e della dialettica tra ceti, che attraversava in modo trasversale anche i poteri statuali. I modi erano due e non erano in opposizione ma strettamente integrati tra loro: la gestione verticale e più o meno rigida delle misure di controllo sanitario – il rilascio e il controllo delle “patenti” e dei lasciapassare, la concessione della “pratica” a imbarcazioni e merci o al contrario l'imposizione della “contumacia”, l'autorizzazione alle persone di circolare nel territorio o entrare nei centri abitati – e l'esercizio orizzontale, che coinvolgeva, talvolta in modo molto ampio, l'aristocrazia, gli ecclesiastici e l'intero universo cetuale. Le dialettiche consociative servivano anche a gestire situazioni potenzialmente laceranti, in cui la rigida applicazione delle misure sanitarie nei confronti di soggetti privilegiati, individuali o collettivi, compresi ecclesiastici e religiosi, o di stranieri – con rapido coinvolgimento delle rete consolare – o di persone con posizioni rilevanti nella società e nell'economia del territorio avrebbe generato situazioni di crisi, che in un contesto emergenziale avrebbero fatto detonare altri conflitti sottesi all'ordine sociale.

Come nel caso della Repubblica di Genova, molto complesso è l'operato delle istituzioni sanitarie dove la «struttura territoriale» è «fondamentalmente porosa e permeabile» e allo stesso tempo la «compagine statuale» è «eterogenea» e le «identità locali rivendicano continuamente spazi di autonomia»; tuttavia non di rado l'emergenza sanitaria induce «le autorità centrali e le identità locali ad attivare un insieme di sforzi comuni»¹⁷. Nel caso della Sicilia, dopo l'istituzione della Suprema Deputazione

¹⁷ D. Pedemonte, *Quando il nemico è visibile: il Magistrato di sanità genovese come strumento di controllo del territorio e di politica economica*, cit., pp. 37-38.

Generale di Salute Pubblica, la centralizzazione della gestione dell'emergenza restituisce vigore al secolare conflitto tra la capitale e Messina, i cui ceti dirigenti ritengono che nel proprio comprensorio l'unico terminale di gestione delle questioni sanitarie non possa che essere la città stessa¹⁸.

La delicatezza del processo di imposizione delle regole, il loro non sempre universale campo di applicazione, la loro profonda incidenza sull'ordine pubblico di città e interi stati può essere facilmente compreso attraverso la lente di ingrandimento del commercio:

per favorire una circolazione delle merci priva di rischi di infezione, in assenza di cure certe, di protocolli unici e condivisi, di una politica sanitaria internazionale, bisognava affidarsi a mediazioni politiche ed economiche, a fattori non sempre oggettivi come la fiducia, allo scambio delle informazioni affidate ai consoli, al giuramento dei capitani e dell'equipaggio delle navi ... allo spionaggio. Del resto ogni stato aveva necessità imprescindibili e la chiusura temporanea di un porto, una spiaggia, una marina rischiava di mettere in crisi il sistema di approvvigionamento con serie ripercussioni sull'ordine pubblico¹⁹.

La questione si fa ancor più delicata quando la frontiera è esclusivamente marittima. Ad esempio, allorché, nel 1728, quasi alla fine del processo di centralizzazione e stabilizzazione di una magistratura sanitaria nel Regno di Sicilia, si diede incarico ad Agostino Gervasi di compilare delle "istruzioni", gran parte degli articoli riguardavano proprio la sanità marittima e anche negli *Statuti generali* del 1749 una sostanziosa parte era dedicata alla vigilanza dei porti e delle coste²⁰.

La tutela delle coste veniva considerata così strategica per l'ordine degli stati che la sanità marittima, tra la fine degli anni '30 e l'inizio degli anni '40 del Settecento, fu coinvolta in

¹⁸ D. Palermo, *La Suprema Deputazione generale di salute pubblica del Regno di Sicilia dall'emergenza alla stabilità*, cit., pp. 125-128.

¹⁹ R. Salvemini, *Politiche e interventi su sanità e territori marittimi nel Regno di Napoli*, in *Epidemie, sanità e controllo dei confini*, cit., p. 75.

²⁰ D. Palermo, *La Suprema Deputazione generale di salute pubblica del Regno di Sicilia dall'emergenza alla stabilità*, cit., pp. 119-120, 129-133.

una delle più grandi operazioni istituzionali borboniche: tanto nel Regno di Napoli che in quello di Sicilia, ampie competenze sanitarie, poco prima della tardiva stabilizzazione di magistrature apicali specializzate, furono riservate al Supremo magistrato del commercio²¹.

La dialettica tra l'universo cetuale e un apparato abbastanza centralizzato di gestione e imposizione delle norme sanitarie consentiva, anche se non sempre con i risultati sperati, un sufficiente controllo sull'ordine pubblico: continuo rapporto con le deputazioni locali di sanità che rappresentavano non solo un terminale di ricezione e applicazione delle norme e di trasmissione e ritrasmissione delle notizie ma anche un luogo di mediazione; delegati presso i porti incaricati di risolvere le situazioni più difficili, in cui le decisioni da assumere riguardavano soggetti individuali o collettivi di particolare peso nella società locale o nello Stato; partecipazione attiva, non sempre gradita da chi veniva coinvolto, dei vari ceti nella gestione delle postazioni di vigilanza lungo le coste o presso le porte delle città. Inoltre, almeno nel caso siciliano, la giurisdizione da parte della Suprema Deputazione Generale di Salute Pubblica nei confronti dei suoi ufficiali e dipendenti ma soprattutto nei confronti di coloro che fossero rei di contravvenire alla normativa sanitaria veniva esercitata con cautela o meglio, finché possibile, si cercava di evitare di farlo, anche tentando di rimettere ad altre giurisdizioni il procedimento: era forse più utile cercare collaborazione per arginare le emergenze epidemiche e al contempo tutelare l'ordine sociale piuttosto che reprimere gli abusi, anche se talora esemplari pene venivano irrogate²².

²¹ Ivi, pp. 120-121; R. Salvemini, *Politiche e interventi su sanità e territori marittimi nel Regno di Napoli*, cit., pp. 79-84. Cfr. anche G. Caridi, *Una riforma borbonica bloccata: il Supremo Magistrato di Commercio nel Regno di Napoli (1739-1746)*, in «Mediterranea. Ricerche storiche», n. 21, 2011, pp. 89-124; V. Sciuti Russi, *Il Supremo Magistrato di Commercio in Sicilia*, in «Archivio Storico per la Sicilia Orientale», LXIV (1968), pp. 253-300.

²² Cfr. R. Profeta, *La Suprema Deputazione Generale di Salute Pubblica del Regno di Sicilia: ordine pubblico e giustizia nel primo decennio della sua attività (1743-1753)*, tesi di Dottorato in Storia, territorio e patrimonio culturale, XXXIII ciclo, Università degli Studi di Roma Tre, tutor Prof. Manfredi Merluzzi, 2021.

Il buon ordine della società era esigenza condivisa da tutti gli stati che si affacciavano nel bacino del Mediterraneo e pertanto una vera e propria rete di informazione innervava il *Mare Nostrum* e, prima dell'invenzione del telegrafo, nel XVIII secolo aveva raggiunto piena efficienza e una relativa velocità nel far circolare le notizie. Il terminale, almeno per gran parte del secolo, rimase il consueto prototipo veneziano e l'asse portante della struttura la sua rete consolare, ma parte importante nel segnalare focolai epidemici reali o temuti, imbarcazioni sospette, contingenti di merci o gruppi di individui ritenuti pericolosi svolgevano consoli, istituzioni sanitarie, mercanti, bastimenti degli altri stati. Come scrive Giulia Delogu, «le diverse città porto mediterranee dovevano essere disposte a condividere informazioni circa lo stato di salute e possibili minacce epidemiche»²³. Tuttavia, ognuno dei nodi della rete doveva fare i conti tanto con le false notizie quanto con ripetuti tentativi di ottenere «il controllo della narrazione sanitaria», mettendo in cattiva luce i rivali, al fine di ottenere vantaggi commerciali²⁴.

Informarsi e informare, regolamentare e reprimere, imporre e cooperare, applicare e mediare erano tutte azioni indispensabili per fare in modo che i flagelli epidemici non solo non ledessero i corpi ma non lacerassero i legami sociali tra ceti e soprattutto tra questi e chi esercitava la sovranità. L'esperienza delle rivolte insegnava che ogni ingente emergenza faceva sì che venissero alla luce piccole e grandi conflittualità, sottese alle normali dinamiche politiche e sociali, e questo soprattutto durante un'epidemia non doveva accadere.

²³ G. Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto Adriatico*, cit., pp. 41-42.

²⁴ Ivi, p. 45.