

ALCUNI “PRECEDENTI” DEL COVID-19, TRA GEOGRAFIA,
STORIA, DIFFUSIONE E CONTENIMENTO

Le pandemie nel passato e nel presente. – Il progresso che nel tempo si è imposto alle società contemporanee, soprattutto in ambito sanitario, modificando integralmente gli stili di vita e ampliandone le aspettative, ha conferito all’uomo una sicurezza tale da ritenersi al sicuro da quelle patologie che, in diversi periodi storici, sono state in grado di stravolgere società e *status* acquisiti. Fin dall’antichità, infatti, questi flagelli hanno determinato, a più riprese, la morte di milioni di individui, seguendo, in tutti i casi, gli spostamenti delle persone e diffondendosi in località che altrimenti, per motivi geografici, non sarebbero mai state raggiunte. Movimenti giustificati, oltre che dalle ragioni geografiche ed espansionistiche degli “Stati”, soprattutto da motivazioni commerciali ed economiche.

Suggestivo, per modalità di diffusione e distribuzione geografica degli effetti, a tratti analoghe con la situazione attuale, il caso della peste che, nel 1348, dalle steppe euroasiatiche giunse in Italia, e da qui in Europa, con effetti devastanti sulla società e sulla popolazione, incidendo soprattutto su quella urbana.

Guardando alla storia delle epidemie del passato è possibile avere una chiave di lettura del presente e, più precisamente, delle differenti politiche adottate nel territorio italiano (e non) per affrontare la difficile questione sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19. Disegnando una geografia diversa tra le varie regioni o, al loro interno, tra territori, sono le modalità e la rapidità di diffusione ad aver causato difficoltà alla macchina organizzativa messa in campo per contrastare un fenomeno che ha avuto conseguenze notevoli anche a causa dell’elevata età media della popolazione. Una disparità geografica che si coglie in maniera palese analizzando le misure adottate per contenerla, in primo luogo attraverso l’istituzione delle cosiddette “zone rosse” nelle aree in cui si sono manifestati i primi focolai di infezione – coincise, poi, con i territori nei qua-

li si è registrata una maggiore concentrazione di contagio – e, successivamente, con l'estensione dei divieti a tutto il territorio nazionale, ma con iniziative che hanno trovato differenti modalità di applicazione in rapporto alle specificità regionali.

Una geografia “altra” apparsa proprio in vista della possibile fine dell'emergenza, con la cosiddetta “fase due”, la quale dovrebbe riportare la vita del Paese alla “normalità”, tanto sul piano economico-sociale, quanto su quello culturale. Spicca il tentativo di applicazione differenziata dei decreti del Governo da parte delle Regioni, con valutazioni, procedure, azioni e modalità che lasciano intendere una certa impreparazione ad affrontare unitariamente una crisi di portata imprevista. Questa varietà di approccio, adottato o sperimentato, può essere riferita, sotto alcuni aspetti, a specifiche geografie dei comportamenti sociali, dovute, in primo luogo, alla percezione dello spazio di vita di ciascun individuo (Di Méo, 1998), definito dalle varietà tipiche della nostra cultura, da mettere in relazione con le singole peculiarità storiche e geografiche. Le prassi seguite per evitare il propagarsi del contagio hanno portato ad una limitazione delle libertà personali, che rievocano le modalità in cui già nel passato, in rapporto alle differenti condizioni sociali, abitative ed economiche, venivano prese le misure per fronteggiare il problema.

Potrebbe allora non stupire la presenza, nelle pagine di storia, di pratiche e riferimenti normativi pressoché assimilabili ed applicabili alla realtà contemporanea.

Dall'analisi delle fonti risultano chiare anche le analogie inerenti alla risposta sociale al fenomeno. Emerge soprattutto come eventi di questo tipo siano sempre ascrivibili alla mobilità umana e come il loro diffondersi abbia seguito percorsi differenti (in funzione alle attività che li determinano) ed abbia prodotto effetti diversi in relazione a situazioni imputabili direttamente a fattori geografici, ambientali, economici, sociali e culturali.

Si coglie distintamente, infatti, come le problematiche legate a fenomeni di tale portata, oggi come ieri, nella storia ma anche nel più recente passato, possano mostrare forti analogie e, al di là degli aspetti meramente epidemiologici e clinici, interessino tanto la sfera scientifica, quanto quella sociale, economica e culturale, passando per il bene comune, attraverso la tutela della salute collettiva, la quale rappresenta il fine ultimo da sempre perseguito e da perseguire.

Il presente contributo, partendo dall’esame di due dei numerosi episodi epidemici che nel corso del tempo hanno interessato l’Occidente europeo – il primo, alla scala globale, è quello della “peste nera” del 1348; il secondo, a livello locale, è relativo alla peste di Alghero del 1582 – vuole rievocare l’avvento e la distribuzione di simili fenomeni, nei quali i meccanismi di diffusione e gli effetti prodotti sulla popolazione, unitamente agli interventi per contenerle, sembrano richiamare, con le dovute differenziazioni geografico-temporali (relative alla velocità di propagazione ed ai territori coinvolti), quello che si sta osservando con il Covid-19. Un parallelismo possibile se si tiene conto dello scenario geografico e delle differenti “scale di globalizzazione”.

La “peste nera”: una similitudine emblematica. – Fra le numerose epidemie succedutesi nel tempo, ha lasciato una traccia indelebile nella storia e nella memoria la peste del 1348, nota anche come “morte nera”, considerata la prima vera e propria pandemia per la sua espansione nell’allora *mondo conosciuto*. Fino a quel momento, infatti, «questo flagello aveva afflitto l’Europa rimanendo circoscritto in alcune aree limitate» (Sabbatani, 2003, p. 49) e con effetti, in termini di capacità di diffusione e letalità, decisamente inferiori¹. Quando la *Yersinia pestis*² “giunse” in Europa, trovò le condizioni ideali per la sua estensione. Tra la fine del XIII secolo e l’inizio di quello successivo, il sistema economico e sociale che aveva caratterizzato l’Europa nelle epoche precedenti si avviò verso un lento declino, favorito dalla “piccola era glaciale” che contraddistinse i primi decenni del Trecento, influenzando in maniera preponderante la produzione agricola, non più capace di soddisfare la domanda. Lo squilibrio tra popolazione urbana e rurale, la povertà dei suoli causata anche da uno sfruttamento eccessivo, con la conseguente riduzione nella resa dei seminativi, amplificata dall’instabilità del clima, determinarono la prima carestia di portata “globale”, che interessò gran parte dell’Europa nord-occidentale³. Si

¹ Possono essere ricordate la peste ad Atene nel V secolo a.C. e quella a Bisanzio nel VI secolo d.C.

² Batterio la cui presenza nell’uomo si manifesta in forme diverse: una bubbonica, una setticemica, con un esito fatale rapidissimo, e una secondaria, pneumonica, che si diffonde da persona a persona (Scanu, 2011; Marzocca, 2018).

³ Altre carestie si succedettero negli anni seguenti: fra le più gravi, quelle del 1313-17, 1329-30, 1346-47 furono spesso seguite da epidemie con una mortalità elevata (Pinto, 1996).

creò, così, in maniera progressiva e quasi naturale, la condizione ottimale per la diffusione di epidemie (Pinto, 1996).

Le problematiche inerenti la propagazione della peste nella società medievale si possono, pertanto, inserire all'interno di una situazione economica e sociale già in difficoltà, proprio nel momento in cui il fenomeno di crescita che aveva caratterizzato l'economia europea (sia quella manifatturiera sia, soprattutto, quella agraria) subì una brusca inversione di tendenza, aggravata ulteriormente dalle guerre, come quella che vide coinvolti, a partire dal 1337, i regni di Francia ed Inghilterra (guerra dei Cent'anni)⁴: quando, nel 1347, l'epidemia comparve nei porti del Mediterraneo, trovò le condizioni ideali per trasformarsi in pandemia.

La peste rappresentò, dunque, un'aggravante in un contesto territoriale in cui i fattori ambientali si mescolano con quelli economici e sociali (Varanini, 2008), dando vita ad un fenomeno di portata "mondiale", rimasto impresso in maniera decisa nella memoria storica dell'Occidente europeo.

Per quanto attiene, invece, al suo percorso di diffusione, è ormai noto come esso segua, per certi versi, la *via della seta* e le rotte commerciali del tempo e rappresenti, così, il primo fenomeno epidemico di dimensione "globale". Originatasi presumibilmente in una regione della Manciuria, giunse, intorno al 1346, nei porti della Crimea (Caffa), da dove salparono le navi genovesi che diffusero l'infezione in Europa. Dopo aver fatto scalo a Costantinopoli, sbarcarono a Messina sul finire dell'estate del 1347, portandovi l'epidemia e da qui, sempre seguendo le rotte commerciali più frequentate del tempo, la peste arrivò, via mare, a Marsiglia, in Sardegna, in Corsica, all'Elba ed a Genova; nel 1348 "sbarcò" anche a Pisa ed a Venezia. Un percorso che ha segnato simbolicamente la geografia dei traffici commerciali e marittimi con l'associazione di quegli spostamenti al tragitto dei focolai dell'infezione, dai quali, poi, si propagò con modalità e velocità differenti nei territori dell'entroterra, in funzione anche di

⁴ «Qui (in Europa) si registrarono significative migliorie anche nelle tecniche di coltivazione e nella produttività almeno fino ai primi decenni del Trecento, allorquando le epidemie, gli inverni rigidi, la guerra dei cent'anni (1335-1445) e il conseguente aumento della pressione fiscale diedero il via a una spirale economica recessiva che demolì le strutture feudali costringendo i contadini alla fuga verso le città, dove lo spirito d'iniziativa e le capacità individuali potevano essere ricompensate» (Cerretti, Marconi, Sellari, 2019, pp.187-189).

specifiche condizioni legate ai processi di territorializzazione in grado di incidere sulla rapidità e, conseguentemente, sugli effetti di mortalità.

Una sintesi, quella tracciata, che sembra rievocare le attuali vicende della pandemia da Covid-19, originatasi nell'estremo Oriente ed arrivata nelle nostre regioni seguendo percorsi legati al traffico di merci e passeggeri, dove si è diffusa gradualmente con intensità e ritmi geograficamente differenziati, ma sempre legati allo stesso veicolo: il viaggio ed il rapporto tra persone nello spazio vissuto, a prescindere dalla località di partenza e di arrivo.

Il "governo dell'emergenza": relazioni e possibili continuità fra passato e presente. – Come accennato, l'analisi della documentazione storica ha evidenziato una serie di analogie inerenti ai processi di diffusione della malattia, e quindi i percorsi e la logica di trasmissione del virus, nonché le posizioni assunte dai governi per contrastarla, attraverso l'emanazione di provvedimenti volti a tutelare la salute pubblica, anche con la regolamentazione della vita sociale. Un'esigenza emersa con forza proprio a partire dal diffondersi della peste, che impose l'adozione di misure straordinarie. Senza dubbio l'esperienza derivante dal contenimento della lebbra (che si propagò in Europa a partire dal VI secolo d.C.) si rivelò decisiva proprio nel momento in cui la *Yersinia pestis* fece la sua comparsa in Occidente⁵, tanto che a Venezia il personale di assistenza del vecchio lazzeretto proveniva dai lebbrosari della laguna, in una sorta di apparente continuità fra questa e la peste diffusasi in Europa nel basso Medioevo.

Il ruolo di primo piano svolto dalle Repubbliche Marinare nei traffici commerciali impose una risposta immediata per contenere l'infezione. Se è vero, infatti, che la nostra Penisola fu il primo territorio europeo ad essere interessato dal fenomeno, è altrettanto vero come, proprio per questo motivo, per primi si fu costretti ad adottare provvedimenti organizzati e strutturati. Sarà appunto Venezia ad istituire per la prima volta, nel 1348, una Commissione (temporanea) di Sanità Pubblica, avente ampi poteri, con l'obiettivo precipuo di tutelare la salute pubblica ed evitare la corruzione dell'ambiente⁶, in un contesto politico-sociale (quello medie-

⁵ I malati di lebbra venivano separati dalla comunità ed obbligati a vivere isolati in lebbrosari che sorgevano fuori città, con l'intento di allontanare la malattia dagli abitanti.

⁶ La medicina del tempo, ancora legata alle teorie di Ippocrate e Galeno, giustificava un contagio così diffuso, attraverso la *teoria dei miasmi*, secondo cui l'aria corrotta contri-

vale) in cui non esisteva un sistema sanitario istituzionalizzato. Si parlò allora, per la prima volta in Europa, di “quarantena” (1377) istituita a Dubrovnik (l’antica Ragusa), sotto il governo della Repubblica di Venezia. Quest’ultima, oltre a mostrarsi particolarmente attiva nell’adozione di politiche di protezione e di controllo dei beni di consumo e di merci provenienti da porti contaminati «fu capace di elaborare percorsi efficaci nel controllo della diffusione del contagio, riuscendo a conquistare parecchi primati nell’organizzazione di un apparato sanitario avanzato per l’epoca anche sul piano legislativo» (Cancila, 2016, p. 232). In breve tempo gli stessi provvedimenti si diffusero nel resto dell’Italia ed in Europa in maniera capillare e quasi permanente nel tempo, visto che le epidemie si ripresentavano ciclicamente. Oltre alle Commissioni Sanitarie, che da provvisorie divennero stabili – ampliando sempre più il proprio campo d’azione ed i loro poteri – si cercò di regolamentare i comportamenti sociali consolidati con il divieto di assembramenti e manifestazioni che li favorivano. Oltre ai movimenti di persone, le quarantene venivano applicate alle merci, soprattutto se provenienti da aree infette, e la circolazione era consentita solo a chi era munito di una sorta di patente (per le imbarcazioni) e/o bolletta di sanità (rilasciata ai viandanti), dalle quali doveva risultare la provenienza da un’area sicura, fatto che garantiva anche sulle buone condizioni di salute del detentore. Era consolidato l’uso di controllare i punti di transito ed esistevano, lungo gli snodi principali, stazioni per la disinfezione della posta, poiché si riteneva che la carta fosse suscettibile a ricevere il germe del contagio⁷. Ovviamente era consuetudine bandire le aree infette, chiudere le frontiere e le porte della città (Scanu, 2011; Cancila, 2016).

Dal quadro delineato emerge la continuità fra passato e presente sia attraverso il percorso dell’epidemia, sia nelle modalità di approccio al contenimento del fenomeno, a partire dalla differente scala di riferimento geografico. Cambiano i contesti culturali e le modalità di applicazione, ma il cosiddetto “modello italiano” di risposta al Covid-19, attualmente apprezzato e ripreso da diversi Stati, sembrerebbe riproporre il successo degli antichi ordinamenti originatisi a partire dalle intuizioni della Serenissima.

buiva alla diffusione della malattia (Sabbatani, 2003; Scanu, 2011).

⁷ Al XIV secolo risale anche l’impiego di rudimentali maschere con una sorta di becco contenente “erbe odorose” usate dai medici durante le epidemie (Scanu, 2011; Cancila, 2016; Marzocca, 2017).

La peste ad Alghero negli anni 1582-1583: un esempio di efficace contenimento dell'epidemia. – Nonostante la situazione geografica ponga la Sardegna in una condizione di “naturale immunità”, è proprio la sua posizione al centro del Mediterraneo ad attribuirle un ruolo di primo piano all'interno dei traffici commerciali e delle politiche economiche. Per questo motivo, è stata interessata quasi ciclicamente da fenomeni epidemici, che mostrano una singolare coincidenza con quelli della penisola iberica.

Di particolare interesse, ai fini di questo studio, l'epidemia di *Yersinia pestis* che negli anni 1582-1583 colpì Alghero. L'epidemia si manifestò alla fine del 1582 e vi durò per circa sei mesi. La città si trovava particolarmente esposta a fenomeni di tale natura a causa del continuo traffico marittimo (Giuffra *et al.*, 2013), particolarmente dalla Spagna, e il ciclo del morbo sembra doversi collegare anche ad uno scarso controllo igienico (Nughes, 1990). Le fonti “di prima mano” di cui si dispone rappresentano un'autentica miniera di informazioni, sia per tracciare, con sufficiente plausibilità, il percorso seguito dal morbo, sia per cogliere l'identità tra le misure di contenimento degli effetti del male adottate allora nella città catalana ed oggi a livello generale.

Numerose informazioni provengono da un'ampia relazione stilata dal *doctor* napoletano Quinto Tiberio Angelerio cui fu affidata la gestione dell'emergenza sanitaria. Individuò lucidamente l'origine della calamità nello spostamento di persone e merci via mare e propose, con successo, alla Municipalità una serie di *Instructions* per circoscrivere e superare il contagio. Tra l'altro, riferisce che *han mort circa sis mil persones* (Toda I Güell, 1981; Scanu, 2011; Nughes, 2018).

Per quanto riguarda il cammino del morbo, Angelerio ne individuò l'arrivo ad Alghero nella persona di uomini al remo della marina barcellonese. La contestuale accensione di un violento focolaio a Tenerife rende verosimile anche un'origine balearica del male⁸ (Pèrez Gonzàles *et al.*, 2017).

Circa le “ricette” dell'Angelerio, poi, esse sono riconducibili alla rigorosa direttrice per cui bisognava assolutamente impedire che la peste varcasse le mura algheresi⁹. Inizialmente, e nonostante l'opposizione di

⁸ Presumibilmente, la condizione di privilegio che legava Alghero alla Spagna, non imponendo l'esibizione delle patenti e dei certificati sanitari attestanti l'immunità dai luoghi di provenienza a coloro che provenivano dalla madrepatria, creò le condizioni favorevoli per il contagio.

⁹ È interessante notare che Quinto Tiberio Angelerio introdusse misure profilattiche

buona parte della cittadinanza, venne emanato un provvedimento emergenziale di stato straordinario della sanità pubblica (Budruni, 1986). Come emerge dall'opera di Angelerio, nella certezza di aver individuato i "pazienti zero" si tentò di contenere la diffusione alla sola zona della città in cui fu registrato il contagio, la quale venne separata dal resto dell'apparato urbano mediante una cortina muraria. La città venne divisa in dieci zone, ognuna delle quali affidata ad un "deputato di sanità". Contestualmente, si presero una serie di provvedimenti tesi a limitare la propagazione dell'infezione: chiusura dei porti; divieto di assembramento; contenimento degli spostamenti, se non per l'esibizione di un "certificato sanitario"; denuncia ed autodenuncia dei malati; isolamento dei casi sospetti; proibizione di cambiare casa e di far visita agli infermi; muratura delle cose non infette; case sbarrate e segnate da una croce rossa quando vi si erano verificati casi sospetti o decessi; interdizione della vendita di carni e tessuti in assenza di specifica licenza da parte del commissario competente per zona; obbligo di disinfezione di monete, lettere e di ogni altro materiale soggetto a passare di mano; separazione dei cittadini sani, soprattutto del personale deputato al culto nonché impiegato nella vendita di alimentari e medicinali (Tore, Valenti, 1988). Con la chiusura delle porte della città e la comunicazione di Angelerio ai centri vicini si interruppero tutti i traffici commerciali con Alghero, causando, collateralmente, notevoli conseguenze sulla sua economia e, a catena, non poche proteste popolari.

Gli effetti della peste in termini di mortalità furono, come accennato,

nuove per il sistema sanitario dell'Isola, ma assai simili a quelle adottate dal protomedico siciliano Giovanni Filippo Ingrassia in occasione della peste che colpì Palermo nel 1575. Ad Ingrassia si deve l'*Informatione del pestifero, et contagioso morbo*, considerata un vero e proprio protocollo sui comportamenti da tenere nell'emergenza sia sul piano della sanità pubblica, sia della pratica politico-sociale. Egli attribuiva all'aria ed ai miasmi la causa della peste, una teoria affermata dall'opera di Girolamo Fracastoro, *De contagione et contagiosis morbis et curatione*, del 1546, la cui importanza consiste nell'aver riformulato, in una visione di sintesi, teorie classiche ed esperienza, affermando l'idea secondo cui la peste potesse originarsi per condizioni climatiche e diffondersi per contagio diretto, per *fomite*, o nell'aria. Il suo legame con l'Angelerio è da ricercare nel fatto che questi aveva praticato a Messina nel 1575-76 apprendendo l'esperienza siciliana; sebbene le fonti non rivelino alcun contatto diretto fra i due medici, è lecito ritenere che l'Angelerio conoscesse a fondo l'opera di Ingrassia, se si tiene in considerazione le misure adottate ad Alghero e quanto specificato nella sua opera *Ectypa pestilentis status Algeriae Sardiniae anni MDLXXXII-III* (Cancila, 2016).

molto gravi¹⁰, tanto che si rese necessario ripopolare la città con nuovi ingressi sia dalla Spagna che dalla Sardegna segnando, in questo modo, una nuova fase della sua storia. Nonostante ciò, si riuscì a limitare il contagio all'interno della cinta muraria.

Conclusioni. – Partendo dal presupposto che gli elementi che concorrono al determinarsi di una "crisi epidemica" non possono prescindere dall'influenza dei fattori geografici, si è cercato di evidenziare la relazione fra questi ed il territorio, nonché con le realtà socioeconomiche delle diverse regioni.

Allo stesso modo in cui nell'antichità il complesso sistema di relazioni che si innescava generava le condizioni ideali per le epidemie, anche oggi la portata alla base della loro diffusione non può essere isolata dalle dinamiche che costituiscono il fondamento del mercato globale.

Se è vero, infatti, che i contesti geografici sono profondamente mutati, è altrettanto vero che la storia ha messo in luce le similitudini dei processi: dai percorsi di provenienza alla loro diffusione, dagli effetti sulle società alle iniziative per arginare il fenomeno. Seppur incidentalmente, si è finito per rimarcare una delle espressioni tipiche del parlare comune: *la storia insegna!* La storia, infatti, ha evidenziato (quindi insegnato) come i percorsi di diffusione rispettino gli stessi meccanismi in cui la variabile geografica, non secondaria, risulta connessa all'estensione del fenomeno e, pertanto, alle relazioni tra popoli e Paesi.

Emerge, inoltre, il ruolo della Repubblica di Venezia nell'applicazione di misure precauzionali che hanno rappresentato un esempio da seguire e perfezionare all'interno di una dimensione spazio-temporale riconoscibile ancora oggi, tanto da costituire la base di un esempio, quello italiano, condiviso e replicato in altri Paesi. Allo stesso modo, l'episodio di Alghero, per quanto circoscritto, dimostra come la dimensione geografica, in questo caso coincidente con quella urbana, condizioni l'andamento dell'epidemia, impedendo, grazie all'adozione di misure restrittive adeguate, la diffusione nel territorio: così la chiusura delle porte dell'antica

¹⁰ La scoperta di un cimitero medievale ad Alghero, venuto in luce e scavato tra il 2008 ed il 2009, sembra fornire apprezzabili conferme – dai punti di vista archeologico, antropologico e paleopatologico – a quanto riferito dalla documentazione letteraria. Le tombe, multiple, si collocano in almeno cinque differenti fasi cronologiche, con una – la quarta – riferibile alla pestilenza del periodo 1582-1583 (Milanese, 2013).

città è assimilabile alle ordinanze che hanno istituito e delimitato le “zone rosse”.

Le disposizioni emanate a livello locale evidenziano, inoltre, un altro aspetto geograficamente non trascurabile: sono le peculiarità territoriali, gli aspetti economico-sociali e culturali, i caratteri dell’ambiente fisico e antropico a guidare il cammino ed il contenimento di un’epidemia. Sotto questo profilo, forse, una visione più aperta potrebbe consentire alla storia di *insegnare* a comprendere fin dai segnali embrionali del fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

- ANGELERIO Q.T., *Ectypa pestilentis status Algeriae Sardiniae anni MDLXXXII-III*, Cagliari, Tip. F. Guarnerius, 1588.
- BUDRUNI T., “Pestilenze e ripopolamento ad Alghero nell’età spagnola (1582-1652). Crisi e vitalità di una cultura urbana”, *Quaderni sardi di storia*, v, 1986, pp.109-141.
- CANCILA R., “Salute pubblica e governo dell’emergenza: la peste del 1575 a Palermo”, *Mediterranea*, Ricerche storiche, Anno XIII, 36, 2016, pp. 231-272.
- CERRETTI C., MARCONI M., SELLARI P., *Spazi e poteri. Geografia politica, geografia economica, geopolitica*, Bari, Laterza, 2019.
- DI MÉO G., *Géographie sociale et territoires*, Paris, Nathan, 1998.
- GIUFFRÀ V. ET AL., “A peculiar pattern musculoskeletal stress markers in a skeleton from 16th century Sardinia: a galea rower of the Alghero seaport?”, *Medicina dello sport*, 66, 2013, pp.443-460.
- INGRASSIA G.F., *Informatione del pestifero et contagioso morbo*, a cura di INGALISO L., Milano, Franco Angeli, 2005.
- MARZOCCA V., *La peste a Padova nel 1575-1576: cause e meccanismi di diffusione dell’epidemia*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Padova, A.A. 2017/2018.
- MILANESE M., *Alghero. Archeologia di una città medievale*, Sassari, Delfino, 2013.
- NUGHES A., *Alghero. Chiesa e società nel XVI secolo*, Alghero, Edizioni del Sole, 1990.
- NUGHES A., *Il canonico Antonio Michele Urgias (1771-1826). La memoria de l’Alguer*, Alghero, Edicions de l’Alguer, 2018.

- PÈREZ GONZÀLES L. ET AL., “Fue Dios diese enfermedad de landres pestelenciales: la plaga en Tenerife (1582-1583)”, in PÈREZ GONZÀLES L. ET AL. (a cura di), *¡Salud en la tierra!. La devoción a San Juan Bautista en La Laguna y la peste de 1582*, San Cristòbal de La Laguna, Edicions Carlos Rodriguez Morales, 2017, pp.49-77.
- PINTO G., “Dalla tarda antichità alla metà del XVI secolo”, in DEL PANTA L., PINTO G., SONNINO E. (a cura di), *La popolazione italiana dal medioevo a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp.15-71.
- SABBATANI S., “Considerazioni sull’epidemia di peste del 1348. Provvedimenti attuati per contrastarne i tragici effetti e per prevenirne le riacensioni epidemiche”, *Le infezioni in Medicina*, 1, 2003, pp.49-61.
- SCANU C., *La peste del 1582-83 ad Alghero: l’opera di Quinto Tiberio Angelerio rivisitata da Pasqual Scannu*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Sassari, A.A. 2011/2012.
- TODA I GÜELL E., *L’Alguer. Un popolo catalano d’Italia*, a cura di CARIA R., Sassari, Gallizzi, 1981.
- TORE G., VALENTI C. (a cura di), *Sanità e Società. Sicilia e Sardegna, secoli XVI-XX*, Udine, Casamassima, 1988.
- VARANINI G.M., “La peste e la crisi del Trecento” *Viaggi nella storia e nell’archeologia*, Trento, Tangram, 2008.

Some “precedents” of Covid-19 amidst geography, history, diffusion, and containment. – The epidemics which throughout history have caused the deaths of thousands of people always find a common denominator in the travelling and moving about of people and goods. The contrasting actions recall consolidated procedures, the memory of which has since been lost. Covid-19 has shed light on these aspects, related here to two historical cases: the plague of 1348 that from Asia reached Italy and Europe, and the one that spread to Alghero in 1582, relevant for the way in which the containment measures adopted – a sort of compulsory quarantine, similar to our red zones and lockdowns but applied with greater severity – succeeded in preventing the spread of the contagion beyond the city walls. By re-interpreting the data in geographical terms, this work aims to contribute to the analysis of the plagues from a geo-historic perspective, with the intention of verifying whether the spread, development and effects of these phenomena have common trends, while taking into ac-

count the different socio-economic and territorial aspects that characterize the various contexts.

Keywords. – Epidemic, Covid-19, Containment measures

Università degli Studi di Sassari, Dipartimento di Storia, Scienze dell'Uomo e della Formazione
cpodda@uniss.it

Università degli Studi di Sassari, Dipartimento di Storia, Scienze dell'Uomo e della Formazione
paolosecchi@ymail.com