

Etnia, statura e malattie

Dalle ossa è anche possibile stabilire l'etnia, la statura e i segni di malattie. Per quel che riguarda l'etnia, va premesso che gli antropologi tendono a classificare gli scheletri in tre gruppi etnici: i Caucasoidi (europei), i Negroidi e i Mongolidi (orientali). La diagnosi viene effettuata prevalentemente attraverso la forma del cranio. I Caucasoidi hanno un prognatismo limitato mentre i Negroidi lo hanno marcato. Il prognatismo è il livello di "sporgenza" delle ossa mascellari (della bocca). Se prendiamo 3 punti - il mento, gli incisivi superiori e la spina nasale (che si trova alla base del naso) - in un Caucasoide dovrebbero stare su una retta, nel Negroide no (questi spesso non hanno spina nasale o è molto poco marcata). Il Mongolide invece ha un massiccio facciale piatto, e spesso gli incisivi a forma di pala. L'altezza viene stimata in base alla dimensione delle ossa lunghe, come ad esempio il femore e la tibia. Queste ossa vengono misurate e la loro lunghezza viene inserita in un'equazione. I risultati di queste indagini mostrano che il soggetto era Caucasoide (dato che non sorprende, anche se sappiamo che nella Milano romana erano presenti soggetti negroidi) con un'altezza compresa tra cm 169 e cm 173 e una corporatura piuttosto robusta. Anche l'altezza è insolita per le donne dell'epoca e superiore di circa una decina di centimetri rispetto ad altri scheletri dello stesso periodo.

Questa donna aveva, quindi, una statura superiore alla media ed è vissuta molto più a lungo di gran parte di uomini e donne della sua epoca. Si potrebbe pensare che questi elementi, insieme alla peculiarità della tomba, depongano per uno stato sociale elevato. Tuttavia, se anche corrispondesse a realtà tale ipotesi, la donna ha comunque avuto problemi di salute, anche se probabilmente non gravi. Questo dato ce lo rivelano le radiografie effettuate alle ossa.

Lo studio dello scheletro può rivelare la presenza di malattie congenite, neoplastiche (tumori), degenerative (artrosi), infettive (tubercolosi, sifilide), metaboliche (anemie, rachitismo, scorbuto). Non tutte le patologie sono leggibili sull'osso: alcune malattie, come ad esempio infezioni quali la peste, sono così fulminanti da non avere il tempo di lasciare segni sullo scheletro. Le malattie di lunga durata e croniche, invece, spesso lasciano traccia di sé. Inoltre, non sempre si capisce da una lesione sull'osso di quale malattia si tratti. Esistono, infatti, molti segni chiamati aspecifici, che rilevano una malattia o sofferenza ma non ci dicono esattamente quale. È il caso ad esempio delle strie di Harris, presenti sulle tibie dello scheletro di Pioltello. Queste sono linee trasversali dell'osso che rappresentano un arresto di crescita. Immaginiamo un osso, ad esempio un femore, che sta crescendo in lunghezza. Se avviene un evento che provoca uno "stress" all'organismo, come ad esempio, una malattia infettiva di lunga durata, un'anemia, una carestia, l'organismo, messo alla prova, limita le attività non vitali. Quindi le ossa smettono di crescere, per poi riprendere in tempi migliori. Tra la regione di arresto e di ripresa di crescita si forma una stria di osso di diversa densità, visibile in lastra. Diverse strie di questo tipo sono state rinvenute sulle tibie dello scheletro in questione, e raccontano la possibile presenza di una malattia lunga o di un evento di carenze nutrizionali. Non è possibile essere più specifici sulla causa di questo stress, anche per lo stato frammentario dello scheletro. È interessante notare che l'assenza di simili lesioni sui denti (l'equivalente dentario delle strie di Harris, chiamate ipoplasia dello smalto) ci rivela che tale stress non è avvenuto durante l'infanzia bensì in epoca adulta.

Infine vanno commentati i denti. Questi sono completamente privi di vere e proprie patologie come la carie e gli ascessi, ma mostrano una presenza diffusa di tartaro calcificato. Ciò potrebbe indicare una scarsa pulizia dentaria, probabilmente per la mancanza di sostanze dure nel cibo (quali i residui di minerali nella farina macinata) che potevano per il loro effetto pulente impedire la deposizione di tartaro.

Traumi

Uno dei capitoli più interessanti della paleopatologia (la scienza che studia i segni di malattia su scheletri antichi) è quello dei traumi. I traumi (termine usato per le lesioni di origine violenta) visibili sullo scheletro sono quelli contusivi (da urto, percosse, etc.), da arma bianca (coltelli, asce, seghe) e da colpi d'arma da fuoco. In genere si manifestano come fratture. Se il trauma è avvenuto poco prima della morte, la frattura si presenterà netta, senza segni di rimodellamento osseo. Se invece la frattura è stata prodotta da mesi ad anni prima della morte, si vedrà il callo osseo, segno che l'osso ha reagito e ha tentato di rimarginare la lesione.

In questo senso, lo scheletro di Pioltello presenta segni molto interessanti. Il suo studio ha evidenziato infatti la presenza di diversi calli ossei di vecchia data (conseguenti a un trauma avvenuto anni prima della morte) localizzati al cranio (in corrispondenza del margine sovra orbitario sinistro e in regione zigomatica sinistra) e alla gamba sinistra (terzo distale di fibula e tibia).

Vediamo di commentare prima la frattura alla gamba.

Le fratture agli arti inferiori (fig. 15), e in particolar modo in corrispondenza delle caviglie, possono essere causati da traumi diretti in genere caratterizzati da elevata energia (un urto), o da cadute da diverse altezze o da movimenti di torsione della gamba intorno al proprio asse (ad esempio con la caviglia bloccata, magari incastrata in una pietra o in qualsiasi altro impedimento).

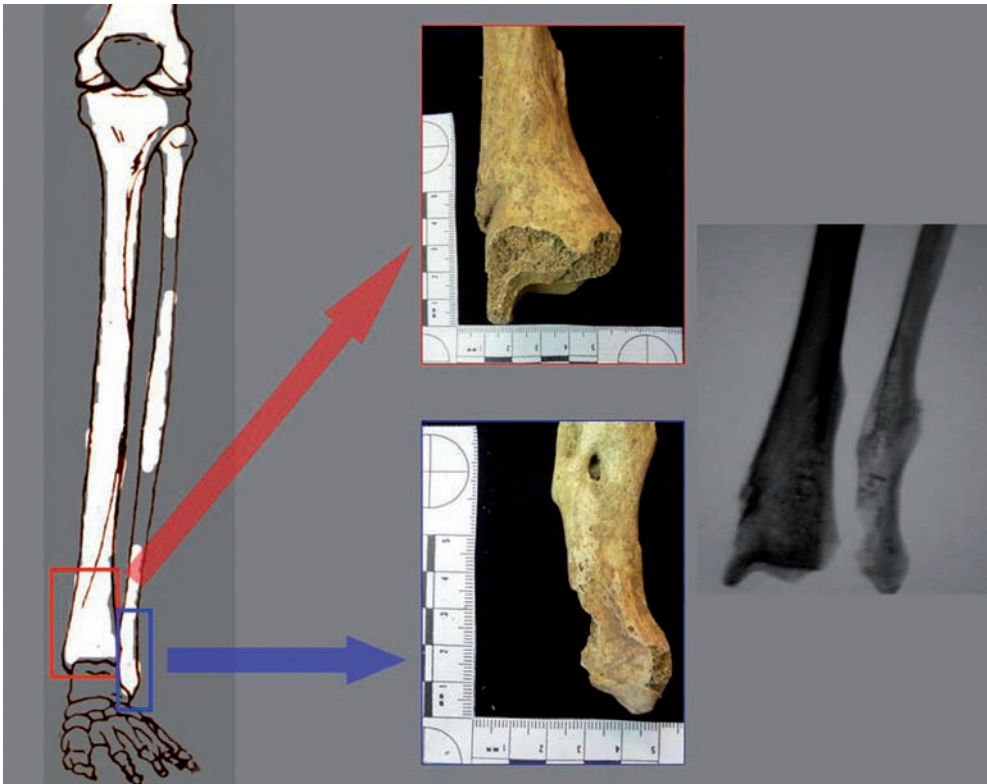


Fig. 15 - Posizione dei calli ossei in corrispondenza dell'arto inferiore; a destra, immagine radiografica delle estremità distali di tibia e fibula di sinistra.

È da notare inoltre la presenza di un foro sulla fibula nel contesto del callo osseo; questo potrebbe indicare che è avvenuta un'infezione a seguito della frattura, soprattutto se la frattura era aperta, cioè con esposizione dell'osso all'ambiente. Questo ha sicuramente avuto ripercussioni sulla vita del soggetto. I monconi ossei infatti appaiono saldati in posizione scomposta: questo rende probabile che la donna fosse zoppa.

I calli ossei al cranio invece si trovano al margine sovra orbitario sinistro ed in regione zigomatica sinistra e sono i segni di pregressi traumi contusivi (fig. 16). Questi hanno alterato sensibilmente il massiccio facciale di sinistra, perché la frammentazione del margine laterale dell'orbita, dello zigomo e del mascellare ha fatto sì che i frammenti, durante il processo di rimodellamento del cranio, si siano saldati in posizione anomala, restituendo un'orbita lievemente più larga verso il basso e un callo osseo zigomatico di forma irregolare - e anche questi sono di vecchia data e probabilmente causati da un urto contro una superficie piatta o smussa. Le dinamiche prospettabili sono diverse: ad esempio un urto contro una superficie piatta come il suolo, a seguito di una caduta dall'alto, oppure percosse ripetute con strumenti contundenti al volto. Un trauma del genere avrebbe molto probabilmente provocato, viste le strutture muscolari e nervose coinvolte, ptosi palpebrale (cioè abbassamento della palpebra) e spianamento delle rughe della fronte sopra le sede lesa.

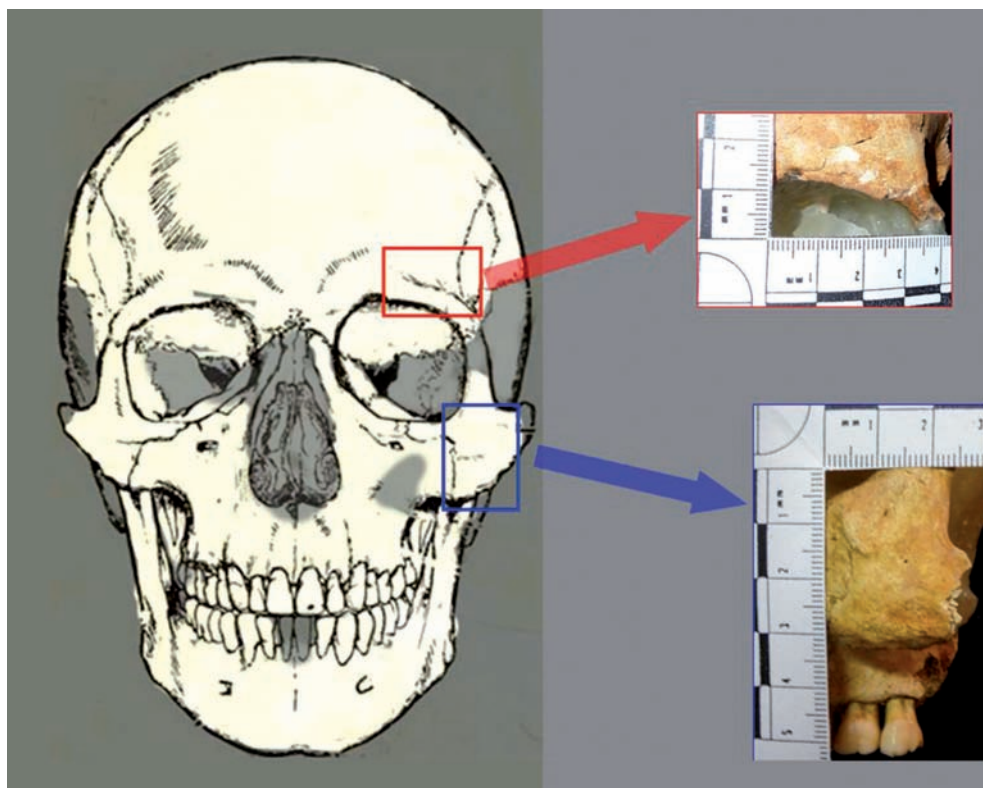


Fig. 16 - Posizione e dettaglio dei calli ossei osservati in corrispondenza del cranio

Data la vicinanza fra le sedi colpite, è possibile che i due complessi di fratture siano stati prodotti in un unico momento da uno stesso evento traumatico. Le cause possono essere diverse.

Può trattarsi di lesioni da caduta. È da notare che in effetti sullo stesso lato sono presenti le due fratture a tibia e fibula: è possibile che le fratture siano state prodotte tutte insieme nel corso di una caduta che ha causato la frattura all'arto inferiore sinistro e le fratture delle ossa del volto causate dall'impatto contro il suolo o ogni altra superficie resistente.

È anche possibile, tuttavia, che le fratture al volto siano i segni di un trauma diretto, ovvero di un'aggressione. Anche in tal caso, le fratture risalgono ad almeno 1-2 anni prima del decesso.

E non furono senza conseguenze per la vita della donna: indubbiamente le due fratture hanno condotto a un'asimmetria del volto, presumibilmente con un abbassamento della palpebra sinistra.

In conclusione le indagini antropologiche ci raccontano di una donna di circa 60 anni, e quindi vissuta molto più a lungo dei suoi coetanei, di statura alta rispetto alla norma per l'epoca, senza segni di grave artrosi, all'interno di una tomba con corredo importante.

Proveniva da una popolazione diversa da quella autoctona? O tutto ciò è da attribuire a uno stile di vita agiato?

Non è possibile rispondere a questa domanda, ma sappiamo che comunque in più di un periodo della sua vita adulta ha sofferto di qualche malattia di origine nutrizionale o patologica. In genere, i problemi nutrizionali si manifestano anche sui denti e su altre parti del cranio, soprattutto se si tratta di anemia, che in questo caso non sono stati coinvolti. Ciò depone a favore del fatto che la donna avesse forse qualche malattia cronica (un'infezione).

Inoltre, diversi anni prima di morire, ha subito un trauma (o forse più di uno) che ha provocato la frattura scomposta di tibia e perone di sinistra e dell'orbita e dello zigomo di sinistra.

La frattura alla gamba, essendosi infettata, ha portato a febbre e dolori anche a lungo termine e a zoppia. Quelle alle ossa del volto ad un abbassamento della palpebra e perdita delle rughe su quel lato della fronte. A questo punto, si è passati a ricostruire il volto.

La ricostruzione facciale

Si è visto che da uno scheletro possiamo sapere molte cose: possiamo conoscere se era maschio o femmina, alto o basso, giovane o anziano. Possiamo anche capire i problemi di salute di cui può aver sofferto, e i traumi che può aver subito quando era in vita. Quello che ci manca spesso è l'immagine di quella persona, l'aspetto più comune, più immediato attraverso il quale ci relazioniamo con gli altri, ovvero un'idea del viso che quella persona poteva avere. Quante volte davanti ad uno scheletro magari molto antico ci chiediamo: ma come era davvero? Com'era la sua faccia?

Il viso di una persona è sì influenzato dalle ossa del cranio che si trovano al di sotto della pelle, ma è anche il risultato di un'enormità di variabili, non tutte perfettamente conosciute. Tuttavia, esiste una tecnica che consente di riprodurre una possibile somiglianza. Tale ricostruzione ha la funzione di avvicinarci, seppur in maniera ideale, alla persona che stiamo studiando, così da metterci in relazione con il suo vissuto, il suo mondo, la sua vita di tutti i giorni. Da questo punto di vista la ricostruzione facciale è un modo efficace di far rivivere il passato.

Ma come si ricostruisce un volto dal cranio? In questo caso è stata applicata in laboratorio una tecnica manuale facendo un calco del cranio e poi lavorando con plastilina (fig. 17).



Fig. 17 - Fasi della preparazione della ricostruzione facciale.

Vediamo i vari passaggi di questo processo attraverso la ricostruzione facciale della donna di Pioltello.

La ricostruzione facciale si fonda sul presupposto che la fisionomia del viso è condizionata dalla superficie ossea sottostante. Attualmente la tecnica di ricostruzione manuale viene eseguita in due fasi: la ricostruzione del profilo partendo dalla radiografia del cranio in esame e la ricostruzione in tre dimensioni sulla copia del cranio

La ricostruzione del profilo prende il nome di “metodo di George” e si effettua sull’immagine radiografica del cranio in posizione laterale. Si individuano sul profilo del cranio i diversi punti indicati nella Tabella I, da cui si tracciano delle rette, perpendicolari a una tangente al cranio; in quei punti si segnano, seguendo le misurazioni riportate in tabella, i margini esterni del volto (fig. 18).

Il naso è una struttura sporgente rispetto alla superficie cranica, e richiede speciali accorgimenti per la sua ricostruzione: la lunghezza del naso è calcolata in base all’altezza nasale (N-A). Dal punto medio tra A e l’estremità della spina nasale si proietta una retta perpendicolare a NA che misura il 60% (maschi) o il 55% (femmine) dell’altezza nasale.

Per quanto riguarda la bocca, il margine del labbro superiore per convenzione viene posto al quarto superiore della altezza della corona dell’incisivo centrale superiore (LS) mentre il margine inferiore corrisponde al quarto inferiore (LI) della altezza della corona dell’incisivo centrale inferiore

Si uniscono quindi i punti ottenuti ricavando il probabile profilo del soggetto. Questo risultato viene utilizzato come controllo nella successiva fase di ricostruzione in tre dimensioni.

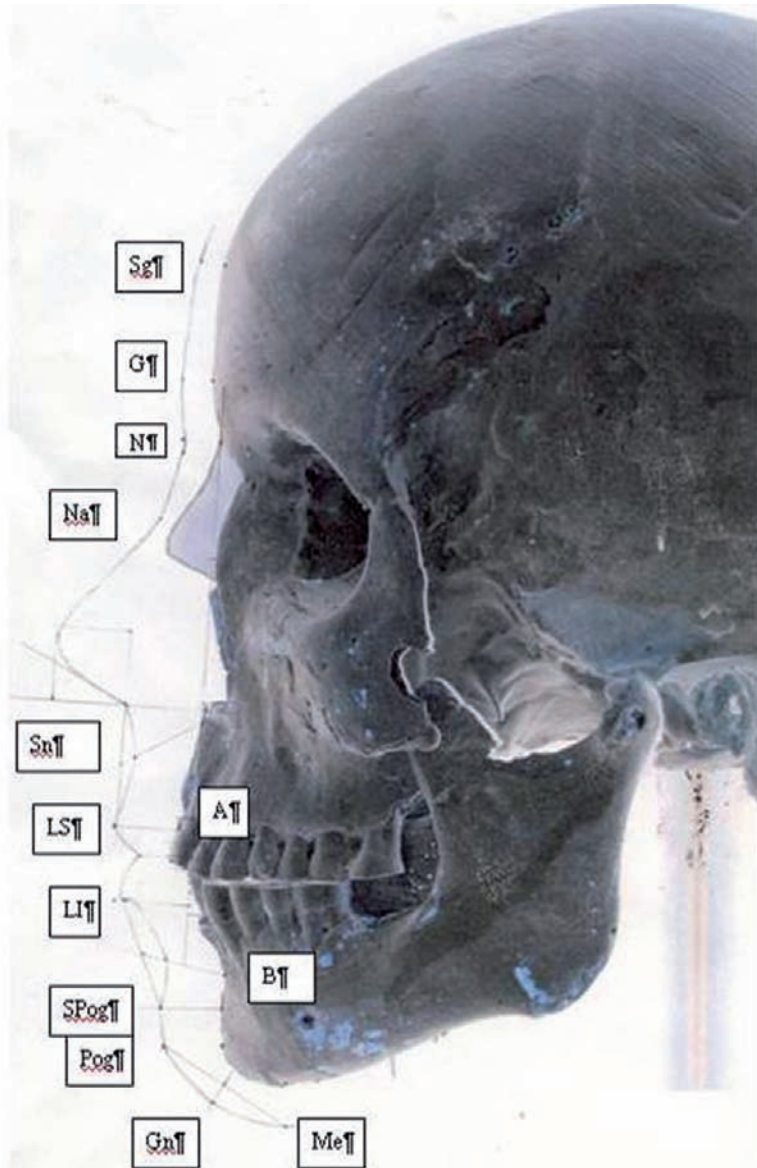


Fig. 18

Costruzione del profilo del volto secondo il “metodo di George”.

	Misurazioni	M	F
Sg	Supraglabella	5	4.5
G	Glabella	7	6
N	Nasion	8	7.5
Na	Nasale	3.5	3
A-SLS	Punto A-SLS	17.5	14.5
LS	Labrale superiore	15	12.5
S	Stomion	7	5.5
LI ₁	Labrale inferior (I ₁)	17.5	14.5
LI ₂	Labrale inferior (I ₂)	13	11
B-ILS	Punto B-ILS	12.5	12
SPog	Suprapogonion	13.5	12
Pog	Pogonion	13	11.5
Gn	Gnasion	10.5	8
Me	Mention	10.5	8.5

Tabella 1: punti craniometrici di posizionamento degli spessori. Tutti i valori sono espressi in millimetri. In verde i valori utilizzati nel caso in esame

La ricostruzione tridimensionale prende il nome di “Protocollo di Manchester” ed è il risultato della fusione di due tecniche: quella americana, basata unicamente sulla ricostruzione degli spessori dei tessuti del volto che, una volta posizionati sul cranio, vengono uniti da strisce di plastilina o creta, e quella russa che non fa uso degli spessori, ma ricostruisce anatomicamente il volto muscolo per muscolo.

Il punto di partenza per effettuare la ricostruzione in tre dimensioni dal cranio è, dunque, il posizionamento degli spessori tissutali in precisi punti del cranio (fig. 19).



Fig. 19 - Punti del cranio in corrispondenza dei quali si posizionano gli spessori tissutali.

Questi sono stati misurati a partire dalla fine del diciannovesimo secolo nei modi più disparati (da spilli conficcati nel volto dei cadaveri fino all'utilizzo di moderne apparecchiature quali gli ultrasuoni su soggetti viventi) e su campioni diversi per età e sesso e costituiscono oggi una discreta banca dati.

Questi valori si trovano in tabelle (sotto forma di medie di queste misure) e sono divisi per sesso e per tipo di costituzione fisica (Tabella 2).

Costituzione	Magro		Normale		Grasso	
	M	F	M	F	M	F
Linea mediana						
1 Supraglabella	2.25	2.50	4.25	3.50	5.50	4.25
2 Glabella	2.50	4.00	5.25	4.75	7.50	7.50
3 <i>Nasion</i>	4.25	5.25	6.50	5.50	7.50	7.00
4 Estremità dei nasali	2.50	2.25	3.00	2.75	3.50	4.25
5 Metà filtro	6.25	5.00	10.00	8.50	11.00	9.00
6 Margine superiore labbra	9.75	6.25	9.75	9.00	11.00	11.00
7 Margine inferiore labbra	9.50	8.50	11.00	10.00	12.75	12.25
8 Piega mento-labbro	8.75	9.25	10.75	9.50	12.25	13.75
9 Sinfisi mentoniera	7.00	8.50	11.25	10.00	14.00	14.25
10 Sotto il mento	4.50	3.75	7.25	5.75	10.75	9.00
Bilaterale						
11 Eminenza frontale	3.00	2.75	4.25	3.5	5.50	5.00
12 Sopra-orbitale	6.25	5.25	8.25	7.00	10.25	10.00
13 Sotto-orbitale	2.75	4.00	5.75	6.00	8.25	8.50
14 Malare inferiore	8.50	7.00	13.25	12.75	15.25	14.00
15 Orbita laterale	5.00	6.00	10.00	10.75	13.75	14.75
16 Arco zigomatico, a metà	3.00	3.50	7.25	7.50	11.75	13.00
17 Sopraglenoide	4.25	4.25	8.50	8.00	11.25	10.50
18 <i>Gonion</i>	4.50	5.00	11.50	12.00	17.50	17.50
19 Sopra M2	12.00	12.00	19.50	19.25	25.00	23.75
20 Linea occlusale	12.00	1.00	18.25	17.00	23.50	20.25
21 Sotto M2	10.00	9.50	16.00	15.50	19.75	18.75

Tabella 2: Spessori tissutali per la razza Caucasoide (Rhine and Moore). Tutti i valori sono espressi in millimetri. In verde i valori utilizzati nel caso in esame

Degli stuzzicadenti, dei fiammiferi o pezzetti di gomma vengono tagliati a misura e fissati sul cranio con della colla in corrispondenza dei 32 punti riportati in tabella e costituiscono una guida per quello che sarà il limite esterno del volto

Posizionati gli spessori, i muscoli cranio-facciali vengono applicati in uno specifico ordine, lavorando dagli strati più profondi a quelli più superficiali, seguendo inserzioni e origini muscolari da specifici testi di anatomia (figg. 20-23).

I muscoli possono essere modellati con creta, plastilina o sostanze modellabili, di recente concezione, che possono essere fuse e colorate a piacimento sulla base delle indicazioni fornite dallo studio antropologico dello scheletro o del reperto osseo in esame.



Fig. 20 - Costruzione del calco in gesso del cranio.



Fig. 21 - Apposizione dei gruppi muscolari profondi e dei globi oculari.



Fig. 22 - Apposizione dei principali gruppi muscolari.

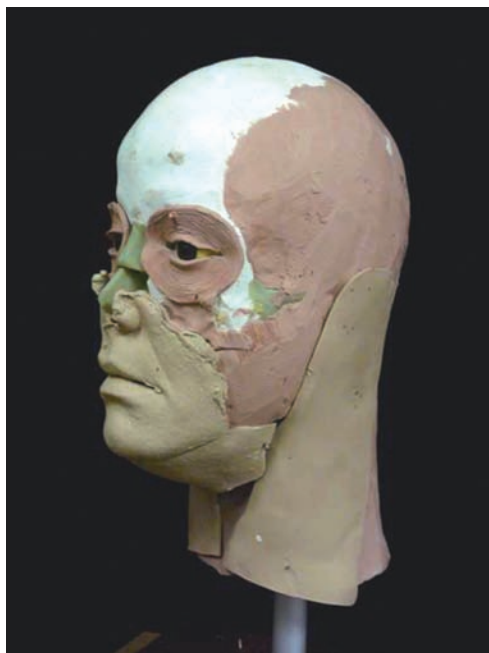


Fig. 23 - Apposizione della cute e modellamento dei tratti del volto.



Alcuni particolari: gli occhi

Per i globi oculari si utilizzano sfere in creta o plastilina del diametro di circa cm 2,4 oppure protesi oftalmiche o in resina. In questo caso sono stati creati degli occhi in resina. Per la centratura è sufficiente far coincidere la pupilla con il punto d'incontro tra due ipotetiche rette fra i punti medi dei margini superiore e inferiore dell'orbita e fra i canti esterno ed interno (fig. 24). Il bulbo oculare non deve sporgere oltre la retta che congiunge il punto medio del margine superiore dell'orbita con il punto medio del margine inferiore.

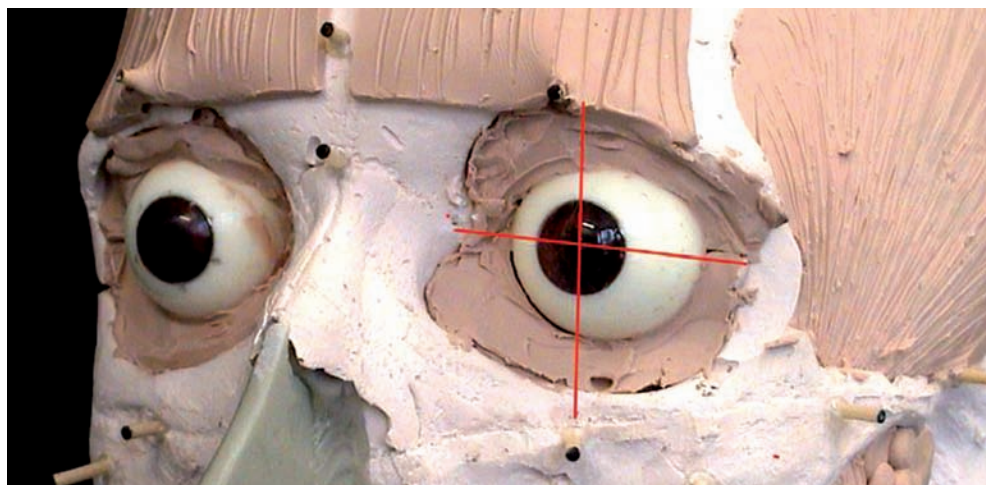


Fig. 24 - Posizionamento dei globi oculari

Caratteristica molto importante ai fini del riconoscimento è il “taglio” degli occhi. Questo è influenzato dall’inserzione dei legamenti palpebrali all’interno dell’orbita. Non essendo possibile desumere il colore degli occhi da uno scheletro, e dal momento che esiste un’ampia gamma di sfumature di colore, la tinta viene scelta arbitrariamente, aiutandosi con i dati riguardanti il gruppo etnico di appartenenza del soggetto (fig. 25).

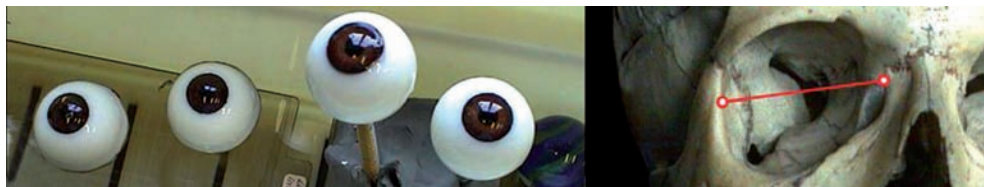


Fig. 25 - Occhi in resina utilizzati nelle ricostruzioni facciali, a destra punti utilizzati per costruire il probabile “taglio” degli occhi.

Il naso

Il naso costituisce la zona più difficile del processo di ricostruzione facciale perché presenta un’estrema variabilità individuale. Nonostante questi presupposti, è possibile avere un’idea, seppur vaga, del suo aspetto generale. L’angolazione delle ossa nasali, l’altezza e l’ampiezza della apertura nasale, assieme ai dati antropologici, forniscono suggerimenti importanti.

Ad esempio, generalmente la larghezza del naso si ottiene aggiungendo da ogni parte dell’apertura nasale un terzo della larghezza massima della piramide nasale (fig. 26).

L’angolo del terzo inferiore delle ossa nasali fornisce informazioni riguardo la curvatura del naso: in linea di massima, più sono orizzontali le ossa nasali più questo sarà “spezzato” (ovvero, sarà presente una gobba); più le ossa nasali saranno verticali e più il naso si presenterà simile a quello dei pugili.



Fig. 26 - Calcolo della larghezza del naso a partire dalla larghezza dell’apertura piriforme.

La bocca

Le indicazioni fornite dal cranio sulla costruzione della bocca sono scarse.

Sul profilo laterale risulta fondamentale la ricostruzione in due dimensioni secondo il metodo



di Gorge; sulla visione frontale, ci si basa sulla distanza tra i due canini che dovrebbe convenzionalmente fornire la larghezza massima della rima buccale (fig. 27).

Fig. 27 - La larghezza della bocca è data dalla distanza tra i canini.

Le orecchie

Non esistendo evidenze ossee che guidino la ricostruzione delle orecchie queste vengono usualmente riprodotte in plastilina seguendo dei canoni artistici e posizionate in corrispondenza al meato acustico esterno.

Completata la ricostruzione di tutti gli strati sottocutanei, si procede al modellamento dello strato più superficiale, corrispondente alla cute del volto (figg. 28-29).

I caratteri quali tonalità della pelle, forma degli occhi, delle labbra, rugosità del volto si realizzano sulla base delle indicazioni fornite dallo studio antropologico, e in particolar modo dell'età del soggetto; nello specifico, data la stima dell'età mostrata dagli studi antropologici, è stata eseguita

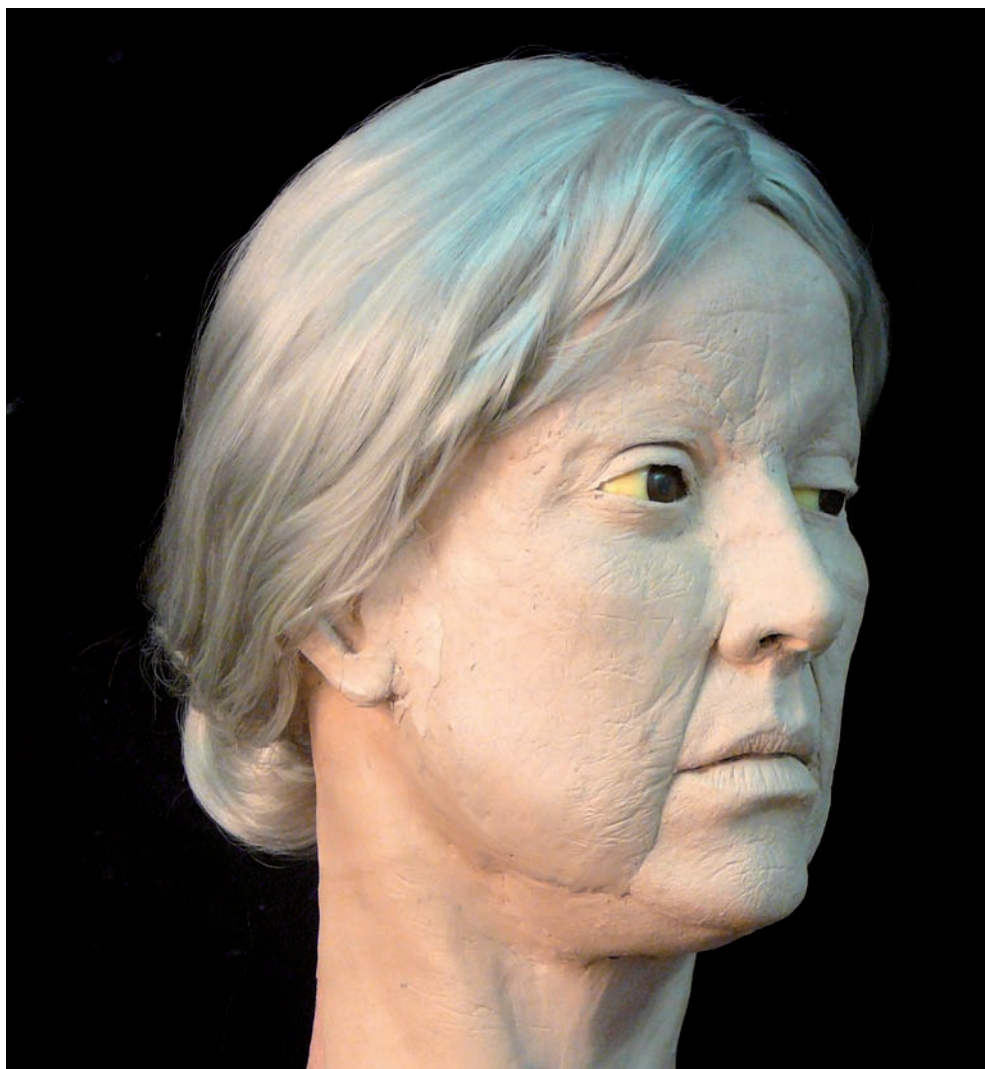


Fig. 28 - Risultato finale della ricostruzione facciale.

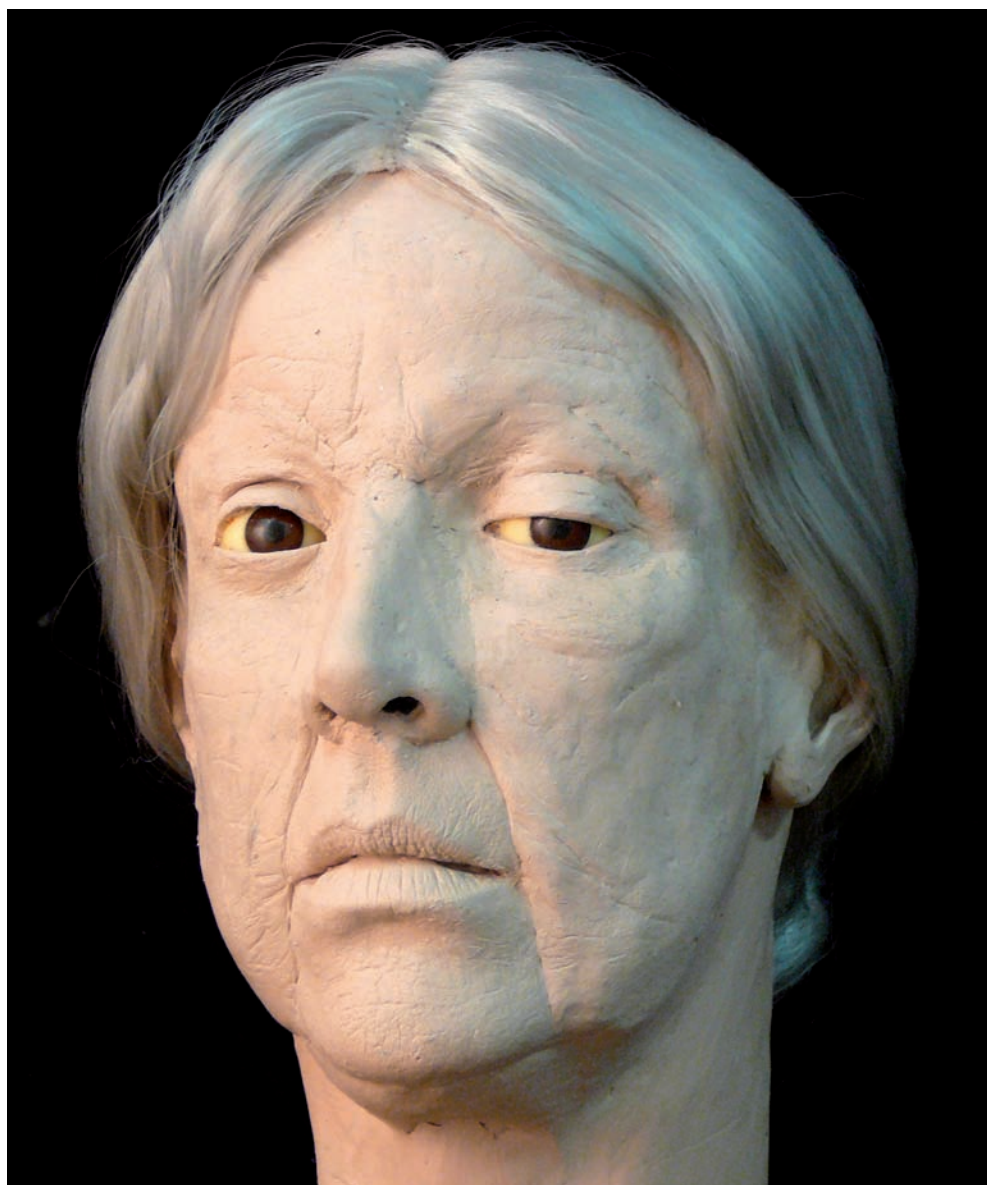


Fig. 29 - Dettaglio del risultato finale della ricostruzione facciale.

la ricostruzione di una donna anziana. Inoltre, sono stati aggiunti particolari anatomici derivanti dai dati evidenziati dall'analisi antropologica, ed in particolar modo le due fratture al cranio e cioè al margine sovraorbitario ed in regione zigomatica sinistra che devono aver prodotto verosimilmente al soggetto una deformazione della palpebra superiore e dello zigomo di sinistra. Ecco così che i dati antropologici "riportano in vita" uno scheletro del passato.

C.C., D.G., D.P.

...per concludere

È indubbio che il rinvenimento più affascinante, tra tutto quanto messo in luce nello scavo del 2009, è costituito dalla tomba I e dalla possibilità di risalire ad alcuni aspetti della vita della donna che vi era stata sepolta.

L'eccezionalità del bicchiere a lei attribuito e l'accuratezza costruttiva della struttura tombale destinata ad accogliere le sue spoglie indussero da subito a domandarci chi potesse essere questa "signora" - così onorata da chi la seppellì - e che, per volontà del caso, dal passato è tornata in un certo senso "a far visita" ai suoi attuali concittadini.

Si decise, perciò, di sottoporre i suoi resti all'analisi antropologica e paleopatologica che ha dato i risultati appena descritti⁶.

Il nuovo dato che scaturisce da tali studi, e che non era noto al momento della prima pubblicazione dello scavo, è quello relativo alla sua altezza, inconsueta per le popolazioni romane o autoctone dell'epoca. È possibile immaginare che anche lei, come il "suo" bicchiere, provenisse dalla Gallia?

Forse quel bicchiere le era stato donato, o lei lo aveva comprato per sé, come ricordo della terra che aveva lasciato, magari venendo come sposa in Cisalpina? Solo la nostra fantasia può rispondere a queste domande.

Sappiamo però che, superata una malattia che ne arrestò per un periodo la crescita, la donna ebbe vita agiata e non fu mai costretta a lavorare duramente: doveva quindi appartenere a un cetto elevato. Già durante lo scavo si era notato che sopravvisse a un incidente: erano, infatti, evidenti gli esiti della frattura alla gamba che doveva averla resa claudicante.

Grazie alle successive indagini antropologiche, ora sappiamo che l'incidente (caduta dopo il ribaltamento di un carro che la trasportava?) di cui fu vittima fu ben più spiacevole e che le arrecò anche danni permanenti al volto, deturpandone la fisionomia. E probabilmente, pur sopravvivendo al trauma grazie alla sua fibra robusta, ne dovette patire dolorosamente le conseguenze.

Per questo, l'immagine un po' dolente, che la sensibilità di chi ne ha ricostruito il volto è riuscito ad attribuirle, appare quanto mai appropriata.

Una donna, dunque, che fece una vita comoda fino a un incontro fatale con il destino e poi, anziana, dolorante e un po' sfigurata, deve averla conclusa con anni non proprio felici.

Comunque, o per un riconosciuto suo prestigio nell'ambito della comunità di cui faceva parte, o per un legame affettivo che la legava a chi le sopravvisse, e dispose per lei la peculiarità delle sue onoranze funebri, ella sembra essere stata rispettata in morte come probabilmente lo fu in vita.

Quando si scopre una necropoli, sorge spontaneo un interrogativo: dove risiedevano i vivi?

Osservando l'ubicazione della tomba trovata nel 1985 (fig. 30), che dista in linea d'aria meno di m 500 dalla necropoli scoperta nel 2009, è possibile ipotizzare un allineamento che suggerisce l'esistenza di un asse viario, lungo il quale furono poste dapprima le strutture della supposta villa rustica obliterata e in seguito l'area sepolcrale: è noto come fosse costume romano dislocare le tombe ai bordi delle strade. Per ora non abbiamo indizi della presenza di centri abitati romani da porsi in relazione con le necropoli.

⁶ In accordo con l'Amministrazione Comunale, che ha finanziato lo studio, e grazie all'entusiastica adesione dell'Assessore Fiorenza Pistocchi che si è adoperata in ogni modo per l'edizione di questa pubblicazione.



Fig. 30 - Le zone di interesse archeologico nel territorio comunale:
1- scavo 2009;
2- localizzazione tomba 1985;
3- chiesa di S. Andrea.

Però, almeno un'ipotesi può essere avanzata, grazie alla constatata presenza, sotto la vicina chiesa di S. Andrea, di frammenti di colonnine in marmo rosso di Verona⁷. Potrebbero essere l'indizio della presenza in quel luogo dei resti di una *domus* romana ed è suggestivo immaginare che in quella residenza risiedessero sia la nostra "signora" e la sua famiglia, sia, successivamente, coloro che decisero di seppellire le ceneri dei propri morti nell'area sepolcrale recentemente indagata. È probabile che un altro nucleo residenziale esistesse anche in corrispondenza della tomba plurima trovata nel 1985, databile ad un momento successivo, il IV secolo, e cioè all'epoca in cui Milano fu capitale dell'impero romano. Sembra comunque possibile sostenere, almeno fino ad ora, che il nucleo storico più antico di Pioltello si trovi nella località Seggiano, il cui toponimo, come già indicato, è ricollegabile a un nome gentilizio romano.

L.S.Z.

⁷ Notizia fornita dall'ing. Paraboni, che ricordava di averli visti, circa quindici anni or sono, in occasione di una escavazione eseguita per impianti tecnologici a circa m 2,5 di profondità sotto una cappella laterale della chiesa.