



Società, economia, diritto e territorio

Ripartire durante e dopo il Covid-19
in Europa e in Italia

a cura di
Stefania Mangano
Luca Raffini

Studi e ricerche del DISPI

1

Responsabile collana

Daniela Preda
(*Università di Genova*)

Comitato scientifico

Marco Aime
(*Università di Genova*)

Giampiero Cama
(*Università di Genova*)

Lorenzo Cuocolo
(*Università di Genova*)

Alberto De Sanctis
(*Università di Genova*)

Luca Gandullia
(*Università di Genova*)

Maria Eleonora Guasconi
(*Università di Genova*)

Luca Lo Basso
(*Università di Genova*)

Andrea Pirni
(*Università di Genova*)

Ilaria Queirolo
(*Università di Genova*)

Elena Seghezza
(*Università di Genova*)

Mauro Spotorno
(*Università di Genova*)

Gian Marco Ugolini
(*Università di Genova*)

Andrea Vindigni
(*Università di Genova*)

Patrizia Vipiana
(*Università di Genova*)

Società, economia, diritto e territorio

**Ripartire durante e dopo il Covid-19
in Europa e in Italia**

**a cura di
Stefania Mangano
Luca Raffini**



è il marchio editoriale dell'Università di Genova



*Il presente volume è stato sottoposto a double blind peer-review
secondo i criteri stabiliti dal protocollo UPI*

© 2022 GUP

I contenuti del presente volume sono pubblicati con la licenza
Creative commons 4.0 International Attribution-NonCommercial-ShareAlike.



Alcuni diritti sono riservati

ISBN: 978-88-3618-162-9 (versione a stampa)

ISBN: 978-88-3618-163-6 (versione eBook)

Pubblicato ad agosto 2022

Realizzazione Editoriale
GENOVA UNIVERSITY PRESS

Via Balbi, 6 – 16126 Genova

Tel. 010 20951558 – Fax 010 20951552

e-mail: gup@unige.it

<https://gup.unige.it>



Stampato rispettando l'ambiente da
www.tipografiaecologicakc.it
Tel. 010 877886

INDICE

Introduzione	9
<i>Stefania Mangano, Luca Raffini</i>	

La prospettiva storica e geografica

La peste del Seicento. Esempi di violenza e di resilienza tra Bologna e Mantova	21
<i>Luigi Robuschi</i>	

Un precedente storico: l'influenza spagnola	41
<i>Lara Piccardo</i>	

La pandemia ha cambiato le abitudini di viaggio e la percezione dello spazio turistico?	57
<i>Stefania Mangano, Pietro Piana</i>	

La prospettiva antropologica e socio-politologica

L'uomo e la Pandemia: una prospettiva antropologica	77
<i>Bruno Barba</i>	

Covid-19, servizi sociali e utenza di origine straniera	99
<i>Agostino Massa</i>	

La comunicazione della crisi, la crisi della comunicazione. L'opinione pubblica nel contesto pandemico	119
<i>Luca Raffini</i>	

La prospettiva economica

Primavera 2020: l'UE alla prova della crisi Covid-19 139
Daniela Preda

La politica economica nella crisi da Covid-19:
i suoi indirizzi contestuali e prospettici 159
Giovanni Battista Pittaluga

La prospettiva giuridica

Distanti ma vicini. La Chiesa cattolica in Italia
alla prova del Coronavirus fra tradizione
e strumenti telematici 181
Daniela Tarantino

La qualità della democrazia in prospettiva di genere
dopo l'esperienza del Covid-19:
riflessioni a partire dal Parlamento italiano 207
Arianna Pitino

Un precedente storico: l'influenza spagnola

Lara Piccardo*

Alla comparsa del Covid-19 in un mercato della città cinese di Wuhan nel tardo autunno del 2019¹ sono stati davvero pochi coloro davvero in pochi avrebbero pronosticato una pandemia dalle dimensioni che ha poi assunto.

Ad onor del vero, già nel 2012 il divulgatore scientifico statunitense David Quammen diede alle stampe il saggio *Spillover. Animal Infections and the Next Human Pandemic*, ventilando l'attuale pandemia e ammonendo anche sul fatto che, a questa, altre ne seguiranno². Il volume racconta profeticamente l'evoluzione di alcuni dei maggiori patogeni che hanno interessato la specie umana in seguito a un salto di specie (in inglese *spillover*, appunto), un processo naturale detto 'zoonosi' per cui un patogeno degli animali evolve e diviene capace di infettare, riprodursi e trasmettersi all'interno della specie umana. Quammen analizza anche quanto le attività antropiche contribuiscano a favorire questi 'salti' e di come la scienza abbia affrontato e continui ad affrontare questo problema.

* Professore Associato di Storia delle Relazioni Internazionali, Dipartimento di Scienze Politiche e Internazionali, Università di Genova, lara.piccardo@unige.it.

¹ Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z., Xiang J., Wang Y., Song B., Gu X., Guan L., Wei Y., Li H., Wu X., Xu J., Tu S., Zhang Y., Chen H., Cao B., *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study*, in *The Lancet*, 395, 2020, pp. 1054-1062.

² Quammen D., *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*, Milano, Adelphi, 2014.

Ciononostante, il virus influenzale di Wuhan e le strane polmoniti che generava sembravano all'inizio cose da poco, influenze di stagione. Un'altra impressione diffusa era che in fondo si trattasse di un virus tipico dell'Asia, legato a esotiche abitudini alimentari.

La naturale propensione umana a volersi ritenere 'immune' da certe manifestazioni patologiche ha certamente generato una sottovalutazione dell'interconnessione mondiale, che consente un'alta mobilità di merci e persone. E, con quest'ultime, come abbiamo imparato (anche se avremmo dovuto già saperlo), ha viaggiato anche il Coronavirus, che non ha risparmiato nessuna parte dell'ecumene. Se globalizzato è stato l'impatto del virus, meno coordinata è stata invece la risposta umana, ancora legata a logiche statali e regionali che poco si addicono a una minaccia che non si ferma alla frontiera.

In effetti, la cosa non meraviglia e non è certo una scoperta. Già in un mondo meno interdipendente come quello medievale, la diffusione di una grave malattia era andata di pari passo con gli spostamenti commerciali: nel 1347-1348, la veloce propagazione della peste nera aveva richiesto provvedimenti – peraltro già impiegati contro altre malattie epidemiche più familiari – quali il miglioramento delle condizioni igieniche urbane e la limitazione dei movimenti di merci e persone, ma la piaga si era diffusa su almeno due continenti, decimando di un terzo la popolazione europea³.

La peste sarebbe scomparsa nel Seicento, ma nel frattempo già era endemico in Europa un altro flagello: il vaiolo. Anche se le perdite complessive provocate da questa malattia non possono essere paragonate a quelle causate dalla peste, è da rilevare come la letalità colpisse in particolare i bambini, così da generare un danno accentuato sulla

³ Naphy W.G. e Spicer A., *La peste in Europa*, Bologna, Il Mulino, 2016; Hatcher J., *La morte nera. Storia dell'epidemia che devastò l'Europa nel Trecento*, Milano, Mondadori, 2012; McNeill W.H., *La peste nella storia. L'impatto delle pestilenze e delle epidemie nella storia dell'umanità*, Res Gestae, 2020.

popolazione nel medio e lungo periodo⁴. Anche nel caso del vaiolo si cercò di fermare la malattia ai confini degli Stati. Nel XVIII secolo, ad esempio, gli Asburgo eressero un cordone sanitario dal Danubio ai Balcani attraverso una catena di fortezze che avrebbero dovuto fermare le infezioni provenienti dal vicino Impero ottomano⁵. Ciò non impedì il dilagare del vaiolo in Austria: nell'aprile 1711 persino il sovrano Giuseppe I soccombette alla malattia.

I confini non servono dunque a fermare il propagarsi dei patogeni. Come quelle ambientali, le sfide sanitarie sono globali e richiedono risposte di uguale portata. Oltre a questo, epidemie e pandemie registrano comuni conseguenze politiche, economiche e sociali. Dal punto di vista politico, il controllo delle malattie tende a penalizzare tutti gli attori coinvolti, che sono spiazzati dalla diffusione di virus e batteri e rispondono con modalità che è facile giudicare inadeguate: anche se politiche emergenziali sono state intraprese in modo più o meno repentino, comune in ogni epidemia o pandemia, indipendentemente dall'epoca, è il giudizio negativo espresso sulle misure governative adottate. Da tenere in considerazione è anche il fatto che, dalla peste al Covid-19, nell'immediatezza della propagazione della malattia la medicina si è trovata impreparata a raccogliere la sfida, sia in merito alla conoscenza della patologia sia riguardo alle terapie sia relativamente alla profilassi. Lo scontro tra virologi a cui si è assistito nel 2020 rievoca le dialettiche mediche della storia moderna per combattere il vaiolo: dalla 'variolizzazione' introdotta dai Cinesi subito dopo l'anno Mille e importata quattro secoli dopo in Occidente sino al vaccino di Edward Jenner nel 1796, le prove di immunizzazione furono diverse⁶. Inevitabili di

⁴ Vannozi F., *La 'questione dell'innesto de' vajuoli' ovvero la lotta contro il 'veleno varioloso'*, in *Le infezioni in medicina*, 1, 1998, pp. 54-57.

⁵ Spinney L., *La geopolitica delle epidemie*, in *Internazionale*, 2 marzo 2020.

⁶ Grima P., *Vaiolo. Scienza, storia, costume, letteratura*, Nardò, Besa, 2017; Ciliberto G., *Storie di vaccini. Dal vaiolo al Coronavirus. Tra sfide e successi*, Roma, La Bussola, 2021.

epidemie e pandemie sono poi gli effetti economici e, di conseguenza, sociali: depressione e stagnazione, collegate a un aumento della disoccupazione e della povertà.

Come le precedenti epidemie e pandemie, anche il Coronavirus passerà. Probabilmente continuerà a infettare la specie umana, ma presumibilmente non sarà più così aggressivo e minaccioso da richiedere ‘quarantene’, ‘lockdown’, ‘coprifuoco’ o ‘green pass’.

Certo è che il mondo ne è stato cambiato. Per gli storici, è ancora presto azzardare un’analisi su questo tornante fondamentale, ma, come anticipato, l’umanità non è nuova a queste situazioni. Solo nella seconda metà del XX secolo la popolazione mondiale è stata colpita da due gravi epidemie di tipo influenzale e denominate in base alla presunta area geografica di origine: l’asiatica nel 1957-1958 e l’‘influenza Hong Kong’ nel 1968. Persino i visi coperti da mascherine e i consigli di stare a casa in presenza di febbre o tosse sono già comparsi sui giornali prima del 2020: esattamente tra il 1918 e il 1920, quando l’influenza spagnola infettò oltre la metà della popolazione mondiale e richiese alle sanità nazionali, già fiaccate dalla Grande Guerra, misure e sforzi oltre le loro capacità. Quella fu la prima pandemia della contemporaneità globalizzata.

1. Il ‘crudele morbo’

Fra il 1918 e il 1920 una pandemia influenzale, insolitamente letale, infettò, sommando casi confermati e sospetti, almeno un terzo della popolazione mondiale in tre ondate distinte: primavera 1918, autunno 1918 e inverno del 1918-1919. Le cifre dei contagiati e dei deceduti sono difficili da individuare con sicurezza, perché la complessa situazione bellica e la difficoltà dei medici di separare i morti per influenza e i caduti di guerra rese molto aleatorie le indicazioni delle cause dei decessi. La malattia in questione è nota come ‘influenza spagnola’, detta anche ‘grande influenza’ o ‘epidemia spagnola’, ma in Italia nei necrologi e sulle lapidi si usò spesso l’espressione ‘crudele morbo’. In effetti, fu un patogeno ‘cattivo’: si accanì contro

popolazioni ormai esauste da anni di guerra e riuscì ad uccidere anche persone giovani e in buona salute.

La pandemia fu detta 'spagnola' solo perché i primi a darne notizia furono i giornali iberici. Questo era dovuto al fatto che la Spagna, non coinvolta nel primo conflitto mondiale, era immune dalla censura militare, attiva invece nei Paesi belligeranti. Come scrivono Sergio Sabbatani e Sirio Fiorino⁷, pertanto le notizie sanitarie, rispetto all'evoluzione dell'epidemia nel Paese iberico, venivano fornite dalla stampa tempestivamente nella cruda e drammatica realtà. Tale trasparenza, nella diffusione delle informazioni sanitarie, costò alla Spagna la fama di nazione ove l'epidemia era particolarmente virulenta e il titolo immeritato di Paese fonte del contagio: cosa che non corrispondeva a verità.

Gli altri Stati, impegnati nel conflitto, cercarono invece in tutti i modi di minimizzare la notizia, anche perché sarebbe stato pericoloso diffonderla: avrebbe potuto intristire e preoccupare, quando invece serviva tenere il morale alto per continuare a combattere nella guerra.

Ad esempio, in Italia, sul *Corriere della Sera* del 24 ottobre 1918, in quarta pagina, c'è un trafiletto intitolato *Una Circolare di Orlando contro le voci false ed esagerate sull'epidemia*, in cui si legge: «Il Consiglio superiore (in materia di igiene e sanità) ha esplicitamente inteso di opporsi alle voci sorte e diffuse fin dal primo accenno intorno a una più larga e intensa manifestazione della forma morbosa epidemica, apparsa da noi fin dalla primavera decorsa»⁸.

Questi atteggiamenti e la non immediata adozione del 'contenimento del virus', insieme alla tragica situazione sanitaria, sociale, economica e politica determinata dalla guerra che nell'ottobre 1918 era quasi alla sua conclusione, portarono a una pandemia.

⁷ Sabbatani S. e Fiorino S., *La pandemia influenzale 'spagnola'*, in *Le infezioni in medicina*, 4, 2007, pp. 272-285.

⁸ *Una Circolare di Orlando contro le voci false ed esagerate sull'epidemia*, in *Corriere della Sera*, 24 ottobre 1918.

Per capire meglio la diffusione di questa malattia, bisogna innanzitutto capire cosa si intende per ‘influenza’ e ‘pandemia’ e rifarsi poi alle opere dei medici e dei virologi, capaci di studiare l’esordio e lo sviluppo di una malattia.

Il termine ‘influenza’ indica una malattia infettiva acuta e contagiosa provocata da particolari virus (‘virus influenzali’), mentre con ‘pandemia’ si intende una epidemia con tendenza a diffondersi ovunque, cioè a invadere rapidamente vastissimi territori e continenti.

Nel caso della spagnola, fu influenza perché fu causata dal virus influenzale tipo A, ceppo H1N⁹. L’influenza spagnola fu sostenuta da un virus con caratteristiche simili a quello responsabile di una grave epidemia suina accaduta negli stessi anni nel continente americano. L’elevata letalità dell’influenza spagnola venne causata sia da un alto tasso di infezione sia dalla particolare gravità della sintomatologia clinica: il tasso di letalità era compreso tra il 2% e il 20% (rapporto tra contagi letali e contagi totali), fu molto più elevato dello 0,1% che si osserva nelle normali epidemie influenzali. La peculiarità dell’influenza spagnola fu l’elevata contagiosità e letalità in una fascia d’età non considerata a rischio (adulti tra i 20 e i 50 anni); la popolazione più anziana era probabilmente dotata di una parziale immunità dovuta alle pandemie del secolo precedente¹⁰. Da aggiungere che il virus della spagnola rimase in circolazione anche dopo la fase di pandemia e si ripresentò dal 1975 pur senza cagionare i danni di inizio secolo. Inoltre, l’influenza spagnola fu una pandemia perché si diffuse nel mondo intero¹¹.

Ovviamente, l’influenza pandemica ebbe un punto di origine. Su questo c’è stato un ampio dibattito sul piano scientifico e i pareri sono molto discordi. Una teoria è quella secondo la quale il virus della

⁹ Rugarli C., *Medicina interna sistematica*, Milano, Edra, 2015.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Spinney L., 1918. *L’influenza spagnola: la pandemia che cambiò il mondo*, Padova, Marsilio, 2019.

spagnola si sia diffuso originando dalla provincia cinese del Guangdong, e che inizialmente questo virus albergasse negli uccelli e, grazie a modificazioni genetiche, si sia trasmesso ai maiali determinando un'influenza suina e poi si sia trasferito all'uomo. È stato ipotizzato che ci sia voluto circa mezzo secolo per la trasformazione del virus da aviario in umano e che, al termine di questa mutazione, sia diventato un ceppo letale per gli esseri umani. Questa ipotesi vedrebbe appunto l'origine del virus nella Cina meridionale¹², sottolineando inoltre come la prima influenza di cui si abbia conoscenza avvenne nel 2500 a.C. proprio in Cina, in seguito all'addomesticamento delle oche, dalle quali il virus passò all'uomo.

La teoria di Shortridge non è accettata da Jeffery Taubenberger, importante patologo molecolare che afferma che in Cina l'epidemia mostrò esattamente lo stesso andamento osservato negli Stati Uniti e in Europa e quindi non ci sarebbero prove certe che l'epidemia spagnola sia iniziata in Cina piuttosto che altrove¹³.

Secondo la ricostruzione di medici militari, invece, il virus arrivava dalla contea di Haskell, nel Texas, un'area contadina e poco popolata dove fu riscontrato già nel gennaio 1918 e furono proprio le condizioni di isolamento che permisero all'epidemia di restare in un primo momento contenuta in quel luogo fino a quando alcuni ragazzi della contea vennero arruolati nell'esercito. Negli ambienti affollati e promiscui delle caserme, dei dormitori e delle mense il virus dilagò e si diffuse sui treni, sui camion lungo le arterie della vita militare. Nel febbraio 1918 i ricoverati erano 104, a metà marzo 522, nel giro di pochi giorni ne morirono 40. In aprile il contagio arrivò a 24 dei 26 campi di addestramento e a 30 grandi città. Ma l'imponente macchina da guerra americana si era ormai messa in moto e migliaia

¹² Shortridge Kennedy F., *Is China an influenza epicenter?*, in *Chinese Medical Journal*, 110, 8, 1997, pp. 637-641; Shortridge Kennedy F., *The 1918 'Spanish' flu: pearls from swine*, in *Nature Medicine*, 5, 4, 1999 pp. 384-385.

¹³ Taubenberger J., *The Origin and Virulence of the 1918 'Spanish' Influenza Virus*, in *Proceedings of the American Philosophical Society*, 150, 1, 2006, pp. 86-112.

di soldati con il virus in corpo s'imbarcarono per l'Europa. Per i primi mesi, l'attenzione del mondo continuò ad essere rivolta solo alle offensive e controffensive, alle migliaia di uomini morti in battaglia, alle condizioni disperate dei soldati. Sul fronte italiano, la malattia comparve in primavera con una breve epidemia di carattere benigno per poi scomparire nel mese di giugno. Si pensò fosse solo influenza.

Dagli eserciti, già fisicamente e moralmente martoriati, il virus passò alla popolazione civile vicina alle linee del fronte e, con i loro spostamenti in zone più sicure, si diffuse in tutti i Paesi europei, sino a raggiungere le colonie europee in Asia e in Africa e, da lì, alle altre zone dei cinque continenti.

Tra i soldati austriaci la mortalità fu quasi tripla rispetto agli italiani: questa differenza fu attribuita principalmente al fatto che i militari dell'Impero austro-ungarico erano impegnati su diversi fronti, quindi esposti a più fonti di contagio. Un altro aspetto da sottolineare è che la dieta alimentare degli austriaci era a base di carne, mentre quella degli italiani era più vitaminica, basata prevalentemente su verdura e frutta, rendendo pertanto l'organismo maggiormente in grado di contrastare il virus¹⁴.

Quando ad agosto cominciò la seconda ondata, alla caratteristica dell'alta contagiosità si aggiunse la mortalità. Da un punto di vista demografico, studi effettuati in seguito dimostrarono già in quel mese tassi di mortalità insolitamente alti tra i giovani adulti nel sub-continente indiano, nel Sud-Est asiatico, in Giappone, in Cina, in gran parte dei Carabi, in ampie zone del Sud America e dell'America centrale. Negli Stati Uniti, la seconda ondata raggiunse Boston il 28 agosto, quando una nave militare che trasportava truppe attraccò al Commonwealth Pier. Quel giorno 8 marinai si ammalarono, il giorno seguente 58 e il 31 agosto erano 81. Il 7 settembre i militari colpiti salivano a 119, ma si registrò anche il primo malato tra i civili. Il giorno successivo si contarono i primi tre decessi: un marinaio militare, uno civile e un cittadino di Boston. Proprio in quei

¹⁴ Sabbatani S., Fiorino S., *La pandemia influenzale "spagnola"*, cit.

giorni, l'epidemia toccò Fort Devens, base militare a 50 chilometri da Boston, dove erano stanziati 50.000 uomini e lì, per la prima volta, si percepì che questa influenza aveva caratteristiche oltre modo speciali¹⁵.

Gli Stati Uniti furono il primo Paese a prendere provvedimenti contro la diffusione della spagnola: il 18 settembre iniziò una campagna per impedire alla gente di tossire, starnutire o sputare nei luoghi pubblici, oltre a sottolineare l'importanza delle mascherine con il motto «Wear a mask and save your life»¹⁶. In America tra il 1918 e il 1919 si iniziò a proporre un modello di isolamento sociale che comprese la chiusura delle scuole, il divieto di riunioni pubbliche e lo scaglionamento degli orari di lavoro. Tali misure furono prese anche in Italia a seguito della proposta di un medico militare quando si manifestarono i primi casi a Vicenza.

Anche in Europa la seconda ondata fu più violenta della precedente. Prova ne sia una lettera conservata nei National Archives britannici, che una moglie indirizzò al marito, E.S. Bennet, mitragliere della Royal Field Artillery: «It is estimated that the influenza pandemic of 1918-19 killed as many as 30 million people worldwide. In one week in London in October 1918, it killed more people than four years of air raids on the city»¹⁷.

In Italia l'epidemia fu particolarmente grave. Al termine dell'evento, 600.000 persone erano decedute e la Penisola registrò uno dei tassi di mortalità più alti d'Europa. Anche in Italia la censura, instaurata all'inizio del conflitto bellico, fu particolarmente severa: le informazioni sulla spagnola dovevano passare in ultimo piano perché non si poteva parlare di lutti privati quando il lutto era collettivo e avveniva per eroismo in nome dell'Italia¹⁸.

¹⁵ Ivi, p. 273.

¹⁶ Kratz J. (2020), *Wear a Mask and Save Your Life: The 1918 Flu Pandemic*, in *National Archives History Office*, <<https://prologue.blogs.archives.gov/2020/04/15/wear-a-mask-and-save-your-life-the-1918-flu-pandemic/>>, consultato il 31/05/2021.

¹⁷ National Archives IWM 96/3/1 (28 Oct. 1918).

¹⁸ Tognotti E., *La spagnola in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-19)*, Milano, FrancoAngeli, 2002.

Non bisogna tralasciare il fatto che il mondo scientifico non fosse ancora pronto a comprendere questa malattia di origine virale: i medici non erano in grado di dare risposte certe, si percepiva che non fosse un batterio la causa della malattia, ma pur sospettando la natura virale si brancolava nel buio. In Italia, il Direttore del Laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità, Bartolomeo Gosio, investito della responsabilità di indagare sulle cause dell'epidemia, nell'ottobre 1918 dichiarava che la malattia fosse causata dal bacillo di Pfeiffer¹⁹. Tuttavia, bisogna anche dire che ancora mancavano le conoscenze scientifiche necessarie per capire la causa dell'influenza spagnola e, infatti, il primo virus influenzale sarebbe stato isolato dal virologo americano Richard Edwin Shope, che nel 1931 identificò l'influenza virus A nei suini e nel 1935 trovò il virus dell'influenza spagnola²⁰.

Di fatto, le questioni legate alla guerra, considerata di interesse primario da quasi tutti gli Stati del mondo, il ritardo nell'accettare e diffondere la notizia dell'influenza, le conoscenze mediche ancora carenti furono le cause dell'ampia diffusione della malattia e della sua mortalità.

2. Le conseguenze

Le conseguenze dell'influenza spagnola furono molteplici, come succede per tutti gli eventi 'globali'.

Nell'immediato, gli ospedali e i sistemi sanitari furono impreparati alla pandemia. Non solo perché i numeri degli ammalati furono subito elevati, ma anche perché c'erano, in molti Paesi, i feriti di guerra. Per questo furono allestiti ospedali da campo.

In Italia furono adottate misure di isolamento e di quarantena, efficaci soprattutto in ambiente militare e assai meno tra la popolazione civile

¹⁹ *Ibidem.*

²⁰ Van Epps H.L., *Influenza: exposing the true killer*, in *Journal of Experimental Medicine*, 203, 4, 2016, p. 803.

che, soprattutto per questioni legate al conflitto, era in costante movimento e quindi a rischio di contagio. Speciali precauzioni furono adottate nel caso degli uffici pubblici che non potevano essere chiusi. L'Italia possedeva un'organizzazione sanitaria collaudata messa in piedi dall'opera soprattutto di Francesco Crispi nel 1888; sul territorio nazionale operavano prefetti, sindaci, medici provinciali, i capi degli Uffici d'Igiene e i Consigli Provinciali di Sanità, tutti coordinati dal Ministero dell'Interno che aveva competenza anche sulle questioni di sanità pubblica. Non vi fu però un vero ed efficace coordinamento e localmente si procedette ad adottare una misura di prevenzione piuttosto di un'altra. Si chiusero i teatri, di sera le città sembravano spopolate. La vita civile era stata interrotta bruscamente. In seguito all'aggravarsi dell'epidemia le autorità militari disposero che il personale sanitario della Croce Rossa, addetto agli ospedali di guerra, venisse fatto ripiegare e riunito nei tre centri di Ancona, Bologna e Roma da dove, su indicazione del ministro dell'Interno, sarebbe poi stato inviato in provincia. Così il numero dei medici aumentò sensibilmente. Non mancò nell'occasione l'apporto delle infermiere volontarie che avevano operato nella zona di guerra e in quella territoriale²¹. È importante sapere che la Croce Rossa fu talmente fondamentale per fronteggiare la spagnola che fu deciso che questa organizzazione avrebbe dovuto essere pronta a intervenire in ogni stato di calamità o necessità, anche se non strettamente legato a un conflitto militare.

Da un punto di vista demografico, le conseguenze furono più chiare: la popolazione mondiale fu decimata, soprattutto nella sua parte più 'attiva', visto che la spagnola aveva colpito principalmente gli adulti tra i 20 e i 50 anni.

Da un punto di vista economico, analizzare le conseguenze della spagnola è meno facile perché risulta complicato vedere precisamente i

²¹ Silvano G., *L'epidemia di influenza spagnola: la grande paura. Una sfida inattesa e il consolidarsi di una nuova Croce Rossa*, in Bortoletto N. e Silvano G. (a cura di), *Croce Rossa italiana e welfare dal 1914 al 1927: esperienze di interventismo umanitario*, Pisa, ETS, 2018, pp. 157-172.

suoi effetti in una situazione dove c'erano già altri fattori come l'incapacità di adattare l'economia di guerra alla pace o la disorganizzazione commerciale. Però, è certo che la spagnola decimò soprattutto individui in età adulta e con il sistema immunitario solido, quindi manodopera e consumatori, bloccando al tempo stesso l'offerta dei servizi, la produzione dei beni e il consumo di questi stessi beni.

Nei Paesi al centro del conflitto, Francia, Belgio, Italia, Germania, dove i disastri della guerra avevano già provocato una grave crisi economica, gli effetti dell'epidemia potevano in effetti passare quasi inosservati. Ma non nei Paesi meno direttamente toccati dal conflitto, come gli Stati Uniti. La città di Filadelfia, per esempio, perse lo 0,75% della sua popolazione e gli effetti sull'economia furono brutali. Eppure, i dati non identificano alcuna recessione legata all'influenza spagnola negli Stati Uniti. La crisi del 1920-21 negli USA è spesso interpretata come la conseguenza di una riorganizzazione dell'economia e della finanza necessaria dopo la guerra.

In uno studio del 2013, i ricercatori Martin Karlsson, Therese Nilsson e Stefan Pichler²² hanno tentato di identificare gli effetti dell'influenza spagnola sulla 'performance economica' della Svezia. Il caso della Svezia è interessante perché questo Paese è rimasto neutrale durante il primo conflitto mondiale e quindi la guerra non ha avuto alcun impatto sulla sua forza lavoro. In Svezia alcune regioni hanno conosciuto un tasso di mortalità legato alla pandemia molto più elevato di altre. È stato dunque possibile 'isolarne' gli effetti. È certo che i redditi dei più ricchi siano diminuiti con l'epidemia e siano diminuiti ancora di più negli anni successivi. Inoltre, è aumentata la povertà. Un fenomeno che si può spiegare sia con il fatto che le famiglie delle vittime si sono ritrovate senza risorse, sia con l'impoverimento generale derivante dal fatto che la gente, non guadagnando, non poteva spendere e le industrie, non vendendo, fallivano.

²² Karlsson M., Nilsson T., Pichler S., *The impact of the 1918 Spanish flu epidemic on economic performance in Sweden*, in *Journal of Health Economics*, 2014, 36, C, 2013, pp. 1-19.

La pandemia spagnola ebbe certamente un merito: accelerò la cooperazione internazionale in ambito sanitario.

Precedenti forme di cooperazione internazionale in ambito sanitario erano già state realizzate nella seconda metà dell'Ottocento. La prima fu probabilmente il regolamento sanitario internazionale, varato nel 1853 per la regolamentazione della quarantena marittima e deciso dalla prima Conferenza sanitaria internazionale tenutasi a Parigi nel 1851. A quella conferenza ne seguirono numerose altre²³, tutte incentrate sulla rimozione di ostacoli al commercio e al trasporto, nonché sulla protezione dell'Europa da 'pestilenze esotiche'. L'accordo di Roma, firmato il 9 dicembre 1907, costituì un punto di svolta con la creazione di un Ufficio internazionale di igiene pubblica, l'*Office International d'Hygiene Publique* (OIHP) con sede a Parigi: l'Ufficio aveva la funzione di comunicare agli stati partecipanti le informazioni generali riguardanti la sanità pubblica, quelle specifiche relative al colera, alla peste e alla febbre gialla, e di far circolare proposte sulle convenzioni sanitarie in vigore²⁴.

Ma sarebbe stato il quattordicesimo punto di Wilson a creare una prima vera e propria struttura internazionale dedicata alla salute.

In base al *Covenant* della Società delle Nazioni (SdN), il Consiglio e l'Assemblea dovevano essere assistiti da organismi ausiliari, che avrebbero dovuto contemporaneamente anche facilitare agli stati il compimento dei doveri loro spettanti. Tali organismi erano le organizzazioni tecniche e le commissioni consultive.

Le organizzazioni tecniche furono istituzioni caratteristiche della Società delle Nazioni, concepite a sua immagine. I loro Segretariati confluivano nelle sezioni del Segretariato della SdN: questa struttura consentiva al Segretariato della SdN stesso di preparare e programma-

²³ Parigi 1859, Costantinopoli 1866, Vienna 1874, Washington 1881, Roma 1885, Venezia 1892, Dresda 1893, Parigi 1894, Venezia 1897 e Parigi 1903.

²⁴ Missoni E., *La creazione dell'OMS e sessant'anni di sfide tra ideale e realpolitik*, in Cattaneo A. e Dentico N. (a cura di), *OMS e diritto alla salute: quale futuro*, Bologna, Osservatorio italiano sulla salute globale, 2013, pp. 19-28: p. 19.

re il lavoro che avrebbe dovuto essere compiuto dalle organizzazioni tecniche. Queste ultime furono quattro: l'organizzazione economica e finanziaria; l'organizzazione delle comunicazioni e del transito; l'organizzazione della cooperazione intellettuale; l'organizzazione d'igiene. Alla loro costituzione presiedette un'idea comune: quella d'imprimere ai problemi tecnici un determinato indirizzo, perseguito dal Segretariato della Società delle Nazioni.

Con specifico riguardo all'organizzazione d'igiene, questa sorse nel 1924 in base all'art. 23, lett. f, del Patto costitutivo della Società delle Nazioni (28 giugno 1919):

Art. 23. In conformità e nei limiti delle convenzioni internazionali vigenti o che saranno concluse in seguito, i membri della Società: [...]
f) procureranno di prendere provvedimenti di carattere internazionale per la prevenzione e la repressione delle malattie.

L'organizzazione d'igiene, dunque, avrebbe dovuto favorire la protezione della pubblica salute mediante la collaborazione internazionale esercitando la propria influenza sui servizi nazionali della sanità pubblica. Essa comprendeva un consiglio consultivo (costituito dal comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica di Parigi e composto dai rappresentanti di 52 governi) e il comitato d'igiene, e coordinava, nel quadro della sua azione, l'attività dell'Ufficio d'Oriente a Singapore e del Centro internazionale della lebbra a Rio de Janeiro, mentre, d'altra parte, penetrava, mediante l'offerta di personale sanitario e di tecnici, nelle amministrazioni sanitarie.

È importante sottolineare come l'organizzazione di igiene fosse stata ispirata dall'ideale che un'equa fornitura di salute e benessere potesse ridurre i conflitti sociali interni e aiutare a prevenire la guerra. Non bastava contenere la diffusione dei contagi: servivano migliori statistiche mediche, diagnosi e vaccini preventivi. Alla fine, i riformatori progressisti della salute pubblica constatarono che fossero necessarie disposizioni sociali positivamente sane.

Nella sua ventennale esistenza, l'organizzazione di igiene della Società delle Nazioni sostenne iniziative scientifiche guidate da esperti per far progredire la scienza medica e migliorare la salute e le condizioni di vita, e quindi per garantire la coesione sociale e promuovere la salute nel senso più ampio del termine. Seppe quindi assumere un ruolo in parte tecnico e in parte di analisi della malattia e del disagio sociale, fissò standard biologici, diffuse le migliori pratiche attraverso visite di studio, pubblicizzò schemi dimostrativi di modelli, produsse statistiche mediche su base comparabile e promosse lo studio della salute come parte di un'agenda di modernizzazione sociale e miglioramento delle condizioni di vita.

Naturalmente, anche l'organizzazione d'igiene soffrì dei limiti che affliggevano la Società delle Nazioni. I promotori dell'idea, gli Stati Uniti, non ne furono membri e limitarono quindi il campo d'azione della Lega e dei suoi organi ausiliari. La mancanza di concrete misure d'intervento in caso di crisi rese l'intera struttura poco efficace a perseguire gli scopi proposti, che tra l'altro furono parzialmente reinterpretati dagli attori dominanti la Società, Francia e Regno Unito. In particolare, fu proprio l'egemonia anglo-francese a limitare l'organizzazione di igiene all'allerta precoce delle epidemie e a lasciare altri compiti medici internazionali alla volontaria Croce Rossa o all'Ufficio della sanità pubblica internazionale di Parigi.

Ma il seme della cooperazione internazionale in forma strutturata era stato gettato e, nonostante l'organizzazione di igiene smise di funzionare dopo l'ultimo incontro del 1938, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sarebbe stata creata nell'ambito del sistema delle Nazioni Unite, erede della Società delle Nazioni.

3. Conclusioni

Se da un punto di vista medico un vivace dibattito si è originato circa le similitudini tra l'influenza spagnola e il Covid-19, da un punto di vista storico le due vicende sono più pacificamente confrontabili. Al di là dei numeri relativi ai contagiati, guariti e deceduti, è interessante constatare come i virus siano riusciti a espandersi con estrema velocità. Se la censura

dell'epoca di guerra oscurò la reale portata del 'crudele morbo', l'informazione oggi ha invece sofferto di una sovra-informazione, disinformazione e Fake news che in un primo momento ha generato anche fenomeni di razzismo contro le comunità asiatiche, un po' a ricordare le persecuzioni antisemite nell'Europa medievale afflitte dalla peste.

Dalle mascherine ai divieti di assembramento, le misure di prevenzione non si sono molto modificate: perché, in effetti, se la concentrazione umana è andata sempre più ad aumentare è anche vero che i virus continuano a cercare ospiti da infettare. Le terapie mancavano ai tempi dell'influenza spagnola, quando i medici curavano i sintomi e, anche nel caso del Covid-19, veri e propri farmaci contro il virus non sono stati identificati. L'immunizzazione pare la risposta più efficace ma, in entrambe le pandemie, una coesione tra scienza e politica sembrerebbe essere ancora immatura. Certo, questo è spiegabile in entrambi i casi: se all'inizio del secolo la guerra martoriava l'Europa e l'Asia, nella pandemia attuale gli interessi economici e le esigenze sociali hanno vincolato alcune scelte politiche. Durante la pandemia di spagnola gli Stati stavano già vivendo una crisi economica, aggravata dal conflitto, e anche il mondo di oggi non godeva di una salda ossatura economica. Ma la società novecentesca si sarebbe ripresa con i 'ruggenti anni Venti', cercando di cancellare quella calamità sanitaria. Quest'opera di rimozione è parzialmente riuscita: nei libri e nei manuali di storia si parla molto poco della pandemia del 1918-1920 e in molti casi non se ne fa nemmeno accenno. Eppure, la storia non è costruita solo dalle azioni di re, papi e governi, o dalle guerre, dai trattati e dalle grandi politiche internazionali, ma anche da tutte le sfide che toccano l'uomo: i patogeni e i grandi e piccoli disastri ambientali *in primis*.