

UNIVERSITÀ
DEL SALENTO

*

XXXIX
2025, 1
nuova serie

Itinerari di ricerca storica

In copertina:

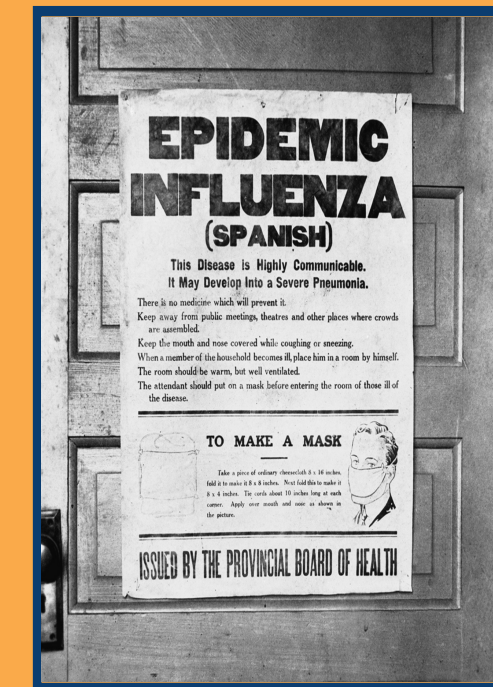
Influenza epidemic poster issued by the Board of Health in Alberta, Canada, 1918 (courtesy Wikimedia Commons)

ISSN 1121-1156
eISSN 2385-2739

UNIVERSITÀ DEL SALENTO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

Itinerari di ricerca storica

anno XXXIX
2025, 1
nuova serie



UNIVERSITÀ
DEL SALENTO

UNIVERSITÀ DEL SALENTO
PUBBLICAZIONI DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE
E SOCIALI

già
PUBBLICAZIONI DEL
DIPARTIMENTO DI STORIA, SOCIETÀ E STUDI
SULL'UOMO

DIRETTORE: BRUNO PELLEGRINO

Publicazioni periodiche:

- Itinerari di Ricerca Storica (I - 1987)
- Itinerari di Ricerca Storica (II - 1988)
- Itinerari di Ricerca Storica (III - 1989)
- Itinerari di Ricerca Storica (IV - 1990)
- Itinerari di Ricerca Storica (V - 1991)
- Itinerari di Ricerca Storica (VI - 1992)
- Itinerari di Ricerca Storica (VII - VIII - 1993-1994)
- Itinerari di Ricerca Storica (IX - 1995)
- Itinerari di Ricerca Storica (X - 1996)
- Itinerari di Ricerca Storica (XI - 1997)
- Itinerari di Ricerca Storica (XII-XIV - 1998-2000)
- Itinerari di Ricerca Storica (XV - 2001)
- Itinerari di Ricerca Storica (XVI - 2002)
- Itinerari di Ricerca Storica (XVII - 2003)
- Itinerari di Ricerca Storica (XVIII - 2004)
- Itinerari di Ricerca Storica (XIX - 2005)
- Itinerari di Ricerca Storica (XX-XXI - 2006-2007)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXII-XXV - 2008-2011)

Nuova serie

- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVI - 2012)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVII - 2013, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVII - 2013, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVIII - 2014, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVIII - 2014, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXIX - 2015, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXIX - 2015, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXX - 2016, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXX - 2016, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXI - 2017, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXI - 2017, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXI - 2017, special issue, 3)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXII - 2018, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXII - 2018, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXIII - 2019, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXIII - 2019, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXIV - 2020, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXIV - 2020, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXV - 2021, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXV - 2021, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVI - 2022, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVI - 2022, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVII - 2023, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVII - 2023, numero 2)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVIII - 2024, numero 1)
- Itinerari di Ricerca Storica (XXXVIII - 2024, numero 2)

UNIVERSITÀ DEL SALENTO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E
SOCIALI

Itinerari di ricerca storica
Periodico diretto da Bruno Pellegrino

a. XXXIX – 2025, numero 1
(*nuova serie*)

Università del Salento
Pubblicazioni del Dipartimento di Scienze Umane e Sociali
già Pubblicazioni del
Dipartimento di Studi storici dal Medioevo all'Età contemporanea

Editor in Chief:
Bruno Pellegrino

Executive Managing Editor:
Michele Romano

Scientific Board:
Andrea Ciampani, Leandra D'Antone, Gérard Delille, Daniele De Luca, Anna Lucia Denitto, Carlos Forcadell Álvarez, Heinz-Gerhard Haupt, Mariano Longo (Direttore del Dipartimento), Ernesto Mazzetti, Bruno Pellegrino, Fabio Pollice, Giuseppe Poli, Miguel Ángel Ruiz Carnicer, Pedro Rújula, Maria Rosaria Stabili, Estrella Trincado Aznar, Antonio Varsori, Giovanni Vitolo

Editorial Board:
Antonio Baglio, Salvatore Barbagallo, Annunziata Berrino, Stefano Boero, Antonio Bonatesta, Massimo Bucarelli, Fausto Ermete Carbone, Elisabetta Caroppo, Silvia Cavicchioli, Sandro Ciurlia, Daria De Donno, Tito Forcellese, Amalia Galdi, Hubert Houben, Alessandro Isoni, Silvia Mantini, † Francesco Martelloni, Roberto Martucci, Francesco Mineccia, Franco Motta, Liberata Nicoletti, Annapina Paladini, Francesco Panarelli, Giuseppe Patisso, Carla Pedicino, Manuela Pellegrino, Luciana Petracca, Stefano Picciaredda, Cosimo Damiano Poso, Michele Romano, Andrea Savio, Giovanni Schininà, Jens Späth, Francesco Storti, Valerio Vetta

Technical Secretary:
Fausto Ermete Carbone, † Francesco Martelloni

Principal Contact:
Michele Romano - *Executive Managing Editor*
E-mail: michele.romano@unisalento.it

Support Contact:
Coordinamento SIBA - Università del Salento
Phone: 0832 294261-2-3
E-mail: siba@unisalento.it

Sede: Monastero degli Olivetani, Viale S. Nicola, 73100 - Lecce
<https://www.dsssu.unisalento.it/>

I saggi sono sottoposti a *double-blind peer review*.
La pubblicazione a stampa di questa rivista inizia nel 1987 e la versione elettronica nel 2013.

Autorizzazione del Tribunale di Lecce n. 2 del 27 febbraio 2012

Itinerari di ricerca storica

anno XXXIX
2025, 1
nuova serie

*Controllo sociale, gestione dell'emergenza e reazioni
collettive nelle crisi pandemiche ed epidemiche.
Prospettive d'analisi e casi di studio*

(a cura di Elisabetta Caroppo e Ferdinando Spina)



**UNIVERSITÀ
DEL SALENTO**

ISSN 1121-1156
eISSN 2385-2739

Proprietà letteraria riservata

UNIVERSITÀ DEL SALENTO - Printed in Italy

Epidemie/pandemie, istituzioni, conflitti: una premessa

ELISABETTA CAROPPO - FERDINANDO SPINA

In questo numero si presentano i primi risultati dei progetti di studio e ricerca illustrati durante il convegno tenutosi presso l'Università del Salento (Dipartimento di Scienze Umane e Sociali) tra il 9 e il 10 gennaio del 2025 sul tema *Controllo sociale, gestione dell'emergenza e reazioni collettive nelle crisi pandemiche ed epidemiche. Prospettive d'analisi e casi di studio (secc. XIX-XXI)*, organizzato all'interno delle attività del PRIN 2020 *Inhabiting Uncertainty. A Multifaceted Study on the Relationship between Social Attitudes and Lifestyles in Pandemic Spaces*.

La situazione emergenziale causata dal Covid-19 ha generato profonde alterazioni dell'abitare individuale e collettivo, normalizzando abitudini sociali e stili di vita inediti ed eccezionali, di cui si è resa necessaria l'analisi in chiave multidimensionale e su più livelli epistemologici. La crisi pandemica, inoltre, ha portato in primo piano questioni come quelle del rischio e dell'incertezza, delle modalità adottate per fronteggiare l'emergenza, delle risposte collettive generatesi – in termini di fiducia o meno – nei confronti delle soluzioni adottate. Per cui, partendo da tutto questo, e in linea con le finalità del PRIN, l'Unità di ricerca di Lecce, composta da Elisabetta Caroppo e Ferdinando Spina, avvalendosi della collaborazione di Angelo Galiano e Manuela Pellegrino (dello stesso ateneo), ha promosso il convegno in questione, con l'obiettivo di perseguire una prospettiva di analisi in grado di raccogliere la condivisa sfida della complessità e dei suoi paradossi mediante l'interdipendenza dei saperi.

Nello specifico, alla luce anche del bisogno di aggiungere elementi utili di conoscenza su epidemie e pandemie esplose nel mondo in età contemporanea, si è proposto di indagare in maniera più approfondita i processi di controllo sociale posti in essere in situazioni di crisi epidemica o pandemica e in un arco di tempo orientativamente compreso tra il XIX e il XXI secolo, prediligendo proposte dal taglio multidisciplinare e attente soprattutto alla prospettiva storica e alle dimensioni territoriale, sociale, economica, politica e della salute. Tra le questioni su cui si è focalizzato maggiormente lo sguardo sono rientrate: le misure attraverso le quali gli individui si conformano, per autodisciplina, alle strategie di riduzione del rischio pandemico prescritte dalle conoscenze medico-scientifiche e imposte dalle autorità politiche; le modalità con cui i cittadini reagiscono alle rigide limitazioni alle libertà costituzionali (autodisciplinandosi o adottando comportamenti devianti); le motivazioni razionali, i valori e gli stati emotivi che si sono creati in termini di rispetto o meno delle misure restrittive; le forme di controllo sociale informale (sanzioni, delinquenza, vigilantismo) innescatesi e, *in primis*, nei confronti dei "disobbedienti"; i livelli e le forme di criminalità verificatisi in tempi di crisi; le trasformazioni, infine, del modo di abitare gli spazi pubblici e privati in tempi di crisi epidemica/pandemica e gli effetti di tali trasformazioni sul piano degli stili di vita, delle relazioni intersoggettive, della comunicazione, delle strutture e dei corpi urbani.

Ne sono derivate due prospettive di discussione, la prima di carattere più squisitamente storico, basata sul presupposto generale che lo studio delle epidemie e delle pandemie

non possa prescindere dalla dimensione diacronica non per semplice esercizio accademico, ma per comprendere meglio l'azione condotta dagli attori sociali e le strategie più idonee da adottare; mentre la seconda di taglio per lo più sociologico e medico, incentrata sulle ricadute prodottesi sul versante della ridefinizione del quotidiano e sul rapporto del Covid-19 con gli stili di vita, con un interesse mirato sui giovani (e anche in rapporto agli ambienti digitali). Dei temi di discussione affrontati si dà conto per l'appunto in questo numero e si riserva ad essi spazio anche nel secondo del 2025.

Passando ai contenuti dei saggi qui pubblicati, che comprendono anche due contributi sull'età moderna, sul governo dell'emergenza e sulle forme di assistenza nel caso della peste nell'Abruzzo di metà Seicento si sofferma il contributo di Silvia Mantini, nel quale la peste del 1656-1657 diventa un momento rivelatore delle strutture straordinarie di governo – in particolare i Tribunali della Peste –, delle complesse e spesso conflittuali relazioni tra autorità centrali, magistrature locali e istituzioni ecclesiastiche e delle pratiche di controllo sanitario adottate. Si mettono pertanto in luce i limiti e le potenzialità di un modello di co-gestione policentrica dell'emergenza e la capacità dell'epidemia – in linea con le più recenti sollecitazioni provenienti dai *Disaster Studies* e dalla storia delle emozioni – di andare oltre la semplice parentesi emergenziale costituendo piuttosto un potente fattore di trasformazione istituzionale, sociale e culturale.

In un Abruzzo in cui si susseguirono epidemie e fratture sociali, e terremoti che scandirono la storia delle ricostruzioni delle città e delle loro comunità, il convivere con una minaccia in agguato creò difatti una coscienza della precarietà che, unitamente alle guerre, produsse nelle società e nelle istituzioni un'attitudine al frequente riorientamento urbano, sociale, economico e religioso. A completare il quadro si aggiunge lo sguardo dell'autrice verso le debolezze dei sistemi di controllo e il coinvolgimento di religiosi e laici nell'assistenza spirituale e materiale ai malati, fattore anch'esso di ridefinizione (e degli spazi del sacro) e forte riprova dell'importanza della rete delle confraternite nel tessuto sociale abruzzese del XVII secolo.

Segue il saggio di Fausto Ermete Carbone, che s'incentra sul vaiolo nel Settecento e con specifico riferimento al suo rapporto con le strategie di colonizzazione degli inglesi e con la questione amerindia nell'America del Nord, ponendo al centro dell'attenzione l'uso dell'epidemia in chiave di espansione bellica e militare. Nel ripercorrere il ruolo del vaiolo come strumento politico e militare nell'ambito della colonizzazione britannica del Nord America tra il XVII e il XVIII secolo, e soprattutto come potenziale distruttivo praticato dalla Gran Bretagna sugli indigeni del Nord America, l'autore lega il tema delle epidemie a quello della violenza coloniale e mostra come la consapevolezza tecnica della contagiosità, unita al linguaggio politico e teologico della "purificazione" dei territori, creò un terreno mentale favorevole alla trasformazione del morbo in strumento.

Ne viene fuori un lavoro che, declinando tra l'altro l'applicazione delle malattie endemiche al tema dei nativi americani come una «umanità al di fuori dei confini giuridici» e restituendo anche significativi spunti di approfondimento sull'identificazione dei nativi come «razza», evidenzia con efficacia come l'uso del contagio non fosse un'eccezione ma s'inquadrasse in un processo storico di lungo periodo risalente almeno al Seicento. Lo stesso episodio di Fort Pitt, interpretato in genere come un caso isolato di guerra batteriologica *ante litteram*, viene non a caso qui inserito in una più ampia genealogia di pratiche e rappresentazioni tali da giustificare l'uso del contagio contro le popolazioni amerindie.

Sul colera in età liberale, e adottando una scala di lettura microanalitica circoscritta a un'antica provincia del Mezzogiorno d'Italia come quella di Terra d'Otranto

(corrispondente alle attuali province di Brindisi, Lecce e Taranto), si concentra poi il contributo di Elisabetta Caroppo, che all'interno del variegato panorama delle epidemie/pandemie che contrassegnarono l'età contemporanea considera il colera come uno dei più suggestivi da indagare in virtù del suo forte impatto sociale e della sua capacità di incidere profondamente nell'immaginario collettivo. Così, in un arco cronologico compreso all'incirca tra gli anni '60 dell'800 e la Prima guerra mondiale, s'investiga sulla gestione dell'emergenza sanitaria e dell'ordine pubblico, ricostruendo i meccanismi di fiducia/sfiducia e le azioni di protesta che si vennero a creare. Tra scala locale, nazionale e dimensione internazionale (guardando alle conferenze sanitarie indette in Europa per affrontare l'emergenza sanitaria), s'illustrano inoltre i rapporti che intercorsero tra società, istituzioni sanitarie territoriali, propaggini del governo centrale e amministrazioni provinciali e comunali, rivelando le grosse difficoltà di attuare in periferia i provvedimenti più ampi e la serie di conflitti – vecchi e nuovi – che si innescarono all'atto dell'esplosione dell'epidemia. Né minore importanza viene riservata ai tentativi compiuti da *élites* locali per trasformare la malattia da catastrofe sanitaria e umana in vantaggiosa occasione di ascesa politica o di investimento economico, così come alle alterazioni delle percezioni negli immaginari collettivi che alimentarono manifestazioni di profondo disagio o ribellioni di tipo politico sfociate in alcuni casi in vere e proprie vendette criminali.

Sulla spagnola, invece, tra il 1918 e il 1919, si sposta lo studio di Antonio Baglio e di Fabio Milazzo che, sempre in una prospettiva di lettura territoriale, si sofferma sul caso della Sicilia, puntualmente analizzato tra emergenza sanitaria, risposta istituzionale e opinione popolare. Vengono in esso ricostruiti gli effetti dell'influenza in varie zone dell'isola, attestando l'ampio coinvolgimento della Sicilia nelle dinamiche del primo conflitto mondiale e gli sforzi compiuti in termini di politiche sanitarie e di profilassi da istituzioni ed enti di assistenza per far fronte al problema pandemico.

Sotto la lente dei due autori sono anche le reazioni della popolazione e della società civile (atteggiamenti, pratiche e opinioni) nei confronti della paura del contagio e dei provvedimenti operati e da questo punto di vista, nonostante gli sforzi fatti, soprattutto nelle fasi più acute, la gestione della pandemia si rivela non poco sommaria e lacunosa – come a Palermo o a Catania –, contribuendo a scatenare panico e rabbia tra la popolazione. Tale gestione, di fatto, rappresenta nel complesso, e per molti versi, il riflesso di una più generale confusione che aveva contraddistinto la situazione globale, col risultato di una molteplicità di tentativi, misure e soluzioni adottate in ordine sparso sui territori perlopiù sulla base di esigenze locali, senza un effettivo coordinamento in grado di oltrepassare i confini provinciali né una chiara definizione, anche all'interno delle province, delle competenze, delle funzioni e dei poteri con cui amministrare la sanità.

Ancora sulla spagnola, ma in un'ottica internazionale, si concentra l'interesse di Michele Romano che, partendo da una pregnante riflessione sulle numerose pubblicazioni apparse sul tema nel corso del tempo e sull'ampio panorama di approcci metodologici praticati (tali da rendere quantomai difficile un'operazione di sintesi interpretativa e metodologica condivisa), interrogandosi anche sulle ragioni che hanno portato a dimenticare la spagnola nella narrazione collettiva riguardante la Prima guerra mondiale e su problemi relativi al genoma e all'isolamento del virus, offre indicazioni metodologiche preziose sull'approccio alle fonti e scorge nell'osservazione clinica ospedaliera, della comunicazione medica ufficiale e della documentazione statuale quanto di più adeguato per fornire risposte scientificamente fondate ai fini di una ricerca su un

tema così complesso. Avvalendosi in particolare di documenti inediti e da un'angolatura originale, l'autore ripercorre la storia epidemiologica del «morbo crudele», esaminandone l'esordio, la sorveglianza e la profilassi negli Stati Uniti d'America. Ne emerge tra l'altro la stretta collaborazione degli Stati Uniti con l'Italia per l'esercizio del controllo su scala continentale o globale delle possibili minacce sanitarie, collaborazione che nasceva in larga misura dalle conseguenze della disfatta di Caporetto del 1917 e che si sostanzia in una minuziosa comunicazione sanitaria tra i due Paesi che sembrerebbe confermare l'ipotesi del territorio americano come luogo d'origine dell'influenza in questione.

Sulla pandemia da Covid-19 si spostano infine i contributi di Stefano Picciaredda e di Manuela Pellegrino, che s'interrogano sulle forme e i momenti della negazione del virus nell'Africa subsahariana, nel primo caso, e sulla gestione dell'emergenza, sulla disinformazione e sulle strategie politiche praticate dal Governo russo nella prima fase della pandemia nel secondo. A trarne proficuamente vantaggio è la ricostruzione delle dinamiche della percezione, delle ricadute psico-sociali e del rapporto del virus con la religione nel continente africano nel saggio di Picciaredda e la chiara descrizione del funzionamento del «sistema Russia» in quello di Pellegrino, all'interno di uno Stato – la Federazione Russa – che pur definendosi democratico si caratterizza in realtà per una gestione ancora dall'alto del potere e per un Governo tendente a influenzare l'opinione pubblica attraverso il controllo dell'informazione e dei mezzi di comunicazione.

Come mostra Picciaredda, più esattamente, e con una proposta di lettura che considera anche il problema dell'applicazione del *lockdown* negli Stati africani e che fornisce peraltro utili elementi di confronto tra il caso esaminato e quello latino-americano, molteplici sono state le forme di rifiuto verso una malattia sentita di fatto in Africa come “occidentale”, e dunque verso modalità di cura avvertite come estranee al caso africano. Sicché, un po' per la ricerca di rimedi locali, un po' per la diffidenza verso soluzioni concepite altrove e imposte dall'alto, un po' per i traumi del *lockdown* e per l'incisiva predicazione antiscientifica di movimenti religiosi alla ricerca di popolarità a basso costo, lo stesso vaccino anticovid è stato visto negativamente, pensato come ideato dai “bianchi” per danneggiare le popolazioni locali.

Quanto al contributo di Pellegrino, in un contesto in cui il virus è stato per la Russia uno strumento di strategia geopolitica e la crisi pandemica ha rappresentato l'occasione per migliorare la sua immagine e il suo *soft power* all'esterno ampliando la propria influenza, notevole riguardo è stato posto nei confronti della *dezinformacija*, strumento di politica interna ed estera attuato sia sul fronte del controllo del consenso interno, sia anche di quello della costruzione di una narrazione internazionale indirizzata a rafforzare l'immagine della Russia screditando l'Occidente. Centrali, inoltre, sono risultate sia quelle strategie di politica estera che si sono avvalse della cosiddetta «diplomazia della salute» per far sì che la Russia si presentasse come uno Stato benevolo e prodigo di aiuti verso Paesi in difficoltà (l'operazione *Dalla Russia con amore* ne è stato un esempio), sia la successiva «diplomazia dei vaccini», di fatto funzionale alla ricerca del consenso.

Piuttosto che proporre una sintesi conclusiva, questo numero intende offrire materiali, domande di ricerca e prospettive interpretative utili a comprendere come le società reagiscono alle crisi epidemiche e come tali crisi, ben oltre la loro durata contingente, contribuiscano a rimodellare strutture sociali, immaginari collettivi e culture politiche.

Attraversando contesti storici e geografici differenti, i saggi qui raccolti mostrano nel loro insieme come le epidemie e le pandemie rendano manifeste la fragilità degli equilibri istituzionali e la tensione tra tutela della salute e libertà fondamentali, nonché il ruolo decisivo giocato da emozioni, costrizioni sociali e forme di fiducia, o di rifiuto, nei

confronti dell'autorità politica o medica. Proprio in questa direzione si orientano i contributi di taglio sociologico che saranno presentati nel secondo numero del 2025.

Elisabetta Caroppo e Ferdinando Spina
(Università del Salento)

Controllo sociale, gestione dell'emergenza e reazioni collettive
nelle crisi pandemiche ed epidemiche.
Prospettive d'analisi e casi di studio

a cura di ELISABETTA CAROPPO e FERDINANDO SPINA

SAGGI

- 5 SILVIA MANTINI
“Il mal di contagio”: peste, governo dell'emergenza e forme di assistenza nell'Abruzzo moderno
- 15 FAUSTO ERMETE CARBONE
«Tutto ciò che serve per estirpare questa esecrabile razza». Gli inglesi, il vaiolo e la questione amerindia in America del Nord (1713-1763)
- 27 ELISABETTA CAROPPO
Il colera in Terra d'Otranto in età liberale: ordine pubblico, sfiducia e azioni di protesta
- 49 ANTONIO BAGLIO – FABIO MILAZZO
L'influenza “spagnola” in Sicilia (1918-1919) tra emergenza sanitaria, risposta istituzionale e opinione popolare
- 67 MICHELE ROMANO
Storia epidemiologica del “morbo crudele” (1918-20). Studi di caso su esordio, sorveglianza e profilassi dell'influenza spagnola (gli Stati Uniti)
- 103 STEFANO PICCIAREDDA
Il “virus dei bianchi”. Forme e momenti della negazione del “Covid” nell'Africa subsahariana
- 115 MANUELA PELLEGRINO
Gestione dell'emergenza, disinformazione e strategie politiche in Russia ai tempi del Covid-19. Le prime reazioni del Governo
- 129 GLI ABSTRACT
- 137 GLI AUTORI

SAGGI

“Il mal di contagio”: peste, governo dell’emergenza e forme di assistenza nell’Abruzzo moderno

SILVIA MANTINI

Tra crisi epidemiche e governo della precarietà: l’Abruzzo come laboratorio di confine

La recente e sempre più ricca storiografia italiana e internazionale sul tema delle epidemie ha evidenziato quanto oggi non sia stata solo l’accelerazione data dal Covid a incrementare le attenzioni nei confronti del tema delle epidemie, quanto la consapevolezza che il paradigma “epidemie/società/trasformazioni” sia, in un quadro complessivo dei cambiamenti storici, la chiave per indagare sull’impatto non solo sulla vita dei singoli uomini e delle singole donne, ma anche sulla religione, sulle arti, sull’evoluzione della medicina, sulle culture del pianeta¹.

Le epidemie furono in età moderna momenti traumatici che crearono *shock* fortissimi in società spesso già in crisi economiche e prive di rimedi sanitari, ma da cui le comunità seppero riprendersi riadattando le proprie fragilità in coesioni e riprese che si rivelarono, con il tempo, sempre più ricche di soluzioni.

In questo quadro, l’Abruzzo costituisce un osservatorio di particolare interesse non solo per la ricorrenza di eventi epidemici e calamitosi, ma anche per la sua collocazione geopolitica periferica rispetto al centro decisionale del Regno di Napoli, per la frammentazione istituzionale del territorio e per la funzione di zona di transito tra aree politicamente e amministrativamente differenti (Stato pontificio, Adriatico, province interne del Regno).

In questo senso, l’analisi delle epidemie in Abruzzo consente di osservare non soltanto le modalità di reazione a un evento sanitario estremo, ma anche i meccanismi di adattamento istituzionale e sociale messi in atto in contesti caratterizzati da risorse limitate, pluralità di competenze e forte interdipendenza tra centro e periferia. Le crisi epidemiche diventano così un prisma attraverso cui leggere le trasformazioni delle pratiche di governo, delle gerarchie locali e delle forme di controllo sociale.

Le ondate di contagi epidemici furono, nell’Europa moderna, eventi ricorrenti e devastanti, che imposero strategie di contenimento che, di volta in volta, si articolavano in risposta alle condizioni locali, alle risorse disponibili e agli assetti istituzionali.

Al confine settentrionale del Regno di Napoli, l’Abruzzo conobbe epidemie e fratture sociali che si susseguirono, alternandosi ai terremoti che scandirono la storia delle ricostruzioni delle città e delle loro comunità, dalla fondazione medievale fino all’età contemporanea. Convivere con una minaccia in agguato era, dunque, una coscienza della precarietà che, unitamente alle guerre, creò nelle società e nelle loro istituzioni una attitudine al frequente riorientamento urbano, sociale, economico e religioso. Questa stratificazione di crisi contribuì a modellare una cultura amministrativa e sociale

¹ M.H. GREEN, *Plague (Yersinia pestis)*, in *Encyclopedia of the History of Science* (May 2024) doi: 10.34758/dy11-5697; ID., *The Globalisations of Disease*, in N. BOVIN, R. CRASSARD, M.D. PETRAGLIA, a cura di, *Human Dispersal and Species Movement: From Prehistory to the Present*, ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2017, pp. 494-520 ; S. FERENTE, *Storici ed emozioni*, in «Storica», 15, 2009, pp. 43-45.

dell'emergenza, fondata su soluzioni pragmatiche, negoziazioni istituzionali e una costante riorganizzazione degli equilibri tra poteri locali e rappresentanti del governo regio.

Le risposte di riadattamento e le politiche delle emergenze si sono modulate nei secoli proprio sulle alternanze a singhiozzo tra una rinascita da una pandemia e una calamità sismica, nella costruzione di convivenze con precarietà psicologiche e smarrimenti, che hanno "abituato" alcune comunità a forme di resilienza quasi scontata, ma non meno sofferta, anche nelle nuove generazioni giunte provate, e in parte temperate, al Covid 2019 dalla devastazione esistenziale del sisma del 2009².

L'Abruzzo, regione di confine rispetto allo Stato pontificio e affacciata su un litorale esposto ai traffici adriatici, costituisce un osservatorio privilegiato per comprendere le interazioni tra politiche centrali, economie locali e percezioni comunitarie del rischio. Episodi come la grande peste del 1656-1657 rivelano la natura multidimensionale dell'emergenza: crisi sanitaria, crollo emotivo, pressione fiscale, migrazioni e contrazioni demografiche.

Come reagire a *shock* post traumatici che sgretolano certezze? Oggi la storia, anche alla luce delle più recenti correnti storiografiche dei *Disaster Studies* e della storia delle emozioni, consente di ricostruire i riorientamenti di individui e comunità di fronte alla sopraffazione di eventi naturali e non solo. Eventi che, nei secoli, hanno generato modalità di riadattamento volte a costruire progetti di sicurezza e sistemi di convivenza in contesti complessi e continuamente abitati.

In questa prospettiva, l'analisi delle epidemie consente di interrogare non solo le risposte istituzionali, ma anche i processi di interiorizzazione della norma, le pratiche di autodisciplina e le forme di devianza che emergono in situazioni di controllo sanitario prolungato.

Tra epidemie e frequenti – spesso sovrapposti – terremoti, l'Abruzzo ha rappresentato in età moderna, e non solo, un laboratorio di co-gestione politica, di saperi medici formali e informali, di devozioni plurime in una ricchezza di fonti sempre ancora da indagare.

L'Abruzzo e L'Aquila nella crisi del 1656: la struttura amministrativa dell'emergenza e la co-gestione tra centro e periferia

La peste del 1656 colpì Napoli con virulenza eccezionale, imponendo al governo vicereale un massiccio impiego di personale, istituzioni straordinarie e misure coercitive³. Tuttavia, la capacità di controllo del potere centrale diminuiva proporzionalmente alla distanza dalla capitale. Dalla capitale, dove l'epidemia era già dilagata e da Napoli in molti fuggivano verso le province.

La perifericità dell'Abruzzo rese difficoltoso l'allestimento tempestivo dei Tribunali della Peste e misure di isolamento sanitario, mentre il sistema amministrativo, segnato da giurisdizioni sovrapposte e da frequenti conflitti tra magistrature civili, forensi e sanitarie, generava cortocircuiti decisionali.

Il Viceré e il Collaterale dialogavano con difficoltà con i presidi di Abruzzo Ultra e

² S. MANTINI, *I terremoti e la ri/costruzione di una storia: Lisbona, San Francisco e L'Aquila*, in «Memoria e Ricerca», 28, 64, 2/2020, pp. 347-384.

³ I.M. FUSCO, *La grande epidemia: potere e corpi sociali di fronte all'emergenza nella Napoli spagnola*, Napoli, Guida, 2017; L. FUMI, *La peste di Napoli del 1656 secondo il carteggio inedito della Nunziatura Pontificia*, Roma, Tip. Poliglotta, 1895.

Citra, attenti ai bisogni del territorio e non solo all'emergenza della epidemia. Le autorità municipali, spesso riluttanti a interrompere traffici e fiere, osteggiarono le misure di chiusura dei confini, generando una tensione strutturale tra salute pubblica e sopravvivenza economica. L'effettività delle direttive centrali dipese così dalla capacità negoziale dei poteri cittadini e dalla disponibilità di risorse locali.

Il complesso tentativo di uniformare, a partire da Napoli, le risposte delle autorità periferiche innescò cortocircuiti decisionali che favorirono spesso la produzione di soluzioni improvvisate nei territori colpiti, disorientati da un fenomeno tanto dilagante quanto generatore di smarrimenti emotivi e amministrativi. Garantire la salute pubblica era una responsabilità delle istituzioni statali, che dovevano conciliare l'assistenza all'ampia popolazione della capitale così come alle altre città del regno già dai primi mesi del 1656.

Il Viceré, già impegnato nella gestione della malattia a Napoli, non riuscì dunque fin dall'inizio a controllare ciò che accadeva nel territorio e la diffusione del contagio dipese anche dall'inefficienza del governo centrale sulle sue periferie. Dove i poteri locali riuscirono a governare autonomamente il proprio territorio, l'epidemia fu meglio gestita e controllata in una co-gestione tra forze del territorio e indicazioni del governo.

In particolare, era importante controllare le misure di contenimento nei confini dei territori della Monarchia, come al settentrione del Regno di Napoli tra Stato Pontificio e Adriatico. La veloce diffusione della peste verso l'Abruzzo Ultra e Citra non consentì un grande dispiegamento di forze e di aiuti già impiegati in Campania, e quindi le misure deliberate dal Collaterale spesso entravano in conflitto con le numerose pratiche ed eccezioni adottate a livello locale⁴.

All'Aquila, capoluogo dell'Abruzzo Ultra, la notizia della diffusione del morbo nel Regno nella primavera del 1656 promosse l'attivazione del Tribunale della Peste, organo straordinario affiancato dal Regio Governatore, dal Preside provinciale e dal Magistrato cittadino⁵. Quattro medici furono nominati Deputati della Salute, assegnati ai quartieri cittadini, con funzioni di vigilanza epidemiologica, controllo delle famiglie contagiate e proposta dei rimedi. Le devozioni e i tentativi del Tribunale della Peste di proteggere la comunità con i controlli al confine non riuscirono a contenere l'epidemia che oltrepassò mura e castelli e attraversò monti, pianure e catene altissime per dilagare nei paesi nella valle Peligna, dell'Aterno, della Marsica fino verso il mare Adriatico.

La peste cominciò a diffondersi nell'Abruzzo Ulteriore risalendo da Castel di Sangro, città più meridionale della provincia, arrivando a Popoli. Nel maggio del 1656 la peste giunse nel capoluogo dell'Abruzzo Ultra, oltrepassando le mura della città, provocando migliaia di vittime e contagi, arginati solo in parte nel lazzaretto situato di fronte alla Fontana delle Novantanove Cannelle. Nell'estate del 1656, L'Aquila visse uno dei periodi più complessi della sua storia, perché circa tremila persone, quasi la metà della sua popolazione, fu sterminata dalla peste⁶. L'arrivo del morbo nell'aprile del 1656 accelerò una serie di provvedimenti immediati, fondati su una concertazione tra autorità civili e sanitarie.

⁴ I.M. FUSCO, *La grande epidemia*, cit.

⁵ L. LOPEZ, *La città dell'Aquila nella grande peste del 1656*, L'Aquila, Futura, 1987; L. DEL VECCHIO, *La peste del 1656-57 in Abruzzo: quadro storico, geografico, statistico*, in «Buletto della Deputazione abruzzese di storia patria», 66-68, 1976-1978, 1, pp. 83-139; L. RIVERA, *La liberazione degli Abruzzi dal flagello della peste nel 1657*, in «Rivista abruzzese: rassegna trimestrale di cultura», 10, 4, 1957, pp. 124-125.

⁶ A. DE MATTEIS, *L'Aquila e il contado: demografia e fiscalità (secoli XV-XVIII)*, Napoli, Giannini, 1973.

La decisione di instaurare quarantene rigide per chiunque giungesse da territori sospetti rispondeva alla necessità di arginare l'ingresso dell'epidemia, ma non mancarono episodi di violazione delle norme, corruzione delle guardie e falle nei sistemi di controllo, che resero l'applicazione delle misure sanitarie meno efficace del previsto.

Il Preside – il duca di Laurito – era formalmente l'anello di congiunzione con Napoli, incaricato di garantire l'applicazione delle direttive vicereali e soprattutto la difesa dei confini con lo Stato pontificio e con le province meridionali. Tuttavia, le cronache coeve, in particolare quella di Francesco Ciurci⁷, evidenziano come la sua azione fosse spesso discontinua, frammentata e talvolta orientata più alla tutela personale che alla gestione coordinata della crisi.

Il dualismo tra Tribunale della Peste e Magistrato cittadino generò conflittualità: il primo privilegiava misure coercitive, isolamento e chiusura dei flussi; il secondo doveva mantenere attivi i circuiti economici e rispondere al malcontento sociale. Il risultato fu un mosaico di provvedimenti spesso contraddittori: quarantene rigide ma frequentemente eluse, controlli alle porte facilmente corrotti, chiusure disattese per non ostacolare i commerci, competenze sovrapposte tra giustizia, sanità e governo civico⁸. Queste tensioni non devono tuttavia essere lette esclusivamente come segnali di disfunzione amministrativa, ma anche come il prodotto di un sistema di governo policentrico, nel quale la gestione dell'emergenza si costruiva attraverso continue mediazioni. La peste mise così in luce i limiti, ma anche le potenzialità, di un modello fondato su competenze frammentate e su un equilibrio instabile tra coercizione, negoziazione e consenso.

Se in teoria il Tribunale della Peste e il Magistrato avrebbero dovuto collaborare per garantire la sicurezza della popolazione, nella pratica si crearono sovrapposizioni di competenze, conflitti e inefficienze. Un esempio emblematico fu la gestione delle quarantene e della sicurezza alle porte della città: mentre il Tribunale della Peste cercava di imporre regole ferree, il Magistrato era più incline a lasciar entrare merci e persone per evitare il collasso economico.

Il Preside, dal canto suo, si trovò spesso isolato nelle decisioni, nella difficoltà di imporre un ordine uniforme e preoccupato, secondo il giudizio del cronista Francesco Ciurci, più della propria sicurezza che dell'effettiva amministrazione della crisi a livello provinciale e cittadino. La decisione del Preside Laurito di barricarsi con il suo *entourage* in una zona sicura della città, mentre il resto della popolazione era lasciato a sé stesso, generò critiche e una sfiducia crescente nelle istituzioni.

La gestione dei confini – terrestri con lo Stato pontificio e montano lungo i valichi interni – costituì uno dei punti più fragili del sistema. Il Tribunale della Peste, nei momenti di miglioramento della situazione epidemiologica, dispose il dispiegamento di soldati nei punti di accesso più vulnerabili, in particolare lungo il confine con lo Stato Pontificio e nelle strade che collegavano la città con Napoli. L'invio del patrizio Fabrizio Dragonetti con un corpo di quaranta soldati a presidiare Castel di Sangro rappresenta un raro esempio di risposta locale strutturata.

Tuttavia, il sistema si rivelò facilmente aggirabile: molte delle guardie preposte alla

⁷ BIBLIOTECA SALVATORE TOMMASI DELL'AQUILA (BTAQ), Ms. 48, FRANCESCO CIURCI, *Familiari ragionamenti et commentarii della città dell'Aquila*, cfr. anche A.L. ANTINORI, *Annali degli Abruzzi*, Bologna, Forni, 1972, Ristampa anastatica, vol. XXII; BTAQ, Ms. 580, E. MARIANI, *Memorie storiche della città dell'Aquila*, vol. G; BTAQ, ms. 297, A. LEOSINI, *Annali della Città dell'Aquila dal 1366 al 1824*.

⁸ ARCHIVIO DI STATO DELL'AQUILA (ASAg), Archivio Civico Aquilano (ACA), T 33, *Liber Reformationum*, cc. 203-239.

sovveglianza furono corrotte da mercanti e viaggiatori disposti a pagare pur di raggiungere L’Aquila. Alcuni ufficiali del Magistrato denunciarono apertamente la debolezza dei sistemi di controllo: ancora una volta senza un intervento deciso da parte del Preside, il problema rimase irrisolto e contribuì alla diffusione del contagio. Tali episodi rivelano come l’efficacia delle misure sanitarie dipendesse non solo dall’emanazione delle norme, ma dalla loro accettazione sociale e dalla capacità delle istituzioni di farle percepire come legittime, soprattutto in contesti in cui la sopravvivenza economica entrava in conflitto con l’obbligo dell’isolamento.

Il caso dell’Aquila nel 1656 offre un’interessante chiave di lettura per comprendere le modalità con cui una città di confine all’interno del Regno di Napoli gestì la peste, attraverso un sistema di cogestione dell’emergenza che coinvolse istituzioni centrali e attori locali, mettendo in evidenza le difficoltà di coordinamento in tempo di crisi, rivelando le fragilità di un sistema amministrativo basato su competenze frammentate e interessi divergenti.

L’epidemia rese manifeste le carenze di un modello di governo che, se da un lato si affidava a figure di comando come il Preside, dall’altro doveva fare i conti con le resistenze delle istituzioni locali, in particolare del Magistrato e della Camera, ma anche con le pressioni economiche e le aspettative della popolazione dei quattro quarti della città. L’episodio aquilano dimostra che, in un contesto di emergenza sanitaria, la mancanza di una direzione unitaria e di controlli efficaci può amplificare il disordine e aggravare le conseguenze della crisi.

L’assenza, per così dire di una incisiva direzione del Preside, come rappresentante del governo della Capitale, favorì tuttavia un attivismo amministrativo locale che, pur in una formula poco armonica tra le istituzioni, consentì la proclamazione della “Salute” a poco più di un anno dall’esplosione dell’epidemia.

Il funzionamento di una magistratura apposita di gestione dell’emergenza, in questo caso il Tribunale della Peste, se da un lato impose norme fortemente restrittive per il contenimento dell’epidemia, spesso in contrasto con il governo locale, dall’altro riuscì a costruire una connessione pragmatica con le amministrazioni che spinsero a configurare un sistema funzionante pur in autonomia dal Governo di Napoli.

Assistenza medica, risposte emotive e pratiche religiose

La rete ospedaliera aquilana – gli antichi ospedali cittadini, in particolare Sant’Antonio Abate e San Salvatore – fu investita da un compito di gestione differenziata⁹: il primo divenne luogo di sepoltura¹⁰, il secondo fu volutamente escluso dal ricovero degli appestati per preservarne il ruolo medico ordinario.

Erano i medici più giovani e i meno abbienti che seguivano i malati nelle abitazioni private e talvolta nei lazzaretti da cui solo pochi malati uscivano vivi. L’Ospedale San Salvatore, principale distretto sanitario fu esentato dal ricovero dei malati di peste per evitare la diffusione del contagio¹¹.

⁹ ARCHIVIO SEGRETO VATICANO (ASV), Congr. Concilio, Relat. Dioc. 65A; BTAq, Ms. 1, C. CRISPOMONTI, *Istoria dell’origine e fondazione della città dell’Aquila*.

¹⁰ ARCHIVIO DELL’ARCIDIOCESI DELL’AQUILA (ADAQ), Fondo Capitolare, Ospedale di S. Antonio, bb. 1830-1832.

¹¹ ASAQ, Ente Comunale Assistenziale, b. 7, *Ospedale San Salvatore*, Fascicolo 1, Notizie, e titoli di fondazione dello stabilimento. Regolamento per l’amministrazione e servizio interno dell’Ospizio; ASAQ,

I medici curavano con rimedi noti, descritti con ricchezza di particolari nella cronaca del medico aquilano Francesco Ciurci, che accenna anche a tutta una serie di rimedi preventivi da usare nei primi sintomi della peste¹². La cronaca di Ciurci documenta il ricorso a rimedi della tradizione umorale – fumigazioni, pozioni, unguenti – e l’uso di misure preventive che anticipano forme di disciplinamento sanitario diffuse nei decenni successivi.

La creazione, inoltre, della Deputazione della Salute, consentì alle istituzioni governative di mantenere un rapporto costante con questi quattro medici che monitoravano, nei loro quartieri lo stato della diffusione della malattia, la densità delle presenze contagiose spesso poi destinate ai lazzaretti, la presenza nelle case più grandi e agiate di isolamenti interni di pazienti le cui cure erano affidate a medici privati. Certamente questi dottori non erano lieti di prestare cure pericolose per loro stessi: i medici più anziani erano esigenti per le loro prestazioni e i medici più giovani finirono col farsi carico dell’assistenza ai contagiati con compensi meno esosi, pur a costo della vita.

Il lazzaretto della Rivera, retto dai Fatebenefratelli, risultò presto insufficiente. I condannati a morte furono impiegati per trasportare malati e cadaveri in cambio di possibili grazie; i religiosi, in particolare Oratoriani e Cappuccini, svolsero funzioni di assistenza spirituale e materiale, somministrando sacramenti e coordinando processioni penitenziali¹³.

All’Aquila gli Oratoriani, oltre a garantire interventi di carattere assistenziale, fornirono un supporto spirituale alla collettività durante lo scoppio della peste occupandosi anche di somministrare i sacramenti della Penitenza e del Viatico a coloro che fossero stati sul punto di morire.

Il Preposito oratoriano Giambattista Magnante predispose inoltre nuove processioni per le strade dell’Aquila, nel tentativo di rinnovare l’atto di penitenze e di implorare il perdono e la grazia per i concittadini, nella convinzione che il morbo, un po’ come il terremoto del 1646, fosse stato il risultato di una punizione¹⁴.

Il coinvolgimento di religiosi e laici nell’assistenza spirituale e materiale ai malati sottolinea anche l’importanza della rete confraternale nel tessuto sociale del XVII secolo, unitamente alla rete degli antichi ospedali dell’Aquila¹⁵.

La peste provocò risposte collettive che intrecciarono paura, devozione e ricerca di

ACA, U 108, *Introiti ed esiti dell’Ospedale Maggiore dal 1692 al 1693*; Cfr. S. MANTINI, *Storiografia e fonti sull’assistenza nell’Abruzzo Ulteriore (secc. XIII-XVII)*, in «RiMe - Rivista dell’Istituto di Storia dell’Europa Mediterranea», 4/I, 2019, pp. 83-101.

¹² Sui rimedi contro la peste di veda: A. TANTURRI, *Terapie contro la peste nel Mezzogiorno moderno*, in «Ricerche di Storia sociale e religiosa», 33, 65, pp. 181-193; ID., *L’infesto dono dell’Arabia. Vaiolo e vaccinazione nel Mezzogiorno preunitario (1801-1861)*, Unicopli, Milano, 2014; ID., *Il “soffio avvelenato del contagio”. La peste di Noja del 1815-16*, Unicopli, Milano, 2018; ID., *Il flagello delle indie. L’epidemia colerica del 1836*, Venezia, Morcelliana 2022.

¹³ Sul ruolo dei cappuccini, cfr. *Processo delli morti in servizio delli appestati: contributo di un codice cappuccino alla storia dell’epidemia del 1656-1657 in Abruzzo*, introduzione, edizione e note a cura di L. DEL VECCHIO, L’Aquila, Frati Minori Cappuccini, 2006.

¹⁴ Cfr. S. BOERO, *Eresia e santità: Giambattista Magnante tra corti cardinalizie e Inquisizione*, Milano, Biblion, 2022; ID., *San Filippo Neri e gli Oratoriani dell’Aquila: particolarmente il clero aveva bisogno d’esser riformato*, Roma, Aracne, 2017.

¹⁵ S. BOERO, «Ciascuno pretendeva d’aver titolo d’anzianità e di precedenza sull’altro»: controversie e politiche assistenziali nelle confraternite aquilane (secc. XVI-XVIII), in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 2, 2017, pp. 329-360.

protezione¹⁶: voti pubblici ai santi protettori (Giovanni da Capestrano, Celestino V, Bernardino), processioni e riti penitenziali, richieste insistenti di riapertura delle chiese, chiuse in alcuni momenti per ragioni sanitarie.

L'emergenza contribuì così a ridefinire anche i confini del sacro: gli spazi del culto, pur percepiti come luoghi di protezione, divennero oggetto di regolamentazione politica e sanitaria.

Il declino del contagio impose una complessa gestione della fase di “purificazione”: distruzione di indumenti, isolamento di oggetti potenzialmente infetti, quarantena universale. La proclamazione della “Salute” nel maggio 1657 fu accompagnata da processioni e celebrazioni pubbliche che sancivano il ritorno all'ordine simbolico e religioso¹⁷.

Nel febbraio del 1658, a pochi mesi dalla fine dell'epidemia gli aquilani erano pronti a tornare in piazza e a celebrare, con grandi assembramenti i festeggiamenti per la agognata nascita, dopo la morte del fratello, del Principino Filippo Prospero, figlio del re Filippo IV, su cui poggiava il destino dell'eredità sovrana degli ultimi Asburgo, che invece vivrà solo quattro anni¹⁸.

Se è vero che la durata della comparsa della peste all'Aquila e nel circondario fino al momento della remissione dell'epidemia durò circa un anno, molto più lungo e pesante fu il periodo di una ripresa che, nel vero senso del termine, non ci fu mai¹⁹.

Le pratiche devozionali non rappresentarono soltanto una risposta spirituale alla paura del contagio, ma svolsero anche una funzione di ricomposizione simbolica del corpo sociale. In un contesto segnato da isolamento, sospetto e rottura dei legami comunitari, rituali e celebrazioni contribuirono a ristabilire forme di appartenenza condivisa, rafforzando il ruolo delle istituzioni religiose come mediatori tra sofferenza individuale e ordine collettivo.

Oltre L'Aquila: casi abruzzesi tra il 1656 e il 1658

La distanza da Napoli e l'inesorabile sfilacciamento del rapporto politico tra le province con la Capitale portarono la popolazione dell'Abruzzo Ultra e dell'Aquila a una costante migrazione verso Napoli, esente dalla Corona di imposte dirette, che gravavano invece pesantemente sulle province²⁰.

Un processo migratorio che aggravò la situazione dell'Abruzzo Ultra soprattutto per lo svuotamento demografico e l'abbandono dei campi, ma preoccupava molto Napoli le cui entrate si basavano sugli introiti delle Province. La peste nei centri dell'Abruzzo aquilano vide sempre dimezzamenti della popolazione con drastici riduzioni di fuochi, aggravati dalla difficoltà delle Deputazioni di Sanità di raggiungere luoghi impervi. Le amministrazioni locali in questi casi riuscirono con autonomia e con l'aiuto delle

¹⁶ A questo proposito, si vedano in particolare i testamenti redatti in ASAq, Notarile, Giovan Carlo Petruccio Celio, b. 725; sui testamenti e, in particolare, su quelli femminili si veda R. COLAPIETRA, *Gli Aquilani di Antico regime dinanzi alla morte*, L'Aquila, Colacchi, 1986.

¹⁷ F. CIURCI, ms. *Familiari ragionamenti* cit., c. 330v-c.333v.

¹⁸ S. MANTINI, *Appartenenze storiche. Mutamenti e transizioni al confine del Regno di Napoli tra Seicento e Settecento*, Roma, Aracne, 2015, pp. 113-132.

¹⁹ S. MANTINI, *L'Aquila spagnola. Percorsi di identità, conflitti, convivenze (secc. XVI-XVII)*, Roma, Aracne 2009.

²⁰ I.M. FUSCO, *Peste, demografia e fiscalità nel regno di Napoli nel XVII secolo*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

confraternite e degli ordini religiosi a consentire il risollevarsi delle comunità. Il Viceré, preoccupato per la diffusione del contagio, adottò misure restrittive, in particolare limitando i commerci. Nel marzo 1658 un bando vicereale introdusse ulteriori restrizioni ai movimenti e ai commerci nelle province, riaffermando le competenze del Preside e il controllo centrale. A differenza della peste del 1656, tuttavia, tali misure intervenivano in una fase in cui Napoli non era direttamente coinvolta, consentendo una maggiore presenza e incisività del governo centrale.

Le città abruzzesi furono colpite con diversa intensità, ma in tutte emergono elementi comuni. Lanciano, con circa il 40% di perdite demografiche, centrò la risposta sul ruolo dell'ospedale locale e sul coinvolgimento delle confraternite laicali. I cappuccini gestirono, come all'Aquila, il lazzaretto e l'isolamento domestico per le famiglie abbienti; la regolamentazione dei movimenti di merci e persone portò la città a risollevarsi nel 1658. Anche Chieti fu colpita dal flagello che dimezzò la sua popolazione²¹.

Ortona, fondamentale snodo portuale sull'Adriatico, subì il crollo dei commerci, in seguito alle chiusure, e un drastico dimezzamento della popolazione²². Il Preside, prima di concedere la ripresa delle attività commerciali, pretese inoltre tasse cospicue dalla cittadinanza già provata dall'epidemia e dalla chiusura dei commerci.

Penne, colpita più tardi, subì un forte impatto economico dalle conseguenze dell'epidemia; vide dimezzata la sua popolazione con un crollo dell'economia gestita dal governo locale, pur relazionandosi a Parma, capitale del ducato farnesiano di cui faceva parte.

Complessivamente, l'Abruzzo registrò crolli demografici significativi, abbandono dei campi, difficoltà fiscali e migrazioni verso Napoli, favorita dall'esenzione della capitale dalle imposte dirette che gravavano invece sulle province.

Epidemie, istituzioni e adattamenti: considerazioni di lungo periodo

Lo *shock* epidemico della peste costituì un banco di prova nel Seicento per gli apparati amministrativi abruzzesi. La coesistenza di magistrature temporanee (Tribunali della Peste), governi municipali, magistrature provinciali di nomina regia (Presidi) e istituzioni ecclesiastiche generò un sistema frammentato, ma dinamico.

Nei momenti di crisi estrema si definirono forme di co-gestione tra centro e periferia, attraverso pratiche di controllo sociale (quarantene, sorveglianza, chiusura degli spazi) che prefiguravano politiche sanitarie nei territori, come la pratica dei cordoni sanitari, che saranno poi più definiti all'epoca del colera.

Con il primo Ottocento la percezione dei contagi da epidemie nella popolazione e nella classe medica cambia radicalmente: non ci sono più aspettative miracolistiche e soluzioni derivanti dai sensi di colpa e quindi dalle devozioni, ma il confronto con una pratica scientifica e efficace, quella delle vaccinazioni. Le precedenti esperienze maturate con le epidemie precedenti, unitamente alle continue epidemie endemiche, consentivano, nei primi decenni del secolo XIX una maggiore fiducia nei rimedi scientifici. Tuttavia, nonostante il forte impegno istituzionale, permanevano forti timori verso la pratica della

²¹ ASCL (Archivio Storico Comunale di Lanciano), Consigli della Città di Lanciano dal 1653 sino all'anno 1670, serie 1, ms. Miscellanea vol. IV; L. DEL VECCHIO, *Processo delli morti in servizio delli appestati: contributo di un codice cappuccino alla storia dell'epidemia del 1656-1657*, cit.

²² A. DI MARCO, *Contro il mal contagioso: le disposizioni contro la peste del 1630 e del 1656 nell'Abruzzo Citra*, Ortona, Menabò, 2020.

inoculazione derivante da materia animale (da cui la parola “vaccini”), che rese la popolazione estremamente scettica nei confronti delle vaccinazioni di massa verso le quali gli organi sanitari spingevano le azioni pubbliche.

Numerosa è la documentazione riportata nei *Giornali dell’Intendenza*, conservata presso l’Archivio di Stato dell’Aquila, ma le cui informazioni sono confermate anche nelle altre città dell’Abruzzo Ultra e di quello Citra²³. Questa documentazione registra quanta diffidenza ci fu da parte delle popolazioni, tanto da indurre le istituzioni locali a ricorrere al supporto degli ecclesiastici per incidere sulle convinzioni dei fedeli.

Gli studi recenti insistono sulla necessità di integrare le epidemie nella storia generale, riconoscendole come fattori strutturali di trasformazione politica, economica e culturale, e non come parentesi emergenziali. L’Abruzzo segnato nei secoli da condizioni geopolitiche di marginalità, transito e vulnerabilità, mostra con particolare evidenza come le epidemie abbiano agito da catalizzatori di mutamenti istituzionali e sociali²⁴.

Frank Snowden, nel suo *Epidemics and Society from the Black Death to the Present*, recentemente tradotto, sottolinea la gravità della quasi assenza nella storiografia pre-Covid del vero peso delle epidemie nella storia, considerando che le epidemie furono rotture distruttive tanto quanto le grandi crisi economiche o le fratture politiche, di cui si è parlato invece moltissimo nella storiografia relativa a tutti i secoli. Oggi, secondo Snowden, la storia delle epidemie dovrebbe essere inserita nella storia *tout cour* senza invece costituire un aspetto parallelo della narrazione storica, perché le epidemie hanno trasformato le società determinandone riadattamenti che hanno inciso nei secoli successivi²⁵.

Anche per questo la gestione della peste del 1656-1657 rivela la centralità delle relazioni centro-periferia, la tensione costante tra esigenze economiche e necessità sanitarie, il ruolo cruciale degli attori locali (medici, confraternite, governi cittadini), l’importanza delle dimensioni emotive e religiose nell’organizzare la risposta comunitaria, ma anche l’emergere di una resilienza stratificata che si costruisce nel lungo periodo, tra crisi epidemiche e disastri naturali²⁶.

L’esperienza abruzzese dimostra che la storia delle epidemie, e delle catastrofi, non è un capitolo separato della grande storia, ma una lente per osservare la formazione dello Stato moderno, le trasformazioni degli spazi urbani e le pratiche della convivenza civile di fronte alla precarietà. Il sopravvenire di uno stato di emergenza, sia per eventi naturali, come un terremoto o un’alluvione, sia per l’agire umano come una guerra, rappresenta un test straordinario per una società, per le sue istituzioni amministrative e politiche, ma soprattutto per la tenuta delle relazioni delle comunità²⁷. Perciò le dinamiche del mutamento storico, che trasformano le società in coincidenza con fenomeni epidemici,

²³ ASAQ, *Giornali dell’Intendenza della Provincia di Aquila*, Aquila, Tipografia Rietelliana, 1821 e 1823.

²⁴ M.R. BERARDI, *Epidemie e politica sanitaria nell’Abruzzo aquilano fra i secoli XIV e XVI*, in «Bullettino della deputazione Abruzzese di Storia Patria», n. 109, 2018, pp. 107-152; L. CAPASSO, A. CAPPELLI, *Le epidemie di peste in Abruzzo dal 1348 al 1702*, Cerchio, A. Polla, 1993.

²⁵ F.M. SNOWDEN, *Epidemics and society: from the black death to the present; with a new preface*, New Haven-London, Yale University press, 2020, tr. it. *Storia delle epidemie. Dalla morte nera al Covid 19*, Gorizia, Libreria Editrice Goriziana, 2024; ID., *Naples in the Time of Cholera 1884-1911*, Cambridge, Cambridge University Press 1995; ID., *The Conquest of Malaria: Italy 1900-1962*, New Haven, Yale University Press, 2005.

²⁶ A. FENIELLO, *Demoni, venti e draghi. Come l’uomo ha imparato a vincere catastrofi e cataclismi*, Roma-Bari, Laterza, 2024.

²⁷ W. MCNEILL, *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall’antichità all’età contemporanea*, Torino, Einaudi, 1981.

sono multidirezionali proprio perché non sono né eventi endogeni, né esogeni, ma legati alle connessioni con le altre parti del globo, come ha dimostrato il Covid.

La lettura delle fonti fa trasparire come le comunità abruzzesi non furono semplici destinatarie passive delle politiche sanitarie, ma attori capaci di adattare, negoziare e talvolta aggirare le disposizioni, contribuendo a definire in concreto le modalità di gestione dell'emergenza. La vicenda della peste del 1656-1657 in Abruzzo mostra, inoltre, come le emergenze sanitarie agiscano da acceleratori di trasformazioni già in atto, rendendo visibili tensioni latenti tra autorità, comunità e saperi.

«Tutto ciò che serve per estirpare questa esecrabile razza»
Gli inglesi, il vaiolo e la questione amerindia in America del Nord (1713-1763)

FAUSTO ERMETE CARBONE

Durante il XVIII secolo, l'America del Nord fu per l'Inghilterra una sorta di laboratorio politico, economico, sociale e militare, un campo di prova dove l'impero poté misurare l'efficacia dei propri modelli di dominio, ridefinire le relazioni con i sudditi coloniali e con i popoli nativi e verificare fino a che punto la logica del profitto e quella della conquista potessero convivere entro un unico progetto imperiale¹.

Dopo il Trattato di Utrecht la Gran Bretagna eredita dalla Francia e dalla Spagna non solo territori, ma anche i problemi di gestione relativi a possedimenti abitati da una pluralità di etnie e culture differenti. Le colonie del Nord America diventano il terreno su cui Londra sperimenta nuove forme di amministrazione coloniale indiretta, fondate sul compromesso tra autorità metropolitana e autonomia locale: le assemblee coloniali, le *governorships* semi-indipendenti, la diplomazia del dono e i trattati stipulati con le confederazioni irochesi e algonchine.

Sul piano economico, l'America del Nord rappresenta un banco di prova per la politica mercantilista britannica e per l'economia di guerra. Le colonie diventano centri di estrazione e redistribuzione delle risorse (legname, pelli, pesce, tabacco), ma anche spazi in cui si testano nuove forme di fiscalità e monopolio, dai *Navigation Acts* ai sistemi di credito e debito gestiti attraverso le compagnie commerciali. L'economia coloniale del XVIII secolo si configura come un sistema sperimentale di capitalismo per procura, in cui la moneta, la terra e la forza lavoro vengono utilizzate come variabili in un esperimento su larga scala volto a comprendere la sostenibilità dell'espansione atlantica.

Sul piano militare, l'America del Nord rappresentò per la Gran Bretagna un campo di

¹ In questo laboratorio americano, gli inglesi non si limitarono a testare tattiche militari e sistemi di governo ma misero alla prova la validità di varie categorie concettuali: il nemico "civilizzato" e il "selvaggio", il territorio "puro" e quello "contaminato", la vita "degnata di tutela" e quella "sacrificabile". L'impero britannico, nel suo espandersi verso ovest, costruì progressivamente un linguaggio in cui le popolazioni indigene vengono collocate fuori dall'ordine giuridico e morale europeo, in uno spazio liminale dove la violenza può essere esercitata senza limiti morali o legali. Come ha mostrato Norbert Finzsch, il *settler imperialism*, ovvero il modello di espansione imperiale britannico, non è solo una politica di occupazione territoriale, ma una forma epistemologica: un modo di organizzare la conoscenza e la realtà secondo gerarchie di valore tra vite. Nel contesto americano, tale distinzione si traduce in categorie operative che regolano tanto la pratica militare quanto quella amministrativa. La coppia concettuale "civilizzato/selvaggio" definisce, anzitutto, la distribuzione del diritto. Gli indigeni vengono percepiti come soggetti estranei alla civiltà e dunque non titolari di sovranità riconoscibile. Ciò consente alla Gran Bretagna di sospendere nei loro confronti le norme della guerra europea (trattamento dei prigionieri, limiti d'assedio, tutela sanitaria) e di applicare invece logiche di sterilizzazione, deportazione e annientamento. Questa dinamica non è solo ideologica ma anche burocratica: nelle carte dei commissari britannici le tribù vengono classificate secondo il grado di "fedeltà" o "ferocia". Parallelamente, la distinzione tra territorio "puro" e territorio "contaminato" introduce una dimensione quasi igienista nella colonizzazione. Il territorio indigeno è descritto come spazio infetto, selvaggio, da bonificare, non solo sul piano materiale ma anche morale. La guerra di conquista diventa così una pratica di purificazione. Eliminare le presenze native significa "sanificare" la frontiera e restituirgli la vita produttiva europea. Cfr. N. FINZSCH, *Biological Warfare in North America and Australia: Smallpox and Colonial Violence*, in «Zeitschrift für Australienstudien/Australian Studies Journal», 35, 2021, pp. 45-59.

prova senza precedenti. Tra la metà e la fine del Settecento, l'Impero britannico passò da un modello di guerra episodica – condotta in funzione di conflitti dinastici o religiosi – a un vero e proprio modello di guerra permanente, inteso come stato strutturale di mobilitazione, sorveglianza e intervento militare². Nelle colonie settentrionali, questa trasformazione assunse un carattere organico: la guerra divenne il laboratorio attraverso cui testare la capacità dell'amministrazione imperiale di gestire territori vastissimi, di muovere risorse e uomini su scala continentale e di trasformare il sapere e le conoscenze militari maturati in ambito locale in strumento di dominio.

Al fine di comprendere meglio quanto appena detto in merito alla sperimentazione militare, occorre ripercorrere brevemente la storia del progetto di fortificazione e controllo coloniale predisposto in Nord America dagli inglesi nel corso del Settecento. Dopo la pace di Utrecht, gli inglesi cominciarono ad erigere lungo il confine occidentale una serie di fortificazioni, concepite tanto come centri logistici quanto come osservatori della vita amerindia. Forti come quelli di Niagara, Detroit, Michilimackinac e Pitt non furono semplici presidi difensivi, ma dispositivi di conoscenza e controllo. Ogni avamposto aveva il compito di raccogliere informazioni sui popoli circostanti, sulle rotte commerciali, sulla geografia e sul clima, trasformando il sapere empirico in conoscenza strategica.

I rapporti mensili inviati dai comandanti contenevano dati sulle condizioni sanitarie, sulle riserve alimentari, sulle variazioni meteorologiche e persino sulle epidemie: elementi che l'amministrazione militare britannica iniziava a leggere come variabili operative e non più come mere contingenze naturali. In altre parole, la scienza – medica, cartografica, climatologica – diventava una risorsa militare. Come ha sottolineato Elizabeth Fenn, gli ufficiali di frontiera del XVIII secolo furono tra i primi agenti del rischio biologico, se così possiamo chiamarli, dell'età moderna: impararono a interpretare il contagio non solo come minaccia, ma anche come elemento manipolabile per indebolire l'avversario o accelerarne la resa. È all'interno di questo quadro che pratiche come l'uso deliberato delle malattie in funzione militare trovano spazio³.

Da un punto di vista storico-militare l'episodio più emblematico dell'uso del contagio intenzionale per la risoluzione di questioni belliche è, forse, il presunto contagio di diverse tribù amerindie con il vaiolo, avvenuto attraverso la somministrazione di lenzuola e indumenti infetti a Fort Pitt tra il giugno e il luglio 1763, nell'ambito della rivolta di Pontiac. Tale episodio per lungo tempo è divenuto il simbolo di come gli inglesi intendessero risolvere la questione amerindia attraverso una guerra biologica ante litteram, nella quale l'infezione e l'uso militare di talune malattie furono concepite come mezzo per estirpare intere popolazioni ritenute irriducibili all'ordine coloniale. In realtà tale avvenimento è solo, potremmo dire, la tappa finale di un lungo percorso in cui le relazioni anglo-amerindie si strutturano, tra alti e bassi, sia nel corso del XVII secolo che nella prima metà del XVIII secolo.

Avvelenamento strategico ed uso politico-militare delle malattie prima della guerra franco-indiana

Già molto prima del 1763 gli inglesi avevano intuito il potere distruttivo delle malattie

² J. BREWER, *The Sinews of Power: War, Money and the English State, 1688-1783*, London, Hyman, 1989.

³ E.A. FENN, *Biological warfare in eighteenth-century North America: beyond Jeffery Amherst*, in «The Journal of American History», 86, 4, 2000, pp. 1552-1580.

epidemiche sugli indigeni e talora ne pianificarono l'uso strategico. In Nord America si registrarono casi di contagio o deliberato avvelenamento delle popolazioni amerindie sin dalle primissime fasi della colonizzazione inglese. Indicativo in tal senso fu l'episodio che si consumò a Jamestown nel 1623, quando la neonata colonia inglese si trovava in grave difficoltà anche a causa delle relazioni non certo idilliache con le varie tribù indiane che abitavano la regione in cui gli inglesi si stanziarono. Nel marzo del 1622, dopo anni di tensioni crescenti tra i coloni di Jamestown e la confederazione dei Powhatan, guidata in quel momento dal capo Opechancanough, fratello minore del celebre Wahunsonacock (ovvero il padre di Pocahontas), i nativi decisero di scagliare un attacco coordinato contro gli insediamenti inglesi. L'offensiva amerindia, nata molto probabilmente per lanciare un messaggio politico ai colonizzatori, si trasformò in una vera e propria mattanza. Più di trecento coloni inglesi – che allora rappresentavano quasi un quarto dell'intera popolazione virginiana – furono trucidati. La reazione da parte delle autorità e della Virginia Company of London⁴ non si fece attendere. Il Consiglio della Virginia e i rappresentanti della compagnia commerciale, informati del massacro, decretarono di fatto che nessun indiano fosse risparmiato, dando avvio a una serie di spedizioni punitive contro i villaggi della confederazione Powhatan.

Queste rappresaglie non si limitarono alla distruzione dei villaggi nemici ma andarono a modificare l'intera struttura delle relazioni tra coloni e nativi. Dopo il 1622, ogni gesto di mediazione o di scambio tra colonizzatori e colonizzati mirava alla sottomissione e al controllo che i primi volevano imporre sui secondi. I mercati e i banchetti cerimoniali, un tempo occasione di contatto e negoziazione, divennero potenziali trappole, luoghi di ambiguità dove la diplomazia poteva trasformarsi in strumento di sterminio. Da allora, la cultura coloniale inglese si strutturò intorno a una logica di diffidenza permanente, in tale prospettiva gli indiani non erano più interlocutori politici, ma una minaccia endemica da reprimere o eliminare.

È in tale contesto che va inserito il gesto di John Pott, medico di Jamestown, che nel 1623 – assieme al capitano William Tucker e con la benedizione dell'allora governatore Sir Francis Wyatt – organizzò un banchetto fittizio con gli emissari del capo Potomac, offrendo agli amerindi vino e cibo come segno di riconciliazione⁵. Il vino era stato preventivamente avvelenato, secondo le cronache, con una sostanza pestifera di cui non conosciamo l'esatta natura. Le conseguenze del gesto di Pott furono drammatiche per gli amerindi. Nel giro di pochi giorni morirono circa duecento indigeni, inclusi diversi capi tribali, e altri vennero passati per le armi dai soldati inglesi rimasti appostati nei dintorni del luogo del banchetto, incaricati di finire l'opera una volta che i nativi fossero stati indeboliti dalla sostanza tossica. L'evento mostra come già nel primo Seicento la logica coloniale ammettesse – e talora incoraggiasse – l'uso di agenti tossici o patogeni come strumenti di dominio. D'altro canto, nelle fonti coeve all'episodio, quando si parlava delle rappresaglie inglesi si dichiarava apertamente che non solo esse erano necessarie ma che dovevano essere a tal punto violente e risolutive da dissuadere per sempre gli indiani dal sollevarsi contro il governo di Sua Maestà⁶. Non mancarono, in realtà, reazioni di disagio

⁴ E. WATERHOUSE, *A Declaration of the State of the Colonie and Affaires in Virginia, With a Relation of the Barbarous Massacre in the Time of Peace and League, Treacherously Executed by the Native Infidels upon the English, the 22 of March Last*, London, G. Eld for R. Mylbourne, 1622.

⁵ J.F. FAUSZ, *Middlemen in Peace and War: Virginia's Earliest Indian Interpreters, 1608-1632*, in "The Virginia Magazine of History and Biography", 95, 1, 1987, pp. 41-64.

⁶ *Records of the Virginia Company of London*, edited by S.M. KINGSBURY, Washington, Government Printing Office, 1933, vol. 3, 1933, *passim*.

tra i coloni per ciò che era avvenuto. Molti criticarono aspramente l'allora governatore Wyatt e lo stesso Pott per quanto fatto. Ma il biasimo non ebbe, almeno per quanto ci è dato sapere, conseguenze concrete. Pott non fu mai processato, e anzi continuò a esercitare la medicina nella colonia, segno che la sua condotta – pur generalmente ritenuta moralmente discutibile – veniva percepita come coerente con l'interesse del nascente impero. Come ha notato Harold Gill, il silenzio istituzionale che seguì a Jamestown anticipava quello che, un secolo dopo, circonda Fort Pitt: l'indignazione morale restava confinata all'ambito privato, mentre il potere coloniale archiviava simili episodi come necessità strategiche⁷.

Quanto avvenuto nel 1623, in sostanza, rivela già la fusione tra pragmatismo militare e ideologia imperiale che caratterizzerà la successiva conquista britannica. Nella retorica dei coloni, i nativi venivano sistematicamente rappresentati come bestie selvagge, infidi, proni al tradimento, categorie che, come ha osservato Norbert Finzsch, consentivano di sospendere le regole morali del conflitto⁸. La deumanizzazione degli indigeni fu quindi la condizione preliminare per accettare la loro progressiva distruzione.

Per quanto concerne la concezione della malattia, ed in particolare del vaiolo, fin dalle primissime fasi della colonizzazione inglese, essa era considerata da un lato un fenomeno da temere, dall'altro uno strumento divino attraverso il quale si compiva il disegno dell'Onnipotente, anche e soprattutto per quanto riguardava il successo o l'insuccesso del progetto coloniale inglese. Quest'ultima visione è particolarmente evidente nelle parole di alcuni protagonisti del processo di colonizzazione inglese in America del Nord nella prima metà del XVII secolo. Il capitano John Smith, tornando nel Massachusetts nel 1622, notò con stupore che le coste un tempo densamente abitate dai Wampanoag e dai Massachusett erano ora deserte, devastate da una recente epidemia di vaiolo e tifo. Nel suo resoconto, Smith scrive che «Dio ha spalancato questa terra per noi diffondendo il morbo tra gli indiani»⁹, osservando che laddove aveva incontrato centinaia di indigeni nel 1614, ora sopravvivevano appena una decina di persone, malate o moribonde.

L'espressione racchiude la radice più profonda del pensiero coloniale britannico, ovvero la convinzione che la malattia fosse una forma di provvidenza. Questo modo di interpretare le epidemie non era di secondaria importanza, ma costituiva una vera e propria teologia della conquista. Nel 1633, quando un'altra ondata di vaiolo devastò il New England, il reverendo Increase Mather, figura eminente del puritanesimo nella prima metà del XVII secolo, annotò con franchezza: «Dio pose fine alla controversia mandando il vaiolo fra gli indiani»¹⁰. Il dissidio a cui allude Mather era una disputa sui confini territoriali tra i coloni inglesi e le tribù locali del fiume Merrimack. L'epidemia risolse la questione in modo unilaterale, cancellando interi villaggi e lasciando libere le terre

⁷ H.B. GILL, *Colonial germ warfare*, in «Journal of Colonial Williamsburg», 2004, in http://www.andallthat.co.uk/uploads/2/3/8/9/2389220/colonial_germ_warfare.pdf, visitato in data 5 febbraio 2024.

⁸ N. FINZSCH, “[...] Extirpate or remove that vermine”: genocide, biological warfare, and settler imperialism in the eighteenth and early nineteenth century, in «Journal of Genocide Research», 10, 2, 2008, pp. 215-232.

⁹ J. SMITH, *Advertisements for the Unexperienced Planters of New-England, or any where. Or, the Pathway to experience to erect a Plantation*, London, Printed by John Haviland, 1631, p. 9. La traduzione è mia.

¹⁰ I. MATHER, *A Relation of the Troubles Which Have Happened in New-England by Reason of the Indians there, from the Year 1614 to the Year 1675*, Boston, John Foster, 1677, p. 23. Su tali questioni si veda anche il datato ma ancora valido contributo di J. DUFFY, *Smallpox and the Indians in the American Colonies*, in «Bulletin of the History of Medicine», 25, 4, 1951, pp. 324-341. La traduzione è mia.

contese¹¹.

Man mano che il tempo trascorreva e il processo di colonizzazione britannico avanzava, cementandosi e fortificandosi sempre più, la percezione della malattia e del contagio cambiarono in maniera significativa. Non più, o meglio non solo, simbolo della volontà di Dio ma strumento di conquista controllabile e manipolabile. L'episodio durante il quale, in assoluto, matura questo mutamento di percezione fu la grande epidemia di vaiolo che si registrò a Boston nel 1721¹². Quell'evento, che a prima vista può apparire un episodio di storia della medicina, fu in realtà uno dei momenti in cui la società coloniale angloamericana comprese concretamente la trasmissibilità controllabile del morbo, e dunque – almeno in potenza – la sua utilizzabilità strategica.

La pestilenza iniziò nella primavera del 1721, portata da una nave proveniente dalle Indie Occidentali. Nel giro di poche settimane, l'infezione devastò la città. Le strade furono abbandonate, le navi isolate in porto, e l'intera comunità si trasformò in un centro di osservazione empirica del contagio. Per la prima volta, gli abitanti di Boston compresero che il vaiolo poteva diffondersi attraverso oggetti, e che il contatto mediato era tanto pericoloso quanto quello diretto. Le autorità cittadine ordinarono la distruzione delle coperte, delle lenzuola e degli abiti appartenuti ai malati e imposero quarantene per chiunque fosse entrato in casa loro¹³.

Le cronache contemporanee alla grande epidemia del 1721 restituiscono il quadro di un dibattito acceso e sorprendentemente consapevole per l'epoca. I medici e i coloni di Boston avevano già compreso che il vaiolo potesse diffondersi attraverso oggetti contaminati e non solo per contatto diretto tra persone. Per questo, fin dagli anni precedenti all'epidemia, le autorità cittadine avevano adottato misure di quarantena, isolamento e distruzione della biancheria dei malati, segno di una conoscenza empirica del contagio che avrebbe aperto la strada alla riflessione successiva sulla possibilità di controllarlo o indirizzarlo¹⁴.

Nel 1721 questa consapevolezza divenne oggetto di un vero scontro culturale. Il dibattito sull'inoculazione, introdotta da Cotton Mather e sperimentata dal medico Zabdiel Boylston seguendo le pratiche osservate tra gli schiavi africani e descritte nelle *Philosophical Transactions* di Londra, divise profondamente la colonia. Mather, convinto che la scienza potesse essere strumento della provvidenza, sosteneva che inoculare il pus di un malato in forma controllata fosse un modo per salvare vite e fare del bene nel senso cristiano del termine. L'operazione, ispirata a un metodo già diffuso a Costantinopoli e raccontato da medici come Emanuel Timonius e Jacob Pylarinus, consisteva nel praticare una piccola incisione e introdurre materiale infetto per provocare una forma lieve della malattia.

Il suo principale oppositore, William Douglass, medico scozzese di formazione europea, reagì con durezza, bollando l'inoculazione come una pratica incauta, contraria ai principi

¹¹ G.M. DAY, *English-Indian Contacts in New England*, in «Ethnohistory», 9, 1, 1962, pp. 24-40; M.J. TUININGA, *The Wars of the Lord: The Puritan Conquest of America's First People*, Oxford, Oxford University Press, 2024.

¹² S. COSS, *The fever of 1721: The epidemic that revolutionized medicine and American politics*, New York, Simon and Schuster, 2016; A.M. WEHRMAN, *The contagion of liberty: The politics of smallpox in the American revolution*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2022.

¹³ A.M. BECKER, *Smallpox at the Siege of Boston: "Vigilance against this most dangerous Enemy"*, in «Historical Journal of Massachusetts», 45, 1, 2017, pp. 42-75.

¹⁴ A. KASS, *Boston's Historic Smallpox Epidemic*, in «Massachusetts Historical Review», 14, 2012, pp. 1-51.

della medicina e potenzialmente capace di propagare l'infezione nella città. Il conflitto travalicò presto l'ambito dei provvedimenti di salute pubblica: le pagine dei giornali – dal *Boston Gazette* al *New England Courant* – ospitarono attacchi feroci tra clero, medici e notabili, trasformando l'esperimento dell'inoculazione in una questione teologica e politica che mise in discussione l'autorità della scienza, della religione e del governo locale. Dietro la disputa si delineava però qualcosa di più profondo. Come rileva Elizabeth A. Fenn¹⁵, l'episodio segnò la nascita della coscienza del contagio manipolabile: per la prima volta in ambito angloamericano la trasmissione di una malattia veniva non solo temuta ma anche deliberatamente indotta, controllata e misurata. L'inoculazione – pur concepita per fini terapeutici – implicava l'idea che l'uomo potesse intervenire sul corso naturale dell'epidemia, diffondere il vaiolo in forma attenuata per salvare. Ed è proprio questa consapevolezza, maturata nel corso degli eventi bostoniani, che renderà concepibile, qualche decennio più tardi, l'uso del vaiolo come arma durante i conflitti¹⁶.

Le guerre franco-britanniche della metà del XVIII secolo approfondirono ulteriormente questa consapevolezza. Durante la Guerra dei Sette Anni, la convivenza forzata tra truppe europee, mercanti, alleati indigeni e civili nei forti di frontiera creò le condizioni perfette per il diffondersi del vaiolo. Le testimonianze raccolte a seguito della resa di Fort William Henry nel 1757 raccontano che un'epidemia di vaiolo devastò i campi delle tribù alleate dei francesi – in particolare i Potawatomi e gli Ottawa – mentre l'infezione sembrava risparmiare parzialmente i britannici. La diffusione del morbo tra le popolazioni indigene alleate dell'impero del Giglio alimentò una serie di accuse che anticiperanno quelle lanciate contro gli inglesi nell'episodio di Fort Pitt. La convinzione che fossero state le truppe britanniche a diffondere il vaiolo dai nativi proviene essenzialmente dalla testimonianza di Cornelius Van Slyke, datata 21 luglio 1767, contenuto nei William Johnson Papers conservati presso la William L. Clements Library dell'Università del Michigan. Van Slyke, un commerciante e interprete di lingua mohawk al servizio del sovrintendente agli affari indiani Sir William Johnson, riferì che, dieci anni dopo i fatti, diversi Potawatomi gli avevano raccontato che fossero stati gli inglesi a trasmettere deliberatamente il vaiolo¹⁷. La testimonianza non descrive un'azione specifica – come la distribuzione di coperte infette – ma riferisce la convinzione che gli oggetti o i doni ricevuti dagli inglesi, forse indumenti o provviste, fossero stati la causa diretta del contagio. Come ha fatto notare Fenn, tale testimonianza è importante perché pur non essendo prova di un fatto acclarato, comunque sostiene la plausibilità culturale di un contagio intenzionale¹⁸. In altre parole, già nel 1757 – e non solo dopo il 1763 – i popoli indigeni erano pronti a interpretare l'irruzione del vaiolo come espressione di una volontà politica inglese di annientamento. La forza della testimonianza di Van Slyke non risiede tanto nel suo contenuto fattuale, quanto nella sua funzione culturale, ovvero mostra che, nell'immaginario nativo e coloniale, la malattia aveva già assunto il carattere di una possibile arma. Il ricordo dei Potawatomi narrato da Van Slyke, infatti, si colloca in un periodo in cui gli indigeni sperimentavano gli effetti combinati dell'epidemia e della sconfitta militare. Prima ancora che la guerra batteriologica fosse effettivamente praticata,

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ E.A. FENN, *Biological warfare in eighteenth-century North America*, cit., pp. 1552-1580.

¹⁷ «The great Number they lost of their People at & returning from Lake George in 1757, was owing to ye. English poisoning the Rum, & giving them the Small Pox, for which they owe them an everlasting ill will», in W. JOHNSON, *Examination of Cornelius Van Slyke, " July 21, 1767*, in WILLIAM L. CLEMENTS LIBRARY (ANN ARBOR), *Native American History Collection*.

¹⁸ E.A. FENN, *Biological warfare in eighteenth-century North America*, cit., pp. 1552-1580.

era già pensata, già immaginata come una possibilità reale. L'idea che il contagio potesse essere diretto o manipolato faceva parte del linguaggio politico e militare nel Nordamerica coloniale.

In tale prospettiva, proprio al 1758 risale la pubblicazione di un trattato di diritto, redatto da Emer de Vattel ed intitolato *Le Droit des Gens ou Principes de la Loi Naturelle, appliqués à la conduite et aux affaires des Nations et des Souverains*¹⁹. Secondo buona parte della storiografia, tale trattato fu il manuale di riferimento del diritto internazionale moderno nel Settecento. Insieme a Grozio e Pufendorf, Vattel codificò la condotta legittima della guerra tra nazioni “civilizzate”, ma la sua teoria, pur universale in apparenza, costruiva una distinzione fondamentale tra i popoli che partecipavano pienamente alla società delle nazioni e quelli che ne restavano fuori, come selvaggi e barbari. Con questa formula, Vattel codificava un principio già affiorato in Grozio (*De jure belli ac pacis*, II, 22)²⁰: la reciprocità della guerra giusta non vale per i popoli che non rispettano le leggi della civiltà. Chi non apparteneva alla *civitas gentium* poteva essere combattuto con tutti i mezzi, cioè anche senza le restrizioni morali e giuridiche che vincolano le guerre tra Stati europei. *Le Droit des Gens* fu tradotto in inglese due anni più tardi con il titolo *The Law of Nations* e divenne in breve uno dei testi giuridici più influenti dell'età moderna. La traduzione circolò ampiamente tra gli ambienti politici e militari britannici e coloniali. Essa costituì un vero e proprio manuale operativo per la gestione della guerra, della diplomazia e della conquista nei territori d'Oltremare. La sua influenza fu particolarmente marcata nel Nord America, dove gli ufficiali e i funzionari della Corona – impegnati nella definizione dei rapporti con le popolazioni indigene – trovarono nelle sue pagine la giustificazione teorica del loro piano di conquista, spesso caratterizzato da azioni giudicate immorali per il contesto bellico europeo. Saccheggi, violenze e perfino l'uso deliberato del contagio potevano essere giustificate dall'immoralità dell'avversario con cui gli europei, ed in particolare gli inglesi, si stavano confrontando.

Prima di Fort Pitt, dunque, non esiste alcuna prova diretta dell'esistenza di un piano sistematico di guerra batteriologica deliberatamente organizzato dagli ufficiali britannici; tuttavia, tutte le condizioni che ne resero possibile l'attuazione erano già presenti sul piano tecnico, morale e concettuale. La pratica dell'inoculazione, diffusa nelle colonie inglesi a partire dagli anni Venti del Settecento, aveva familiarizzato la popolazione con l'idea che il vaiolo potesse essere trasmesso e controllato; che un oggetto contaminato – una coperta, un abito, un fazzoletto – potesse veicolare la malattia; e che, in determinate circostanze, fosse possibile diffondere il vaiolo intenzionalmente per ottenere un fine preciso. La consapevolezza tecnica della contagiosità, unita al linguaggio politico e teologico della “purificazione” dei territori, creò un terreno mentale favorevole alla trasformazione del morbo in strumento.

Parallelamente, il contesto ideologico e giuridico forniva la giustificazione morale di un

¹⁹ E. DE VATTEL, *Le droit des gens ou Principes de la loi naturelle appliqués à la conduite et aux affaires des nations et des souverains*, Londres, 1758.

²⁰ Sulla concezione della guerra giusta in Ugo Grozio si vedano, tra gli altri, G. CAVALLAR, *Vitoria, Grotius, Pufendorf, Wolff and Vattel: Accomplices of European colonialism and exploitation or true cosmopolitans*, in «Journal of History of International Law», 10, 2008, pp. 181-209; I. HUNTER, *A Jus Gentium for America: The Rules of War and the Rule of Law in the Revolutionary United States*, in «Journal of History of International Law», 14, 2012, pp. 173-206; R. JEFFERY, *Hugo Grotius on the Rights of War and Peace*, in ID., *Hugo Grotius in International Thought*, New York, Palgrave Macmillan US, 2006, pp. 27-49; L. MAY, *War Crimes and Just War*, Cambridge, Cambridge University Press, 2017.

uso selettivo della malattia. Come rivelano i manuali di diritto naturale e di guerra allora in circolazione, il diritto delle genti era concepito come un sistema a cerchi concentrici, in cui solo le nazioni “civilizzate” godevano di pieni diritti. I popoli barbari erano collocati ai margini dell’umanità giuridica e, in quanto tali, potevano essere combattuti senza rispettare limiti morali.

Anche la dimensione esperienziale contribuì a preparare il terreno per quanto accaduto a Fort Pitt. Gli episodi di contagio accidentale verificatisi durante la Guerra dei Sette Anni – come quello di Fort William Henry nel 1757, ricordato da Van Slyke – mostrano che la malattia era già percepita come un’arma possibile, anche se non ancora costantemente impiegata come tale. È proprio in questa convergenza tra tecnologia del contagio, diritto della conquista e ideologia della civilizzazione che maturano le premesse di Fort Pitt. Il gesto di Amherst – ordinare di distribuire coperte infette ai delegati delle tribù ribelli – non nasce dal nulla, ma rappresenta la formalizzazione di un pensiero già sedimentato: che la guerra contro i popoli indigeni non fosse soggetta alle stesse regole della guerra tra europei; che la sopravvivenza dell’Impero potesse esigere mezzi straordinari; che la distruzione fisica del nemico potesse coincidere con la difesa della civiltà e che il nemico (le popolazioni amerindie nello specifico) dovesse essere considerato moralmente e culturalmente inferiore. L’episodio di Fort Pitt, dunque, non segna l’inizio della guerra batteriologica, ma il momento in cui essa diventa consapevole di sé. Il vaiolo, fino ad allora agente naturale di devastazione, viene apertamente riconosciuto come risorsa strategica.

«Fai bene ad inoculare gli indiani per mezzo delle coperte»: Jeffrey Amherst, Henry Bouquet e gli eventi di Fort Pitt

Nel maggio del 1763, le frontiere occidentali dell’impero britannico in Nord America furono scosse da una vasta insurrezione indigena che gli storici avrebbero poi denominato ribellione di Pontiac. L’episodio segnò l’apice delle tensioni sorte dopo la vittoria britannica nella guerra dei Sette Anni e la conseguente espansione di fortificazioni, colonie e traffici nel bacino dei Grandi Laghi e nell’Ohio. I capi nativi, tra cui il celebre Ottawa Pontiac, interpretarono l’occupazione inglese come una violazione dell’equilibrio costruito con i francesi e come una minaccia alla sopravvivenza delle loro comunità. Nel corso della primavera e dell’estate del 1763, un’ampia confederazione di popoli – Ottawa, Delaware, Shawnee, Mingo, Huron, Miami, tra gli altri – attaccò simultaneamente numerosi forti britannici: Sandusky, Michilimackinac, Presque Isle, Detroit e infine Fort Pitt, situato alla confluenza dei fiumi Allegheny e Monongahela, nel punto dove sarebbe sorta Pittsburgh.

Quest’ultimo fortilizio, in particolare, rivestiva un ruolo strategico nel controllo della valle dell’Ohio. Era un punto di riferimento per tutti i commercianti e i coloni fuggiti dai villaggi circostanti ed in cerca di protezione dalle scorrerie amerindie. Nonostante la sua importanza, però, la guarnigione deputata a presiederlo – comandata dal capitano Simeon Ecuyer – contava poco più di duecento uomini, una forza esigua per resistere efficacemente ad un’offensiva decisa da parte dei ribelli. Già all’inizio di giugno 1763, Ecuyer segnalò al suo superiore, il colonnello Henry Bouquet, che le condizioni igieniche all’interno della fortezza erano critiche e che il vaiolo aveva cominciato a diffondersi tra i soldati e i rifugiati. In una lettera datata 16 giugno 1763, Bouquet parlando della situazione del forte ad Amherst scrisse:

Il capitano Ecuyer mi scrive che Fort Pitt è in buono stato di difesa contro ogni attacco dei selvaggi, che bombardano quotidianamente contro il forte; sfortunatamente, il vaiolo è diffuso nella guarnigione, motivo per cui egli ha fatto costruire un ospedale sotto il ponte levatoio per impedire la diffusione di tale malattia²¹.

Nella medesima data, la notte del 23 giugno 1763, due rappresentanti Delaware, Turtle's Heart e un capotribù Delaware di nome Mamaltee, giunsero a Fort Pitt per chiedere di parlare con gli ufficiali britannici²². L'incontro avvenne il mattino seguente, il 24 giugno 1763, dopo giorni di assedio condotto dalle forze indigene alleate di Pontiac: il forte, isolato e privo di rinforzi, si trovava in una situazione precaria, con la popolazione civile rifugiata all'interno e con un'epidemia di vaiolo già scoppiata tra i soldati. Le tribù Delaware e Shawnee, pur ostili, cercarono in quell'occasione di intavolare un negoziato, forse per ottenere la resa o per favorire lo sgombero pacifico del presidio.

Il giorno seguente, dunque, si tenne la conferenza ufficiale tra i delegati indigeni e gli ufficiali britannici, tra cui il capitano Simeon Ecuyer. I rappresentanti Delaware, dopo aver ribadito l'invito ai britannici a lasciare il forte, chiesero in segno di amicizia un po' di provviste e di liquore per il viaggio di ritorno. La richiesta rientrava nei consueti protocolli di cortesia diplomatica che regolavano i rapporti tra ufficiali coloniali e capi indigeni: la consegna di doni era pratica standard in queste trattative, interpretata come segno di rispetto reciproco.

Fu durante questo scambio che gli inglesi pensarono di mettere in atto il loro piano di annientamento. Secondo quanto annota William Trent, mercante e fornitore dell'esercito presente al forte, gli ufficiali decisero di consegnare ai due delegati «due coperte e un fazzoletto provenienti dall'ospedale del vaiolo»²³, cioè da un reparto dove erano ricoverati malati contagiosi. Trent aggiunge nel diario: «Spero che ciò avrà l'effetto desiderato»²⁴. L'espressione non lascia spazio all'ambiguità: l'effetto desiderato altro non era se non la diffusione intenzionale della malattia tra le tribù che stavano assediando Fort Pitt, nel tentativo di indebolirle o disperderle senza dover affrontare uno scontro diretto.

La dinamica dell'incontro, ricostruibile dal diario di Trent, rivela che l'episodio non fu

²¹ «Capt Ecuyer writes me what Fort Pitt is in good State of Defence against all attempts from Savages, who are dayly firing upon the Fort; Unluckily the small Por has broken out in the Garrison, for which he has built an Hospital under the Drawbridge to prevent the Spreading of that Distemper», in BRITISH MUSEUM (LONDON), *Additional Manuscripts*, MSS. 21634, f. 295, C.

²² P. RANLET, *The British, the Indians, and smallpox: what actually happened at Fort Pitt in 1763?*, in «Pennsylvania History: A Journal of Mid-Atlantic Studies», 67, 3, 2000, pp. 427-441.

²³ «The Turtles Heart a principal Warrior of the Delawares and Mamaltee a Chief came within a small distance of the Fort Mr. M Kee went out to them and they made a Speech letting us know that all our [...] as Ligonier was destroyed, that great numbers of Indians [were coming and] that out of regard to us, they had prevailed on 6 Nations [not to] attack us but give us time to go down the Country and they desired we would set of immediately. The Commanding Officer thanked them, let them know that we had everything we wanted, that we could defend it against all the Indians in the Woods, that we had three large Armys marching to Chastise those Indians that had struck us, told them to take care of their Women and Children, but not to tell any other Natives, they said they would go and speak to their Chiefs and come and tell us what they said, they returned and said they would hold fast of the Chain of friendship. Out of our regard to them we gave them two Blankets and an Handkerchief out of the Small Pox Hospital», in *William Trent's Journal at Fort Pitt, 1763*, in «Journal of American History», 11, 3, 1924, p. 400. La traduzione nel corpo del testo è mia.

²⁴ *Ibidem*.

frutto di un impulso individuale ma di una decisione condivisa. Trent, che forniva beni e servizi alla guarnigione e intratteneva rapporti diretti con il comando, annotò l'operazione con la massima naturalezza, segno che l'idea di contaminare gli emissari era considerata legittima in quanto atto di guerra.

L'atto si inseriva in un contesto di crescente esasperazione e crudeltà reciproca. I resoconti dell'epoca riferiscono che gli attacchi indigeni ai forti britannici erano stati accompagnati da violenze sui civili, ma anche che i coloni avevano reagito con massacri indiscriminati e vendette altrettanto brutali. In quel clima, la distinzione tra guerra regolare e guerra di sterminio tese a dissolversi. Fort Pitt, ultimo baluardo britannico nella regione dopo la caduta di Presque Isle e Sandusky, era divenuto il simbolo della difesa inglese. Ogni mezzo, anche il più estremo, sembrava giustificato pur di mantenerlo.

Quanto annotato nel diario di Trent viene confermato da una nota di pagamento verso la sua compagnia per conto della corona britannica, vidimata dallo stesso comandante del forte, Ecuyer. Nel documento si legge:

Per varie voci di spesa destinate a sostituire in natura gli oggetti che erano stati presi dalle persone ricoverate nell'ospedale per trasmettere il vaiolo agli Indiani, vale a dire: 2 coperte a 20 scellini = £2 0 0; 1 fazzoletto di seta 10 scellini; 1 fazzoletto di lino 3 scellini e 6 pence; totale £0 13 6²⁵.

L'annotazione venne approvata per il pagamento dal generale Thomas Gage. Nelle righe conclusive del documento si dice chiaramente che ogni articolo era stato utilizzato specificatamente per lo scopo indicato²⁶. Si tratta della più diretta prova archivistica di un tentativo deliberato di contagio attraverso materiale infetto.

Quando il generale Amherst venne informato dell'epidemia a Fort Pitt, in una sua lettera datata 7 luglio 1763, dunque circa tre settimane dopo gli eventi, affermò: «Non si potrebbe escogitare un modo di mandare il vaiolo fra queste tribù disaffezionate? In questa occasione dobbiamo usare ogni stratagemma in nostro potere per piegarle»²⁷. Bouquet, di stanza a Carlisle, rispose il 13 luglio: «Cercherò di inoculare gli Indiani con mezzi che cadano nelle loro mani, avendo però cura di non contrarre la malattia io stesso»²⁸.

Tre giorni più tardi Amherst concordò con quanto proposto da Bouquet: «Fai bene a cercare di inoculare gli Indiani per mezzo delle coperte, così come farai bene ad impiegare ogni altro mezzo che possa servire a estirpare questa esecrabile razza»²⁹. Il fatto che la

²⁵ «To Sundries got to Replace in kind those which were taken from people in the Hospital to convey the Smallpox to the Indians, vizt.: 2 Blankets @ 20/ = £2 0 0; 1 Silk Handkerchief 10/; 1 Linen do 3/6; Total £0 13 6», in British Museum, Additional Manuscripts, MSS. 21654, f. 168, C.

²⁶ «I do hereby Certify that the above Articles amounting to Eighty five Pounds One Shilling & three pence were had for the uses above mentioned», *ibidem*.

²⁷ «Could it not be contrived to Send the Small Pox among those Disaffected Tribes of Indians? We must, on this occasion, Use Every Stratagem in our power to Reduce them», in BRITISH MUSEUM, Additional Manuscript, MSS. 21634, f. 243, A. N. La traduzione nel corpo del testo è mia.

²⁸ «I will try to inoculate the [Indians] with Some Blankets that may fall in their Hands, and take Care not to get the disease myself. As it is pity to expose good men against them I wish we would make use of the Spanish Method to hunt them with English Dogs, supported by Rangers and Some Light Horse, who would I think effectually extirpate or remove that Vermin» in BRITISH MUSEUM, Additional Manuscript, MSS. 21634, f. 321, C.

²⁹ «You will Do well to try to Inoculate the Indians, by means of Blankets, as well as to Try Every other Method, that can Serve to Extirpate this Execrable Race. I should be very glad your Scheme for Hunting them down by Dogs could take Effect» in BRITISH MUSEUM, Additional Manuscript, MSS. 21634, f. 241, A. N.

corrispondenza tra il generale e il suo comandante sia collocabile posteriormente agli eventi di Fort Pitt sta a significare che, con non ogni probabilità, non fu Amherst a dare l'ordine diretto di infezione ma fu una iniziativa presa quasi indipendentemente da Ecuyer o da Trent. Cionondimeno, gli scambi epistolari in precedenza citati mostrano un consenso esplicito da parte dei più alti gradi in comando in merito all'uso del vaiolo come strumento di guerra.

Allo stato attuale, non è possibile sapere con certezza quanto l'infezione avvenuta a Fort Pitt abbia potuto concretamente incidere sulla propagazione del morbo tra le tribù ostili agli inglesi. Verosimilmente, il vaiolo si era già diffuso tra le nazioni amerindie nemiche dell'Inghilterra prima della fine del giugno 1763. Da una deposizione rilasciata il 14 aprile 1764 da un certo Gershom Hicks, colono inglese per lungo tempo detenuto come prigioniero dagli Shawnee e dai Delaware, sappiamo che il vaiolo era presente, anche in forma severa, tra le suddette tribù già a partire dalla primavera del 1763³⁰.

È possibile, come ha cercato di affermare lo storico Michael N. McConnell che le epidemie di vaiolo che infuriarono nella regione fossero così estese da non poter essere ricollegate direttamente ed unicamente all'episodio di Fort Pitt³¹. È altrettanto vero, però, che come ha messo in rilievo Fenn le infezioni, in particolare tra i Delaware e gli Shawnee, aumentarono drasticamente dopo il giugno 1763³². In sostanza, la contaminazione nel forte non fu l'unico veicolo della malattia ma aggravò una situazione di contagio e propagazione che si evidenziava come già precaria. In ogni caso, l'episodio delle coperte infette donate a Fort Pitt dimostra la plausibilità dell'utilizzo di un'arma potentissima e nuova. Parafrasando il titolo di un bellissimo saggio scritto da Peter D. MacLeod, da questo momento in poi la guerra non sarebbe stata fatta da moschetti e cannoni ma anche da microbi e virus³³.

Tale consapevolezza divenne a tal punto radicata nella cultura militare britannica che le giubbe rosse avrebbero in più occasioni utilizzato il vaiolo per combattere non solo gli amerindi ma anche i ribelli americani dopo lo scoppio della rivoluzione. Nella corrispondenza di George Washington troviamo diverse missive in cui il generale si disse estremamente preoccupato dalla diffusione di epidemie di vaiolo innescate dalle truppe inglesi³⁴ al fine di fiaccare coloro che si stavano sollevando.

A conferma delle evidenze riportate dal generale, nel 1777 fu pubblicato, nella New York occupata dai britannici, un manuale di tattiche militari, scritto dall'ufficiale Robert Donkin. Nel trattato proprio l'autore suggeriva alcune strategie per annientare i rivoltosi

³⁰ «That the Small pox has been very general & raging amongst the Indians since last spring and that 30 or 40 Mingoes, as many Delawares and some Shawnee se Died all of the Small pox since that time, that it still continues amongst them», in BRITISH MUSEUM, Additional Manuscript, MSS. 21650, f. 140, N. S.

³¹ M.N. MCCONNELL, *A country between: the upper Ohio valley and its peoples, 1724-1774*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1992, pp. 195-196.

³² E.A. FENN, *Biological warfare in eighteenth-century North America*, cit., pp. 1552-1580.

³³ P.D. MACLEOD, *Microbes and muskets: smallpox and the participation of the Amerindian allies of New France in the Seven Years' War*, in «Ethnohistory», 1992, pp. 42-64.

³⁴ Solo a titolo esemplificativo si cita in questa sede un'epistola risalente al dicembre nel 1775, nella quale Washington si diceva convinto che gli inglesi avessero fatto di tutto per propagare il vaiolo in alcune città per tenere sotto controllo eventuali disordini: «By recent information from Boston, Genl Howe is going to Send out a number of the Inhabitants in order it is thought to make more room for his expected reinforcements, there is one part of the information that I Can hardly give Credit to. A Sailor Says that a number of these Coming out have been inoculated, with design of Spreading the Smallpox thro' this Country & Camp. I have Communicated this to the General Court & recomended their attention thereto». Cfr. P.D. Chase (ed.), *The Papers of George Washington, Revolutionary War Series*, vol. 2, Charlottesville, University Press of Virginia, 1987, pp. 483-487.

e riportarli all'ordine. Nella sezione riguardante l'uso delle frecce, Donkin pone una nota che sarà poi espunta meccanicamente da molte copie del manuale entrate in commercio³⁵.

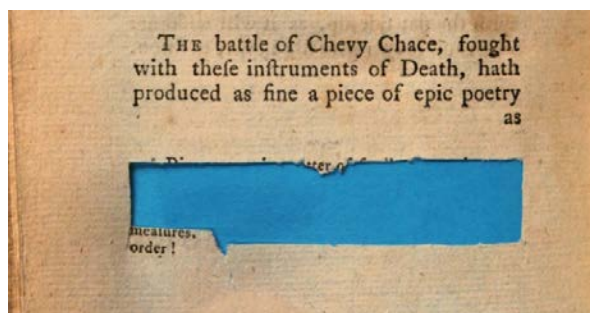


Figura 1. Dettaglio della copia del manuale di Donkin digitalizzata da Google e presente sulla piattaforma Hathitrust.

L'osservazione di Donkin posta a piè di pagina recitava quanto segue:

Imberei le frecce di materiale infetto dal vaiolo e le scaglierei contro i ribelli americani, al fine di inocularli; questo disperderebbe questi ostinati, ignoranti ed entusiasti selvaggi più di qualsiasi altra misura coercitiva³⁶.

La rimozione della nota nella maggior parte delle copie vendute stava probabilmente ad indicare che, almeno agli occhi dell'opinione pubblica, la pratica di veicolare il vaiolo a fini di sterminio non era ancora moralmente del tutto accettata. Ciò non vuol dire, tuttavia, che non fosse messa in atto e, anzi, caldeggiata tra coloro che la guerra la combattevano e che erano pertanto deputati ad indicare le strategie più efficaci per liberarsi del nemico.

³⁵ Cfr. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.31175035226391&seq=230>, visitato in data 30 giugno 2025.

³⁶ Sappiamo del contenuto di questa nota grazie alla sopravvivenza di alcune copie in cui il testo non è stato meccanicamente rimosso. Cfr. A.M. BECKER, *Smallpox in Washington's army: Strategic implications of the disease during the American Revolutionary War*, in «The Journal of Military History», 68, 2, 2004, pp. 381-430. La traduzione nel corpo del testo è mia.

Il colera in Terra d'Otranto in età liberale: ordine pubblico, sfiducia e azioni di protesta

ELISABETTA CAROPPO

Introduzione

All'interno del variegato quadro delle epidemie e delle pandemie che hanno interessato l'Italia in età contemporanea, il caso del colera, per quanto non nuovo alla storiografia, risulta uno dei più interessanti da privilegiare poiché esercitò un forte impatto sociale, andando ad incidere profondamente nell'immaginario collettivo tanto da essere considerato una «malattia di tutti». E d'altra parte, riprendendo quanto ha scritto a suo tempo Franco Della Peruta, il colera rappresentò sino all'inizio del '900 la seconda causa di morte accanto alla tubercolosi¹ e provocò ampie reazioni collettive, non solo perché coinvolse tutta la popolazione senza distinzione di ceto o di classe (se pensiamo che il batterio patogeno penetrava nell'intestino per via orale tramite l'ingestione di acqua o sostanze infettate nell'ambiente dalle feci), ma anche per i caratteri stessi di una sintomatologia alquanto impressionante, contrassegnata da acuti dolori addominali, diarrea, vomito ininterrotto, disidratazione, livore, algidismo e infine morte². A questo si aggiunsero anche la sostanziale incapacità della scienza di fornire, per molto tempo, spiegazioni adeguate (ricordiamo che il batterio patogeno fu isolato da Robert Koch solo nel 1883 e che lo sviluppo vero e proprio dell'epidemiologia si ebbe solo alla fine dell'800) e il clima di incertezza costante che l'epidemia suscitò ripresentandosi, come diremo, in ondate diverse.

Alla luce di ciò, e in considerazione anche delle pesanti ripercussioni economiche che derivarono dall'interruzione dei commerci e degli scambi con luoghi infetti e della capacità che il colera ebbe di colpire contemporaneamente popolazioni di diverse parti del mondo, il caso in questione occupa un posto del tutto speciale nella storia delle grandi emergenze sanitarie³. Inoltre, esso può rivelarsi un prezioso osservatorio d'indagine rispetto, in particolare, allo studio della gestione dell'emergenza sanitaria e dell'ordine pubblico, e ancor più nello specifico in relazione ai meccanismi di fiducia/sfiducia che si innescarono e alle azioni di protesta che si vennero a creare. Una prospettiva di lettura, questa, che può aprire nuovi scenari di approfondimento sui nessi tra percezione

¹ F. DELLA PERUTA, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in «Studi storici», n. 4, 1980, pp. 724-725.

² A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 432-433. Non a caso, il colera fu battezzato dai contemporanei con i nomi di «peste dell'Ottocento» o «mostro asiatico», venendo percepito come un'epidemia selvaggia e incivile che non poteva essere assimilata a «pestilenze» tradizionali o a modi noti nelle civiltà occidentali di malattia o morte. A. BRIGGS, *Cholera and society in the nineteenth century*, in «Past and Present», n. 19, 1961, pp. 76-96. Cfr. anche G. SANARELLI, *Il colera. Epidemiologia. Patologia. Batteriologia. Terapia e profilassi*, Milano, Soc. an. Istituto editor. scientifico, 1931, pp. 4-18; D. BARUA, *History of cholera*, in D. BARUA, W.B. GREENOUGH III (eds), *Cholera*, New York, Plenum Medical, 1992, pp. 7-15; F. DI ORIO, *Il colera*, Napoli, Edises, 2006, pp. 65-84.

³ E. TOGNOTTI, *Storia dell'arrivo del colera negli anni Trenta dell'Ottocento. Lo shock e la cesura tra il "prima" e il "dopo"*, in «Storicamente», n. 17, 2021, in <https://storicamente.org/indice-2021/> (ultima consultazione 15.9.2025).

dell'evento calamitoso e risposte collettive⁴ (oltre che sugli aspetti più propriamente sociali della storia della medicina⁵) e che risulta ancor più interessante nel caso del Mezzogiorno d'Italia in età liberale, area su cui ancora molto resta da indagare e in cui i veementi effetti dell'epidemia comportarono episodi popolari dal carattere il più delle volte acceso e violento, segnati da grave ostilità nei confronti dei medici e degli amministratori locali e sfociati spesso, anche per limiti culturali e d'istruzione, in vere e proprie vicende giudiziarie e criminali⁶.

Se poi inseriamo il caso in questione in un'ottica di osservazione più ampia, il colera può rappresentare un utile campo di studio per comprendere meglio i caratteri di una società – quella contemporanea – indicata di recente come una società dalle emergenze ricorrenti: una società, cioè, esposta continuamente al rischio e nella quale l'irrompere dell'inatteso, se da un lato può procurare sentimenti generalizzati di incertezza ed inquietudine, dall'altro, a livello macro, può portare a riorganizzare la società, suscitando condivisioni o contestazioni delle misure adottate e nuove, stimolanti, progettualità⁷. In tal senso, approfondire in chiave storica la gestione dell'emergenza non è – com'è stato puntualizzato ultimamente – un mero esercizio accademico, ma può contribuire sia a prevenire e a mitigare in futuro le conseguenze dell'azione condotta⁸, sia a ricostruire la tradizione illiberale della politica moderna tipica, secondo Franco Benigno e Luca Scuccimarra, anche di regimi anti-dispotici della società europea⁹. Il riferimento è, in questo caso, allo Stato liberale, per il quale lo studio dell'emergenza colerica può aiutare a far luce sui meccanismi di legittimità/legittimazione degli atti e dei comportamenti dei governi e delle relative amministrazioni, e tanto più per uno Stato, come quello post-

⁴ Per cui cfr. D. CECERE, *Scritture del disastro e istanze di riforma nel Regno di Napoli (1783). Alle origini delle politiche dell'emergenza*, in «Studi storici», n. 1, 2017, pp. 189-190.

⁵ Cfr. E. IORIO, *La libertà (di cura) non è star sopra un albero ... Riflessioni sulle resistenze alle vaccinazioni*, in «Venetica. Rivista di Storia contemporanea», n. 1, 2018, pp. 17-20.

⁶ P. MARTUCCI, *Il morbo e il veleno. Pandemie e violenza sociale nell'Italia del Risorgimento*, in G.P. DOLSO, M.D. FERRARA, D. ROSSI (a cura di), *Virus in fabula. Diritti e Istituzioni ai tempi del covid-19*, Trieste, EUT Edizioni Università di Trieste, 2020, pp. 64-68 e 70-72; G. COSMACINI, *Problemi medico-biologici e concezione materialistica nella seconda metà dell'Ottocento*, in G. MICHELI (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 3. Scienza e tecnica nella cultura e nella società dal Rinascimento a oggi*, Torino, Einaudi, 1980, pp. 841-845; A.L. FORTI MESSINA, *Società ed epidemia. Il colera a Napoli nel 1836*, Milano, Franco Angeli, 1979, pp. 75-81 e 81-86; F. DELLA PERUTA, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, cit., pp. 725-727.

⁷ G. PREITE, M. LONGO, *Governo e immaginario delle emergenze. Una introduzione*, in «Iconocrazia», vol. 2, n. 20, 2021, pp. 5-27, in <https://ojs.cimedoc.uniba.it/index.php/icon/article/view/1403/1213> (ultima consultazione 28.7.2015) e anche M. LONGO, G. PREITE, E. BEVILACQUA, V. LORUBBIO (a cura di), *Politica dell'emergenza*, Trento, Tamgram, 2020. Cfr. anche G. SILEI, *Società del rischio e gestione del territorio*, Pisa, Pacini, 2020, pp. 5-11; G. SILEI, *Le radici dell'incertezza. Storia della paura tra Otto e Novecento*, Manduria, Lacaíta, 2008, pp. 7-9. Utili riferimenti sono anche in D. CECERE, *Scritture del disastro e istanze di riforma nel Regno di Napoli (1783). Alle origini delle politiche dell'emergenza*, in «Studi storici», n. 1, 2017, pp. 187-214 e D. CECERE, *Dall'informazione alla gestione dell'emergenza. Una prospettiva per lo studio dei disastri in età moderna*, in «Storica», n. 77, 2020, pp. 9-40 (soprattutto pp. 26-27).

⁸ Contribuendo così anche ad elaborare strategie per affrontare il rischio, ricostruendo le politiche di ricostruzione e di prevenzione, il dibattito politico, culturale, legislativo, tecnico e scientifico e le risposte emotive. Cfr. G. SILEI, *Società del rischio e gestione del territorio*, cit., pp. 14-15 e 26-27. Ciò anche in tema di analisi della sicurezza, per il quale cfr. L. DI FIORE ET AL., *National security as a transnational issue. The nineteenth-century origins*, in «Contemporanea. Rivista di storia dell'800 e del '900», n. 4, 2019, in particolare p. 620.

⁹ F. BENIGNO, L. SCUCCIMARRA (a cura di), *Il governo dell'emergenza. Poteri straordinari e di guerra in Europa tra XVI e XX secolo*, Roma, Viella, 2007, pp. 7-33. Cfr. anche E. BETTA, *Pandemia come metafora?*, in «Contemporanea. Rivista di storia dell'800 e del '900», n. 4, 2020, pp. 683-686.

unitario, dalla carica legittimante spesso contestata¹⁰. Stando a quanto alcuni studiosi ritengono, infatti, dal punto di vista dei governi la politica sanitaria dell'Italia liberale fu caratterizzata da esigenze di «polizia medica» dettate dalla volontà di controllare popolazione e territorio, partendo dal presupposto che compito del potere pubblico fosse quello di imbrigliare l'anarchia dei comportamenti individuali in campo medico-igienico nell'interesse della collettività. Da qui, già subito dopo l'Unità, il varo di un complesso di leggi sulla sanità che diedero solo un quadro complessivo di riferimento, tradotto localmente in una serie innumerevole di provvedimenti e regolamenti comunali¹¹.

Quanto abbiamo fino a questo momento richiamato ci spinge in questa sede a focalizzare l'attenzione – accogliendo anche le recenti sollecitazioni provenienti dall'applicazione della prospettiva microanalitica¹² – su un'area del Mezzogiorno d'Italia come quella dell'antica provincia di Terra d'Otranto (coincidente con le attuali province di Brindisi, Lecce e Taranto) e in un arco cronologico compreso orientativamente tra gli anni '60 dell'800 e la Prima guerra mondiale. Un'area, indubbiamente, che per numero di casi non fu tra le più investite dal dipanarsi del morbo e che non fu caratterizzata dalla presenza di grossi centri urbani colpiti dall'epidemia con maggiore virulenza (come per esempio nel caso di Napoli o Palermo)¹³, ma un'area comunque in cui gli effetti dell'epidemia non furono di scarsa intensità e diedero luogo, come vedremo, a significative dinamiche anche in zone provinciali e rurali, di certo non meno interessanti da analizzare rispetto a quelle più propriamente di carattere urbano. Com'è stato puntualizzato di recente, del resto, «le dinamiche del contagio e dei comportamenti sociali implicano un approccio complesso al fenomeno»¹⁴, e se il colera si dipanò in gran parte dei centri urbani dell'800, non fu sempre e solo un fenomeno che rimase circoscritto al proletariato urbano¹⁵.

Paura, conflitti e disordini in Terra d'Otranto durante le ondate coleriche del Secondo Ottocento

Riprendendo quanto è stato illustrato da Anna Lucia Forti Messina ed Eugenia Tognotti, il colera giunse per la prima volta in Europa nel 1817 dall'India. Il propagarsi del morbo fu rapido e passò dalla Polonia all'Ungheria, alla Germania, all'Inghilterra e poi alla

¹⁰ S. BOTTA, *Politica e calamità. Il governo dell'emergenza naturale e sanitaria nell'Italia liberale (1861-1915)*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2013, pp. 44-47, 54-59, 61-71, 97-98 e 619-632.

¹¹ Cfr. per tutto questo M. SORESINA, *La politica professionale e la legislazione sanitaria 1859-1978*, in Redazione FNOMCeO (a cura di), *Cento anni di professione al servizio del Paese (parte prima)*, in <https://portale.fnomceo.it/in-esclusiva-cento-anni-di-professione-al-servizio-del-paese-parte-prima/>, p. 113 (ultima consultazione 20.9.2025); M. SORESINA, *I regolamenti comunali d'igiene e i medici poliziotti nell'Italia unita (ca. 1859-1914)*, in L. ANTONIELLI (a cura di), *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2015, pp. 207-208.

¹² Per le quali cfr. F. TRIVELLATO, *Microstoria e storia globale*, Roma, Officina Libraria, 2023, soprattutto pp. 7-70.

¹³ A differenza, invece, di altri territori della Puglia nei quali, come ha scritto E. SORI, erano i maggiori centri urbani a mostrare una sovra-mortalità epidemica rispetto ai territori provinciali e rurali. ID., *Malattia e demografia*, in F. DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, cit., p. 556.

¹⁴ N. RUGGIERO, *La svolta del 1884. Dinamiche del mutamento culturale*, in F. DANDOLO, I. FUSCO, G. SABATINI (a cura di), *Le epidemie nella storia di Napoli*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2024, p. 178. Cfr. anche A. BRIGGS, *Cholera and Society in the Nineteenth Century*, in A. BRIGGS, *The Collected Essays of Asa Briggs*, vol. II, *Images, Problems, Standpoints, Forecasts*, Urbana and Chicago, The University of Illinois Press, 1985, p. 156.

¹⁵ N. RUGGIERO, *La svolta del 1884. Dinamiche del mutamento culturale*, cit., p. 178.

Francia, sino a giungere, nel 1831, nel Regno di Sardegna e da lì estendersi a tutta la penisola italiana. In Italia conobbe ondate importanti negli anni '30 e '50 dell'800 per poi ritornare, dopo l'Unità e fino al 1910-11, diverse volte, e con particolare virulenza tra il 1866-1867 (parliamo in questo caso – per lo meno stando ai dati riportati da Lorenzo Del Panta – di 160.547 vittime)¹⁶. Nel complesso, dall'Unità, sino ai primi del '900, l'Italia meridionale e le isole (la Sicilia *in primis*) costituirono le parti della penisola maggiormente investite dal morbo.

Fu proprio il colera a spingere le classi dirigenti del tempo a ragionare su concetti chiave come quelli di incolumità, prevenzione, regolamentazione e tutela centrale e locale dell'igiene¹⁷, e questo anche perché il colera assumeva i tratti di una malattia dal carattere prevalentemente urbano, più di altre associabile allo sviluppo attraversato dalle città europee tra '800 e '900. Il suo agente patogeno, che arrivava da paesi stranieri, trovava in ambienti inquinati o male amministrati le condizioni migliori per diffondersi¹⁸, agendo poi da catalizzatore di risanamenti igienici, sventramenti, studi ingegneristici e nuove norme di sanità pubblica che avevano appunto nello spazio urbano il terreno di maggiore penetrazione¹⁹.

Sul piano normativo, due furono i principali provvedimenti adottati dallo Stato per la gestione dei problemi igienico-sanitari, vale a dire la Legge del 20 marzo 1865 n. 2248 e quella del 22 dicembre 1888 n. 5849 (il cosiddetto Codice sanitario di Francesco Crispi, in gran parte dettato proprio dagli effetti dell'epidemia colerica del 1884-87, il quale stimolò tra l'altro importanti progetti igienici a livello urbano e un piano di sviluppo della protezione civile che si sarebbe sostanziato nella Legge del 12 gennaio 1909 n. 12)²⁰.

Nel quadro della politica di accentramento della Destra storica, la Legge del 1865, che molto si richiamava alla Legge Rattazzi del 1859, riconosceva allo Stato il diritto di

¹⁶ A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, cit., pp. 429-494 e E. TOGNOTTI, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2010. Per ulteriori dettagli sul numero delle vittime e le disparità riscontrate cfr. L. DAL PANTA, *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino, Loescher, 1980, p. 228; G. ALFANI, M. MELEGARO, *Pandemie d'Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società*, Milano, Egea, 2010, pp. 73-75; G. ALFANI, *Le stime della mortalità per colera in Italia: una nota comparativa*, in «Popolazione e storia», vol. 15, n. 2, 2014, pp. 77-85, in <https://popolazioneestoria.it/article/view/624/597> (ultima consultazione 12.4.2025). Nello specifico, l'Italia fu colpita nel corso dell'800 per ben sei volte, e cioè tra il 1835-37; nel 1849; nel 1854-55; nel 1865-67; nel 1884-86 e nel 1893. Cfr. R. SALVEMINI, *Politiche e interventi nell'Ottocento pre-unitario per combattere l'epidemia di colera nell'isola di Procida*, in F. DANDOLO, I. FUSCO, G. SABATINI (a cura di), *Le epidemie nella storia di Napoli*, cit., pp. 137-138.

¹⁷ S. BOTTA, *Politica e calamità. Il governo dell'emergenza naturale e sanitaria nell'Italia liberale (1861-1915)*, cit., pp. 207-208 e 216.

¹⁸ G. BERLINGUER, Prefazione, in E. TOGNOTTI, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000, p. IX e E. TOGNOTTI, Introduzione, ivi, pp. 3-14.

¹⁹ G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Roma-Bari, Laterza, 2021, pp. 319-322; G. ZUCCONI, *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1855-1942)*, Milano, Jaca Book, 1999, pp. 30-39; O. FARON, *Rispondere al colera nel secolo XIX*, in L. POZZI, E. TOGNOTTI (a cura di), *Salute e malattia tra '800 e '900 in Sardegna e nei Paesi dell'Europa Mediterranea*, Sassari, Edes, 1999, pp. 222-223.

²⁰ G. ZUCCONI, *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1855-1942)*, Milano, Jaca Book, 1999, pp. 30-39; G. OGNIBENI, *Legislazione ed organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*, in M.L. BETRI, A. GIGLI MARCHETTI (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, cit., p. 596; R. UGOLINI, *Storia della protezione civili nei primi decenni postunitari*, in M.L. BETRI (a cura di), *Rileggere l'Ottocento. Risorgimento e nazione*, Roma, Carocci, 2010, pp. 490 e 494. Più di recente, R. CEA, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2019.

controllo della sanità pubblica, affidando quest'ultima al ministro dell'Interno e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti, ai sottoprefetti e ai sindaci. Essa prevedeva, inoltre, su base provinciale e di circondario, un Consiglio superiore della sanità (che affiancava prefetto e sottoprefetti) mentre, su base comunale, delle Commissioni sanitarie municipali con funzioni esclusivamente consultive, nominate dai Consigli comunali su criteri pressoché politici e composte solo auspicabilmente da sanitari (tra i quali il medico condotto, che era un impiegato comunale)²¹.

Quanto alla Legge dell'88, essa rientrò in un impianto riformatore crispino che si ispirava – come ha scritto Fulvio Cammarano – a una logica di «ammodernamento autoritario», all'interno della quale lo Stato gestiva la risoluzione delle arretratezze sociali e politiche e allargava, facendosi carico delle aspettative di partecipazione e di democrazia che ciò comportava, le proprie competenze e il proprio potere²². La legge, in particolare, fu stimolata proprio dalla nuova emergenza colerica degli anni '80 e, pensata nel contesto del positivismo, dei nuovi sviluppi della scienza medica e della cosiddetta «utopia igienista»²³, rappresentò di fatto la prima legge sanitaria organica in Italia. Il suo intento di fondo era quello di portare l'Italia più al passo con i tempi in materia sanitaria, facendo sì che le campagne anti-epidemiche fossero meno improntate sulle norme di profilassi individuale e più su quelle pubbliche e rafforzando il rigido controllo della popolazione e delle risorse in occasione delle epidemie, attraverso l'allargamento dei poteri conferiti al ministero dell'Interno e ai suoi organi periferici (i prefetti soprattutto) e l'istituzione di nuove figure di tecnici-burocrati con poteri di intervento (e cioè il Medico provinciale, il Direttore generale della sanità e l'Ufficiale sanitario comunale, che nei comuni minori coincideva col medico condotto). Inserita poi in una logica finalizzata a prevenire le malattie, la legge prevedeva infine le vaccinazioni obbligatorie e misure più adeguate in materia di seppellimento dei cadaveri, non più affidate a fosse comuni o a sepolture gentilizie nelle chiese ma almeno a un cimitero in ogni comune ed entro un raggio di 200 metri dalle abitazioni²⁴.

Con queste premesse, particolarmente interessante fu quel che avvenne in Terra d'Otranto, come abbiamo anticipato in apertura, nel corso dell'età liberale. Com'è noto, già agli inizi dell'800 l'Italia meridionale, e la Puglia nello specifico, erano state investite dal propagarsi del morbo, che si era manifestato con una certa aggressività durante l'ondata colerica degli anni '30. Gli effetti, a quel tempo, erano stati di grande intensità, e difatti tempestivamente il ministero degli Interni del Regno delle Due Sicilie aveva richiesto alle diverse intendenze rapporti statistici dettagliati sulle condizioni sanitarie

²¹ M. SORESINA, *I regolamenti comunali d'igiene e i medici poliziotti nell'Italia unita (ca. 1859-1914)*, cit., pp. 208-210 e 212-214; S. MAGLIANI, *I regolamenti di igiene per la pubblica incolumità*, in M.L. BETRI (a cura di), *Rileggere l'Ottocento. Risorgimento e nazione*, cit., pp. 497-501.

²² F. CAMMARANO, *Storia dell'Italia liberale*, Roma-Bari, Laterza, 2011, p. 110.

²³ C. POGLIANO, *L'utopia igienista (1870-1920)*, in F. DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, cit., pp. 587-631.

²⁴ M. SORESINA, *I regolamenti comunali d'igiene e i medici poliziotti nell'Italia unita (ca. 1859-1914)*, cit., pp. 215-216; M. SORESINA, *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998, pp. 49-50; M. SORESINA, *La tutela della salute nell'Italia unita (1860-1980)*, in G. CHERUBINI ET AL. (a cura di), *Storia della società italiana. Le strutture e le classi nell'Italia unita*, vol. 17, Milano, Teti, 1987, pp. 158-161; P. FRASCANI, *I medici dall'Unità al fascismo*, in M. MALATESTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 10. I professionisti*, Torino, Einaudi, 1996, pp. 152-153; G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, cit., pp. 319-324. Cfr. anche R. UGOLINI, *Storia della protezione civi le nei primi decenni postunitari*, cit., pp. 501-502 e F. DELLA PERUTA, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, cit., pp. 757-759.

delle rispettive province onde praticare politiche più efficaci²⁵. Stando ai dati riportati dalla stessa Forti Messina, nella penisola italiana, tra il 1835 e il 1837, il Regno delle Due Sicilie fu quello maggiormente colpito dall'epidemia, con percentuali di morti su 1.000 abitanti pari al 10,0% nelle province continentali e al 35,3% nella sola Sicilia²⁶. La Puglia, per quanto con le sue città non avesse raggiunto il numero di defunti di centri come Napoli, Catania e soprattutto Palermo, né avesse superato o eguagliato per numero di morti le altre province del Sud, aveva registrato comunque una significativa percentuale di decessi e prevalentemente nelle province di Capitanata e di Terra di Bari, con percentuali pari all'11,54% nel primo caso e al 4,12% nel secondo, mentre solo all'1,28% in Terra d'Otranto²⁷.

Proiettandoci nel periodo postunitario, non sono molte per la verità le informazioni contenute nella documentazione consultata sulla prima ondata colerica (quella del '65-'67) nell'area di nostro interesse. Sappiamo comunque che l'epidemia giunse in Italia dall'Egitto²⁸ e che la Puglia – come risulta dai dati statistici ministeriali – fu tra le regioni per numero di casi più colpite in Italia (tra il '66 e il '67 la terza al Sud dopo la Sicilia e la Campania)²⁹. Nel '65 la provincia più toccata fu ancora una volta quella di Capitanata (col 53% circa del totale dei casi in Puglia) seguita dalla Terra di Bari (col 32% circa), mentre la Terra d'Otranto contò 1.145 casi (il 15% circa del totale dei casi in Puglia, di cui 990 colerosi curati nel proprio domicilio e 155 in ospedale; 645 furono i morti); i centri su cui il morbo gravò di più furono le città di Taranto, di Brindisi e di

²⁵ E. TOGNOTTI, *Storia dell'arrivo del colera negli anni Trenta dell'Ottocento. Lo shock e la cesura tra il "prima" e il "dopo"*, cit.; A. TANTURRI, *Analisi statistica della mortalità nell'epidemia colerica del 1836-37*, in F. DANDOLO, I. FUSCO, G. SABATINI (a cura di), *Le epidemie nella storia di Napoli*, cit., in particolare pp. 95-96 e 98-101.

²⁶ Contro invece l'11,5% nel Ducato di Parma, l'11,3% nel Veneto, il 13,0% in Lombardia, il 2,5% nello Stato Pontificio, l'1,8% nel Granducato di Toscana, l'1,7% nel Regno di Sardegna e lo 0,1% nel Ducato di Modena. A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, cit., p. 437.

²⁷ A. TANTURRI, *Analisi statistica della mortalità nell'epidemia colerica del 1836-37*, cit., pp. 106-107. Per maggiori approfondimenti sull'epidemia nelle province pugliesi cfr. A. VITULLI, *L'epidemia di colera del 1836-37 in Capitanata*, Foggia, Apulia, 1980; M. CIAVARELLA, *Il colera a San Marco in Lamis nel 1837*, San Marco in Lamis (FG), Catapano, 1981; R. LETTERIO, *Aspetti demografici della prima epidemia di colera in Capitanata*, in «La Capitanata», XXI-XXII, 1984-1985, pp. 75-88; F. LEONI, *Il colera nell'Italia meridionale (1836-1837)*, Roma, Apes, 1990; F. DELL'ACQUA, *La prima epidemia di colera in Terra di Bari: 1836-37*, in *La popolazione delle campagne italiane in età moderna*, Atti del Convegno della Società Italiana di Demografia Storica, Torino, 3-5 dicembre 1987, Bologna, CLUEB, 1993, pp. 119-147; G. IACOVELLI, M. DE CESARE, A. TRAMONTE, *Il colera in Capitanata nel 1836-37*, in A. TAGARELLI, A. PIRO (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia: considerazioni storiche e medico-sociali*, Atti del Convegno tenuto a Croce di Magara – Spezzano Piccolo (Cosenza) il 12 ottobre 2002, vol. II, Mangone, Istituto di scienze neurologiche – CNR, 2002; G. IACOVELLI, M. DE CESARE, A. TRAMONTE, N. SIMONETTI, M. SANGIORGI, *Il colera in Puglia dal 1831 ai giorni nostri*, Fasano (Brindisi), Schena, 2003; G. DA MOLIN, A. CARBONE, C. NAPOLI, *Carte d'archivi o e malattie. La prima epidemia di colera in Terra di Bari: aspetti demografici, sociali e sanitari*, in G. DA MOLIN (a cura di), *Popolazione e famiglia nel Mezzogiorno moderno. Fonti e nuove prospettive d'indagine*, vol. II, Bari, Cacucci, 2006, pp. 95-131; N. BARBUTI ET AL., *Cholera-Morbus: storia del colera in Terra di Bari, 1836-1994*, in «Igiene e sanità pubblica», vol. 67, 2011, pp. 217-240; G. TRINCUCI, *Il colera nell'Ottocento in Capitanata*, in L. PELLEGRINO, M. FREDA (a cura di), *Le malattie contagiose e diffuse nel Mezzogiorno ed in Capitanata tra il XVIII e il XIX secolo*, Atti del V Convegno storico-sanitario di Capitanata, Foggia 30 settembre 2017, Roma, Sentieri Meridiani, 2019, pp. 81-97. Per la Terra d'Otranto in particolare, E. DE SIMONE, *Cholera-morbus. Epidemie, medicina e pregiudizi nel Salento dell'Ottocento*, Lecce, Edizioni del Grifo, 1994.

²⁸ A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7, Malattia e medicina*, cit., p. 459.

²⁹ Statistica del Regno d'Italia – Sanità pubblica, *Il cholera morbus nel 1866 e 1867*, Firenze, Tipografia Tofani, 1870, pp. VIII-XIV.

Lecce, con casi abbastanza numerosi anche a Mesagne, Ostuni e Francavilla Fontana (nel Brindisino), Manduria, Ginosa, Massafra e Martina Franca (nel Tarantino)³⁰. In generale, se ci basiamo su quanto documentavano i funzionari prefettizi, i comuni più colpiti furono, durante tutta l'ondata, nel circondario di Lecce quelli di Galatina, Novoli e Sternatia; nel circondario di Brindisi, quelli appunto di Ceglie, Francavilla, Ostuni e pure San Vito; in quello di Gallipoli, Galatone, Casarano, Neviano e Nardò; infine, in quello di Taranto, oltre a Massafra e Martina Franca, Grottaglie e Castellaneta³¹.

Al di là del numero delle vittime, il colera dovette esercitare un forte impatto nella realtà del tempo, se pensiamo anche al fatto che, nel 1866, all'apparire dei primi casi della malattia, in diversi comuni della provincia i responsabili municipali furono prontamente sollecitati dal Consiglio provinciale di sanità a mettere in pratica tutti quei provvedimenti già deliberati in tornate precedenti e che vari comuni avevano già cominciato ad attuare³². E d'altra parte, continuava ad aleggiare il ricordo dell'ondata degli anni '30 che, come ha illustrato Paolo Sorcinelli, aveva colto un po' tutta la società ottocentesca di sorpresa, provocando negli individui una serie di suggestioni ed emozioni che si credevano dimenticate, con fenomeni di rassegnazione e violenza, istinti di autocommiserazione, forme di esasperata religiosità e impellente bisogno di trovare dei capri espiatori sia nelle cose sia negli uomini³³.

A ridosso dell'Unità, molti problemi derivavano, in generale, dai limiti dei Regolamenti igienico-sanitari, tenuti in secondo piano dal nuovo Stato liberale rispetto, invece, alla realizzazione delle infrastrutture, ritenuta prioritaria; inoltre, in linea con la normativa del tempo, gli interventi operati riguardavano per lo più la lastricazione e l'allargamento di alcune strade, la disposizione di conventi in lazzaretti (rare volte costruiti ex novo), i divieti di vendita di alcuni generi alimentari (tra cui frutti verdi, carne d'agnello e cozze nere), la distribuzione di quanto potesse aiutare a disinfettare, come acido fenico, cloruro di calce e solfato di ferro³⁴.

Alquanto suggestivo, ai fini della nostra indagine, ci sembra ciò che si verificò a Nardò (nel Leccese) nel '67, realtà già gravemente colpita dal colera nel 1855 (quando si erano registrati circa 600 infetti, di cui 373 morti)³⁵ e in cui peraltro da tempo parecchie case fungevano da stalle. Qui i tentativi fatti da sanitari e medici locali perché la popolazione si attenesse alle misure igieniche più elementari scatenarono immediatamente, negli anni '60, una profonda diffidenza nei confronti dei medici, ritenuti avvelenatori autori del disastro e per questo minacciati di morte. Tant'è vero che quando uno dei sanitari (il veterinario Tommaso Maritati) portò nella piazza pubblica della frutta vietandone il consumo e la toccò con un bastone, il popolo pensò subito che con quel gesto egli l'avesse avvelenata, impedendo così di sfamare, e solo per pochi centesimi, la popolazione più povera. Ne seguirono disordini e tafferugli vari, durante i quali il sanitario rischiò anche di essere ammazzato da un contadino, convinto che i medici volessero eliminare le

³⁰ Statistica del Regno d'Italia – Sanità pubblica, *Il cholera morbus nel 1865*, Firenze, Tipografia di G. Barbera, 1867, pp. 6-9, 26-27, 30-31, 34-37, 52-55, 80-87, 100-101, 106-107 e 110-111.

³¹ ARCHIVIO DI STATO DI LECCE (d'ora in poi ASL), Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 19, b. 111, fasc. 1311, 1867.

³² Ivi, Prefettura, Verbali del Consiglio provinciale di sanità, serie 1, cat. 15, b. 27, fasc. 156.

³³ P. SORCINELLI, *Nuove epidemie, antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1986, p. 10.

³⁴ Come per esempio a San Cesario, a Gallipoli, a Mesagne, a Tricase e a Grottaglie.

³⁵ ARCHIVIO PARROCCHIALE DELLA CHIESA CATTEDRALE DI NARDÒ, *Liber defunctorum*, vol. XXIV, 1848-1859.

«odiate classi umili»³⁶.

Nel comune salentino, il primo caso si registrò il 4 giugno del '67 e poco si riuscì a fare, anche a causa – per lo meno stando alle parole del sindaco locale – di un diffuso «funesto fatalismo» e di «assessori pusillanimi»³⁷. Si assisté, di fatto, a una fuga generale verso le campagne, con diffusa inadempienza non solo del corpo di guardia, ma anche degli stessi medici, che si negavano agli ammalati per paura del contagio; e a una situazione generale nella quale, più che attribuire la diffusione del colera a cause oggettive (come la miseria, la sporcizia e la scarsa nutrizione), la si imputò, come abbiamo detto, a medici avvelenatori minacciati di morte, nella scia dell'ignoranza e della superstizione³⁸. E, se l'erario municipale si mostrò privo di mezzi sufficienti, nonostante la casse non fossero vuote³⁹, poco efficaci si rivelarono pure le misure adottate da enti religiosi o di beneficenza come la Congregazione di carità che, pur distribuendo larghi soccorsi, non operò in modo adeguato⁴⁰.

Come in altre parti d'Italia, il colera tornò poi in Terra d'Otranto negli anni '80 e '90 ma – per lo meno secondo il segretario generale del Ministero dell'Interno, Giovanni Battista Morana, incaricato di relazionare sulla situazione epidemica in Italia negli anni '80 – con minore intensità rispetto a quanto era successo in passato; e questo, sempre secondo Morana, sia perché era stato predisposto da parte dello Stato un piano più energico e pronto per affrontare l'emergenza sia perché le condizioni igieniche nel Regno erano nel complesso migliorate⁴¹. Ad ogni modo, la Puglia continuò a presentare una percentuale ampia di comuni con scarsa acqua potabile, privi di adeguati *Regolamenti di polizia mortuaria* e con pesanti carenze anche sul piano della salubrità dell'aria e delle latrine. Basti pensare che in Terra d'Otranto, ancora nel 1880, ben 53 comuni risultavano privi di un cimitero costruito secondo le norme regolamentari⁴² e che nel suo stesso capoluogo (ma il problema investiva anche Taranto e Brindisi) gravi erano i problemi igienico-

³⁶ P. INGUSCI, *Compendio di storia della città di Nardò*, Nardò, Leone, 1965, p. 160. Per una disamina più ampia delle difficoltà varie in cui operavano i medici condotti in Italia dopo l'Unità rinviamo a A.L. FORTI MESSINA, *I medici condotti all'indomani dell'Unità*, in M.L. BETRI, A. GIGLI MARCHETTI (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1982, soprattutto pp. 669, 674 e 677-679.

³⁷ «Il cittadino leccese», 7.9.1867. Da qui la visita del sottoprefetto di Gallipoli, A. Magno (accompagnato dal segretario della Commissione sanitaria del circondario di Gallipoli), al sindaco del paese, al quale il 25 giugno del '67 raccomandava altresì una più vigile sorveglianza sulle vendite di commestibili e bevande, l'allontanamento di quelli insalubri e del letame, massima attenzione sulle carni da macello e per l'igiene sulle strade. A questo seguirono l'invito a tenere la compilazione di un bollettino sanitario, utile evidentemente per meglio controllare una situazione che vedeva crescere in misura sempre più esponenziale il numero dei casi, e altre raccomandazioni tra cui il potenziamento delle misure di controllo contro il morbo, che includevano anche una rigorosa visita medica di tutti coloro che fossero giunti da Roma, sussidi ai malati e la cura degli indigenti in un ospedale e nel lazzaretto preposto presso il convento dei Paolini. ARCHIVIO STORICO DEL COMUNE DI NARDÒ, Igiene pubblica, cat. IV, 3.1, *Regia sottoprefettura del Circondario di Gallipoli*, 25.6.1867; ivi, *Regia sottoprefettura del Circondario di Gallipoli*, 4.7.1867; ivi, *Nardò*, 29.7.1867 e 5-7.8.1867.

³⁸ «Il cittadino leccese», 7.9.1867. Sulle difficoltà d'azione riscontrate e sui provvedimenti varati cfr. anche ARCHIVIO STORICO DEL COMUNE DI NARDÒ, Igiene pubblica, *Regia sottoprefettura di Gallipoli*, 10-11.7.1867 e 23-24.7.1867.

³⁹ P. INGUSCI, *Compendio di storia della città di Nardò*, cit., p. 160.

⁴⁰ «Il cittadino leccese», 7.9.1867. Più che altro, si cercò di intervenire in materia di sepoltura, vietando a Nardò, come in tutti i paesi della provincia, di depositare i cadaveri in chiese esistenti nell'abitato, per situarli invece nelle chiese dei camposanti (o, in assenza di questi, in chiese fuori dall'abitato).

⁴¹ Ministero dell'Interno, *Il colera in Italia negli anni 1884 e 1885. Relazione del deputato Giovanni Battista Morana*, Roma, Tipografia Elzeviriana, 1885, p. 72.

⁴² F. TONDO, *La salute pubblica in Terra d'Otranto*, in «Sallentum», nn. 1-3, 1985, pp. 86 e 169-171.

sanitari, a causa anche della presenza di numerose latrine e dell'assenza di rete fognante ed acqua potabile⁴³.

Il batterio, questa volta, si diffondeva in Europa dall'India, favorito dai movimenti delle truppe e delle navi coinvolti nella guerra coloniale francese contro la Cina⁴⁴ e penetrava nella Francia meridionale, trovando presto in porti come quello di Marsiglia un importante centro di diffusione in diverse parti del continente⁴⁵.

In questo clima, anche in Terra d'Otranto le misure adottate per affrontare l'emergenza epidemica si rifecero in linea di massima alle *Istruzioni pratiche* impartite dal Consiglio superiore della sanità nel luglio del 1884, che comprendevano per lo più il divieto di assembramenti in luoghi chiusi e nelle vie pubbliche e quello di svolgere fiere e mercati, di trasportare determinate merci da un comune all'altro e di importare stracci, cenci e abiti non lavati provenienti dai luoghi infetti⁴⁶; a tutto questo si sommò anche l'obbligo per i sindaci di sottoporre a visita precauzionale nei lazzaretti viandanti e passeggeri e quello di procedere, come era già avvenuto in passato, con cordoni sanitari e quarantene. La gestione del problema epidemico vide anche incrementare le richieste sull'esatto numero dei colerosi⁴⁷ e dei lazzaretti, oltre a quelle sulla pratica di nuove misure di sepoltura e sui più intensi interventi operati per lo smaltimento della spazzatura. Ad arricchire il quadro si aggiungevano anche le richieste riguardanti le elargizioni di sussidi da parte delle amministrazioni locali ai familiari delle vittime del colera e gli interventi operati dai comuni ai fini del risanamento urbanistico, della condotta di acqua potabile e della disinfestazione sul piano igienico-sanitario⁴⁸. Sotto quest'ultimo profilo, l'epidemia divenne senz'altro terreno di preoccupazione per gli amministratori locali verso le deficienze sanitarie riscontrate, ma nello stesso tempo stimolò nuove progettualità e la domanda di servizi efficienti, anche per ridare decoro e un'immagine più moderna a città dalle antiche tradizioni come nel caso del capoluogo, Lecce⁴⁹.

⁴³ Direzione generale della statistica, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno. Parte prima, Notizie relative ai comuni capoluoghi di provincia*, Roma, Tip. nell'Ospizio di San Michele, 1886, in particolare per Lecce pp. 135-137 e Direzione generale della statistica, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno. Parte seconda, Notizie date per ciascun comune*, Roma, Tip. nell'Ospizio di San Michele, 1886, per la Terra d'Otranto pp. 418-427.

⁴⁴ F.M. SNOWDEN, *Naples in the time of cholera, 1884-1911*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 59-155.

⁴⁵ A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, cit., p. 463.

⁴⁶ Di cui in ASL, Prefettura – Affari generali, I serie, II versamento, cat. 15, b. 61, fasc. 588, 1884.

⁴⁷ In un contesto in cui si incrementavano del resto le indagini statistiche sulle condizioni igieniche del Regno e sulle endemie, secondo quanto si mostra in P. FRASCANI, *Medicina e statistica nella formazione del sistema sanitario italiano: l'Inchiesta del 1885*, in «Quaderni storici», vol. 15, n. 45(3), 1980, pp. 942-945.

⁴⁸ ASL, Prefettura - Affari generali, I serie, II versamento, cat. 15, b. 61, fasc. 584, 1884; ivi, fasc. 586, 1884; ivi, fasc. 587, 1884; ivi, fasc. 588, 1885. Citiamo, tra i casi più dinamici, quello di Grottaglie (nel Tarantino), dove nell'84 il Comune adottò misure tempestive potenziando il servizio delle carrette per il trasporto delle acque luride nei vichi privi di canali di scolo, attivandosi per lo spurgo delle materie liquide dalle latrine e per il servizio di disinfestazione e per il rinvenimento di un luogo lontano dal paese per il deposito del letame. Non si rimase fermi neppure dopo, al riemergere dell'epidemia nell'87, quando l'epidemia costrinse anche alla chiusura con muri di tufi le entrate alla periferia del paese, alla disinfestazione dei pozzi neri e al potenziamento delle visite domiciliari, oltre alla richiesta di un prestito di 4.000 lire presso la Banca nazionale di Taranto per le spese sanitarie. ARCHIVIO DEL COMUNE DI GROTTAGLIE, *Delibera della Giunta municipale del 5.7.1884 e Delibera della Giunta municipale del 24.1.1887*.

⁴⁹ Qui non a caso notevole fu l'impegno profuso dall'Amministrazione di Giovan Battista Libertini verso una politica di lavori pubblici capace di dialogare con le inderogabili necessità dei servizi igienici e sanitari

Nel frattempo, altri scenari singolari investivano centri portuali come Taranto, Brindisi e Gallipoli, là dove la diffusione del morbo fu favorita dall'arrivo di battelli, piroscafi e navi straniere e peraltro in una realtà come quella italiana in cui la politica portuale era molto arretrata⁵⁰. Fu quanto accadde, più esattamente, a Brindisi, dove per la verità l'arrivo del colera giunse già nel 1883 e dall'Egitto, mietendo diverse vittime e allarmando parecchio gli amministratori locali, visto soprattutto il carattere portuale della città e i numerosi rischi cui ciò la esponeva. Da qui, e non a caso, la necessità di vigilare sull'arrivo in città di legni e battelli vari e la premura, da più parti, per l'adozione di misure di disinfestazione e igienizzazione adeguate (non ultimo l'impianto di una lavanderia)⁵¹ onde impedire che il morbo fosse importato⁵².

A questi problemi altri ne subentrarono nel 1897, con il propagarsi anche a Brindisi della nuova ondata colerica degli anni '90⁵³; poi, nel 1903, l'arrivo in città, da Alessandria d'Egitto, di un piroscafo austro-ungarico, il *Lloyd*, aprì il campo a nuove contestazioni. Le misure d'intervento, che in questo caso toccavano un problema più ampio scatenato dal sopraggiungere a Brindisi, dalla Libia, della peste bubbonica, furono decise d'accordo con il console austro-ungarico e prevedero una serie di visite mediche a bordo, con l'esatta numerazione dell'equipaggio e dei passeggeri, la loro divisione per categorie e classi sociali ed ispezioni in spazi diversi della nave in base al sesso e alla classe sociale⁵⁴. Si trattava, in realtà, di misure coerenti con ciò che si stava decidendo in congressi e appuntamenti di natura non solo nazionale, ma anche internazionale, come la conferenza tenutasi a Dresda negli anni '90 dell'800 e quella sanitaria di Parigi del 1903, convocate per coordinare le disposizioni in materia per l'appunto di sanità marittima e per intervenire sui sistemi vigenti⁵⁵, ma non tali, evidentemente, da scongiurare conflitti tra il centro e la periferia (e cioè tra il Ministero dell'Interno, le prefetture e i sindaci) e incidenti diplomatici anche internazionali, non ultimo per le presunte accuse di abusi commessi a bordo dai medici portuali brindisini e da quelli provinciali di competenza⁵⁶.

della città. C. PASIMENI, *Il governo del municipio: politica fiscale, crescita urbana, controllo sociale (1860-1919)*, in M.M. RIZZO (a cura di), *Storia di Lecce*, vol. III, *Dall'Unità al Secondo dopoguerra*, Roma-Bari, Laterza, 1992, p. 316.

⁵⁰ E. TONIZZI, *L'Italia e il mare. I porti e la politica portuale 1861-1913*, in «Contemporanea. Rivista di storia dell'800 e del '900», n. 1, 2018, pp. 28-29 e 34-35.

⁵¹ ARCHIVIO DI STATO DI BRINDISI (poi ASB), Archivio storico del Comune di Brindisi, cat. 4, classe 7, b. 1, fasc. 5, 1886-1887.

⁵² Ivi, classe 5, b. 4, fasc. 14, *Disposizioni e misure precauzionali per prevenire il contagio del colera sviluppatosi in Egitto*, 1883 (documentazione varia).

⁵³ Ivi, b. 5, fasc. 23, *Disposizioni e misure precauzionali per prevenire la diffusione del colera sviluppatosi in Egitto*, 1897.

⁵⁴ ASL, Prefettura – Gabinetto, cat. 19, b. 111, fasc. 1318, 1903-1904, Ordinanze del prefetto di Lecce del 19.12.1903 e Documento dell'Agenzia della Società di navigazione a vapore del Lloyd austriaco di Brindisi del 24.12.1903.

⁵⁵ Ivi, Documentazione varia. Incontri di questo tipo non erano nuovi ed erano stati già organizzati nei primi decenni dell'800, nel tentativo di coordinare in maniera più efficace le azioni d'intervento contro l'epidemia. Basti pensare, per esempio, alla conferenza sanitaria di Parigi del 1852, pensata dalla Seconda repubblica francese nel 1850 e convocata l'anno successivo, coinvolgendo ben dodici Stati che avevano porti sul Mediterraneo (tra cui anche l'impero ottomano e gran parte della penisola italiana), come prima conferenza internazionale sulla sanità. Cfr. per tutto questo V. HUBER, *The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894*, in «The Historical Journal», n. 49, 2006, pp. 453-476 e R. SALVEMINI, *Politiche e interventi nell'Ottocento pre-unitario per combattere l'epidemia di colera nell'isola di Procida*, cit., p. 148, nonché Ministero dell'Interno – Direzione generale della Sanità pubblica, *Norme ed istruzioni per la difesa sanitaria alle frontiere terrestri e nell'intero Regno contro la diffusione del colera e della peste*, Roma, Tipografia nazionale di G. Bertero & C., 1910, pp. 7-9.

⁵⁶ Rispetto agli abusi commessi a bordo, altre lamentele si aggiunsero presto anche in relazione alle modalità

Il colera, dunque, continuava a costituire un grave problema⁵⁷ e in Terra d'Otranto i provvedimenti adottati dagli organismi di governo per gestire il fenomeno della diffusione dell'epidemia tra la fine dell'800 e gli inizi del secolo successivo provocarono anche situazioni di disorientamento presso varie amministrazioni comunali (in particolare sul fronte dell'allestimento dei lazzaretti, dei cordoni sanitari e delle misure di disinfestazione)⁵⁸ o furono seguite dall'esplosione di reazioni di protesta di natura diversa: o contro presunti abusi commessi da sindaci e guardie di vigilanza nel controllare i certificati di provenienza, o contro gli eccessi degli ufficiali di porto nella gestione dell'emergenza portuale, o contro il divieto di vendita di alcune carni, o anche contro medici e amministratori locali, tanto da indurre in più casi al rafforzamento della presenza dei militari e delle forze dell'ordine. Né mancarono conflitti tra prefetti e sindaci, accusati questi ultimi di non aver dato pronta notizia dei casi di colera; di non avere saputo impedire eccessi da parte delle guardie di vigilanza comunali incaricate di richiedere, a viandanti e passeggeri vari, i certificati di provenienza; di avere agito arbitrariamente senza rispettare le disposizioni generali⁵⁹ (come era successo a Nardò nel 1886, quando il sindaco per paura aveva autonomamente deciso di chiudere l'accesso al comune a chi proveniva da luoghi sospetti)⁶⁰.

In altri casi, come si verificò a Brindisi nel 1885, i dissapori riguardarono la creazione di un camposanto per i colerosi e soprattutto l'allestimento di un lazzaretto, più volte sollecitato dal ministero dell'Interno, ma invece rifiutato dai brindisini⁶¹. Tra l'altro già l'anno prima, quando ancora il colera non si era diffuso nella città, l'ipotesi di creazione di un lazzaretto a Brindisi aveva suscitato voci a sfavore come quelle del consigliere Festa, poiché la creazione di un luogo di ricovero nella città non avrebbe fatto altro che creare, come era accaduto altrove, gravi danni ai suoi commerci, al suo decoro e alla salute stessa dei suoi cittadini. Così, non a caso, Festa scriveva al Consiglio municipale di Brindisi, riprendendo anche quanto già era stato scritto da altri in testate come «Il giornale delle Puglie» del 29 novembre 1884 e inserendo di fatto la sua opposizione in una polemica più ampia che si allargava contro tutto ciò che era stato pensato per contenere l'epidemia e contro ciò che il Governo non aveva fatto per favorire il

con cui erano state condotte le visite mediche su altri piroscafi come il *Cleopatra*, giunto sempre a Brindisi dall'Egitto e diretto a Trieste, e tali da rendere doverosa secondo alcuni un'apposita inchiesta. ASL, Prefettura – Gabinetto, cat. 19, b. 111, fasc. 1318, 1903-1904, Relazione del prefetto di Lecce al ministro dell'Interno sulle visite sanitarie a bordo del Lloyd datata 29.1.1903.

⁵⁷ Ministero dell'Interno – Direzione generale della Sanità pubblica, *Notizie sulle epidemie di peste, colera e febbre gialla nel decennio 1896-1905*, Roma, Tipografia F. Centenari & C., 1906, pp. 3-4 e Ministero dell'Interno – Direzione generale della Sanità pubblica, *Notizie sulle epidemie di peste, colera e febbre gialla negli anni 1906, 1907, 1908*, Roma, Tipografia nazionale di G. Bertero & C., 1910, p. 3.

⁵⁸ Tanto che il prefetto si sentì in dovere di impartire le giuste dritte. ASL, Prefettura – Affari generali, I serie, II versamento, cat. 15, b. 61, fasc. 590, 1887, Circolare della Regia prefettura di Terra d'Otranto del 27.8.1887.

⁵⁹ Per tutto questo: ivi, fasc. 584, 1884, Documentazione varia e fasc. 585, 1884, nello specifico Lettera del sottoprefetto di Gallipoli al prefetto di Lecce dell'11.10.1884, nonché ivi, Prefettura, I serie, III versamento, b. 126, fasc. 624, 1894-1897, Lettera del sottoprefetto di Brindisi al prefetto di Lecce del 20.5.1896.

⁶⁰ Ivi, fasc. 589, 1886.

⁶¹ ASB, Archivio storico del Comune di Brindisi, cat. 4, classe 5, b. 4, fasc. 16, *Misure sanitarie per prevenire la diffusione del colera in Italia*, 1885, Verbale del Consiglio comunale di Brindisi del 12.9.1885. Anche altrove, come nel comune di Grottaglie, situazioni di questo tipo non furono sporadiche. In questo comune, il lazzaretto allestito in applicazione delle misure ordinate dal prefetto fu ampiamente rifiutato dai colerosi, in quanto visto come un luogo di segregazione e di morte, non ultimo per la scarsa possibilità di ricorrere, data la penuria dei mezzi a disposizione, a personale medico ed infermieristico tale da garantire ai malati un'assistenza dignitosa anziché lasciarli abbandonati a sé stessi.

potenziamento del porto di Brindisi e l'approdo della Valigia delle Indie:

è oggimai messo in sodo, che i lazzeretti non solo non valgono a salvare i paesi, dove sono collocati, dal malanno, anzi attraendo a se (*sic*) maggior copia di esso, formano dattorno un ambiente pestifero e letale; perché nello stesso modo che le cure dei doganieri non hanno mai potuto distruggere il contrabbando, così tutte le cure quarantenarie e le precauzioni igieniche, di cui si è circondata la casa dell'epidemia, mai non valsero ad assicurare dal contagio i centri di popolazione adiacenti al lazzeretto, sia perché le persone grande studio impiegano per sfuggire alle prevenzioni, sia perché le masserizie, i bagagli, i panni per quanto invigilati sempre giungono a schivare lo sguardo dei custodi al cordone⁶².

Mesi dopo, nel 1885, se ad alcuni parve opportuno destinare a un ospedale per la cura dei colerosi l'ex convento dei Cappuccini (come già suggerito dalla Giunta municipale) e a un camposanto degli stessi il terreno di proprietà di un certo Fusco retrostante il cimitero della città, altri invece vi si opposero, pensando piuttosto a soluzioni alternative. Così fece, in particolare, uno dei consiglieri, Mariano Villanova, contrario alla proposta non solo perché non si sarebbe potuta spostare altrove la colonia senza arrecare ad essa seri danni, ma pure perché non poteva essere lo stesso Municipio a ordinarne lo spostamento, dal momento che proprio quest'ultimo aveva concesso ad essa il locale in cui collocarsi. Da qui la mozione – che però non passò – di destinare all'ospedale colerico il Forte a mare, di proprietà del Governo, al quale dunque bisognava rivolgere l'istanza⁶³.

Non meno significativo fu ciò che si verificò a Gallipoli, dove un'ampia agitazione popolare scoppiò nell'84 per paura che si diffondesse il contagio dalla Francia, alla notizia dell'approdo nel porto gallipolino di un piroscafo proveniente da Marsiglia (*l'Europa*). Si screditarono così le ordinanze ministeriali sanitarie, si accusò lo Stato di voler agire a favore di interessi commerciali contrari a quelli della popolazione locale, si diffusero notizie false sulla presunta presenza di infetti a bordo e si costrinse il piroscafo a sbarcare a Bari. Si disse pure che si faceva approdare il piroscafo a Gallipoli perché ciò era stato impedito in Sicilia. Le proteste coinvolsero anche commercianti e beccai locali che si mobilitarono contro il divieto di vendita di carne di maiale o di agnello e di capretto o divennero, in altri casi, anche il riflesso di scontri politici locali. Tra l'altro, nonostante le rassicurazioni delle autorità pubbliche e municipali, il popolo lanciò sassi e sparò colpi di rivoltella contro una barca scambiata evidentemente col piroscafo stesso, scagliandosi anche contro le forze dell'ordine inviate per sedare i disordini e percepite dai gallipolini come un insulto al popolo «trattato come gli iloti di un tempo»⁶⁴. Dinamiche che tutto

⁶² Ivi, classe 7, b. 1, fasc. 3, 1884, Lettera al Municipio di Brindisi di Festa del 9.12.1884.

⁶³ Proposta, tuttavia, a sua volta respinta da altri consiglieri come Emilio Musciacco e Teodoro Doria, sulla base della distanza del Forte dalla città e dei lunghi tempi (potenzialmente resi ancor più tardivi dalle condizioni dei venti e del mare) necessari per ricoverarvi, e isolarvi, gli infetti. Ivi, classe V, *Epidemie, endemie, epizoozie, idrofobie, misure contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali*, b. 4, fasc. 16, *Misure sanitarie per prevenire la diffusione del colera in Italia*, 1885, Verbale del Consiglio comunale di Brindisi del 12.9.1885. In seguito, il Forte sarebbe stato destinato solo per poco ad uso di lazzeretto, per poi essere oggetto di un'istanza presentata dagli amministratori locali al Governo affinché esso fosse destinato alla disinfezione delle valigie postali là ove le condizioni sanitarie lo avessero prescritto. Ivi, classe 7, Sanità marittima – Lazzeretti, b. 1, fasc. 5, 1886-1887, Verbale della Giunta municipale di Brindisi della seduta del 16.2.1887.

⁶⁴ ASL, Prefettura – Affari generali, I serie, II versamento, cat. 15, b. 61, fasc. 585, 1884, Lettera del ministro dell'Interno al prefetto di Lecce del 20.8.1884 e Rapporto del sottoprefetto di Gallipoli al prefetto di Lecce del 19.8.1884.

sommato avevano investito anche altre città come la stessa Brindisi, dove la vicenda del colera, sempre nell'84, si inserì in una più articolata questione internazionale riguardante l'approdo nella città della Compagnia di navigazione inglese *Valigia delle Indie*: approdo caldeggiato dal Governo e invece avversato da vari esponenti politici locali, anche per rancori personali e gelosia verso il viceconsole inglese⁶⁵.

Intanto, non erano mancati anche i casi di "ridimensionamento" del problema colerico o quelli quantomeno controversi. Quanto ciò fosse attestato da seri riscontri scientifici e non piuttosto dettato dalla volontà di non seminare il panico tra la popolazione è difficile da stabilire, ma l'impressione che si ha leggendo la documentazione consultata è che si tentasse in qualche modo se non di negare, quantomeno di "arginare" il problema, riconducendo a patologie di altro genere i sintomi invece tipici del colera⁶⁶.

Ci riferiamo, per esempio, a quanto avvenne a Faggiano (o San Giorgio, nel Tarantino), nel 1885, dove l'arciprete del paese, che pure presentava sintomi colerosi, non fu né isolato, né costretto alle misure di disinfezione, ritenendo – come dichiarò il medico condotto che lo aveva visitato – che si trattasse di una semplice indigestione⁶⁷. Altrove, come a Gallipoli sempre nel '93, si parlò di «voci false» riguardanti la diffusione del colera, voci che avevano ingiustamente indotto un villeggiante di Lecce a disdire la casa che aveva affittato nella cittadina a fini di balneazione quando invece il problema non sussisteva ed era stato capziosamente creato per ragioni di rivalità tra spiagge diverse⁶⁸.

«C'è o non c'è»⁶⁹? Violenze, eccidi e negazione del colera nei comuni salentini tra il 1910 e il 1911

Nel contesto sino ad ora delineato, particolarmente rilevanti furono anche alcuni fatti che si verificarono in Terra d'Otranto durante l'ondata epidemica del 1910-11: un'ondata che questa volta giungeva dalla Russia e che per la verità non rivestì in Italia, per lo meno sul piano delle proporzioni del contagio, la stessa incidenza di quelle precedenti⁷⁰, ma che in Puglia assunse dimensioni di una certa gravità. Ne parlavano, tra l'altro, alcuni esperti

⁶⁵ Ivi, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 24, fasc. 2003bis, 1884, in particolare Rapporto del sottoprefetto di Brindisi al prefetto di Terra d'Otranto del 24.8.1883.

⁶⁶ Reazioni, probabilmente, condizionate anche dalla paura che scaturiva da condizioni igienico-ambientali che rendevano la degenza altamente letale e dal rifiuto istintivo – per dirla con Paolo Frascani – di un ambiente come quello degli ospedali civili sentito come pericoloso o luogo di pudore e vergogna per dover ammettere la perdita dei legami di solidarietà umana che potevano impedire il ricorso alla carità delle istituzioni di beneficenza. Tant'è vero che tra il 1885 e il 1902, al Sud, la quota di infermi ospedalizzati restò sostanzialmente uguale. P. FRASCANI, *Ospedale e società civile in età liberale*, cit., pp. 97-99 e 164-165.

⁶⁷ Il medico, comunque, non fu smentito dai due chirurghi del Consiglio sanitario circondariale che si erano recati dal malato per verificarne le condizioni e in presenza del sottoprefetto di Taranto. ASL, Prefettura – Affari generali, I serie, II versamento, cat. 15, b. 61, fasc. 588, 1885, Rapporto del medico condotto Giuseppe Prete al sindaco di Faggiano del 16.6.1885. Non molto dissimile da questo caso ci sembra poi ciò che si verificò a Maruggio (sempre nel Tarantino) nel 1893, allorquando ad essere "esonerato" dall'infezione colerica fu un giovane appena laureatosi in Medicina, probabilmente per far sì che uno spettacolo teatrale già programmato da tempo nel paese avesse luogo. Ivi, fasc. 591, 1893, Lettera di un medico di Maruggio al medico provinciale di Lecce del 5.8.1893.

⁶⁸ Ivi, fasc. 592, 1893, Telegramma del sottoprefetto di Gallipoli del 20.7.1893.

⁶⁹ REMOS, *Il cholera asiatico a Taranto? C'è o non c'è – La gastro enterite diffusa – Il Mar Piccolo calunniato – Le conclusioni degli scienziati italiani – Il cholera smentito*, in «Eolo. Giornale di Taranto», 15.1.1911.

⁷⁰ A.L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, cit., pp. 469-470.

del tempo come il capitano medico Giovanni Grixoni il quale, ferma restando la portata più scarsa del contagio rispetto alle ondate precedenti, non mancava di rilevare come l'epidemia avesse colpito con impeto non indifferente comuni come Trinitapoli e San Ferdinando di Puglia, estendendosi dalla provincia di Bari a quelle limitrofe e poi da lì a tutta l'Italia meridionale⁷¹. Lo stesso prefetto di Lecce allertava i sindaci dei comuni di Terra d'Otranto, nell'agosto del 1910, circa l'accertata ricomparsa del colera in alcuni comuni della Puglia, la quale aveva indotto il ministero dell'Interno a disporre

che le persone specialmente sospette di poter diffondere il contagio, all'atto della partenza dai Comuni colpiti, e i componenti le carovane partenti, pure da [tali] Comuni [dovessero] essere muniti di foglio di riconoscimento sanitario e segnalati telegraficamente alle Autorità dei Comuni di destinazione per la vigilanza sanitaria per cinque giorni a decorrere da quello di partenza.

Una vigilanza – si precisava – che «non significa isolamento o sequestri di persona, ma visita giornaliera e segnalazione nel caso di movimento alla Autorità Sanitarie dei Comuni di nuova destinazione fino alla decorrenza del termine predetto»⁷².

E d'altra parte, che il colera costituisse, ancora ai primi del nuovo secolo, un grave problema veniva attestato anche da nuove conferenze e istruzioni igienico/comportamentali tenute e impartite in questi anni (come ad esempio il XVIII congresso sanitario dell'Alta Italia)⁷³, oltre che dal suo inserimento, da parte della Direzione generale della Sanità pubblica del Ministero dell'Interno, tra le epidemie che restavano ancora tra le più temibili in Italia, in quanto epidemia esotica (come la peste e la febbre gialla) e talmente grave da avere avuto bisogno di uno speciale codice sanitario internazionale⁷⁴.

Cosicché, in Puglia, l'arrivo del colera nel 1910 non lasciò indifferenti. Alcuni deputati pugliesi indirizzarono sin da subito alla Direzione generale di pubblica sicurezza, presso il ministero dell'Interno, un'interpellanza parlamentare con cui chiedevano con quali mezzi il presidente del Consiglio Giolitti intendesse affrontare in Puglia l'emergenza colerica. Si faceva presente, inoltre, che l'infezione si era manifestata in provincia di Lecce nell'ottobre del 1910, ovvero due mesi dopo la sua comparsa in Puglia, e che il colera non aveva trovato impreparate le autorità, né sconvolto più di tanto le popolazioni locali. Ad essere colpito era stato più che altro solo il piccolo commercio, e per il divieto di feste e fiere, mentre abbastanza generalizzato era stato l'impegno dei comuni pugliesi verso l'applicazione delle misure profilattiche⁷⁵.

Come era accaduto in passato, anche durante questa nuova ondata l'epidemia suscitò polemiche e conflitti vari e perfino tra comuni, come per esempio avvenne nel caso delle

⁷¹ DOTT. G. GRIXONI, *L'epidemia colerica in Puglia nel 1910*, in «Rivista critica di clinica medica», n. 13, 1.4.1911, pp. 196 e 198 e ID., *L'epidemia colerica in Puglia nel 1910*, ivi, n. 14, 8.4.1911, pp. 210-211.

⁷² ASB, Archivio storico del Comune di Brindisi, cat. 4, classe 5, b. 6, fasc. 30, 1910-1918, Comunicazione del 19.8.1910. Motivo per il quale già un mese prima si erano raccomandate una serie di rigide misure di igiene e sorveglianza, poi rafforzate in successive comunicazioni. Ivi, Lettera del prefetto di Lecce al sindaco di Brindisi sulla profilassi anticolerica del 29.6.1910 e anche altra documentazione.

⁷³ Per il quale cfr. «Igiene moderna», nn. 10-11, 1910.

⁷⁴ Citiamo, giusto come esempio, *Le grandi epidemie esotiche colera, peste e febbre gialla* del Dott. Prof. F. Testi, Milano, Ulrico Hoepli, 1909; Ministero dell'Interno – Direzione generale della Sanità pubblica, *Norme ed istruzioni per la difesa sanitaria alle frontiere terrestri e nell'intero Regno contro la diffusione del colera e della peste*, cit.; Federazione nazionale delle Università popolari, *La paura e la difesa contro il colera*, Bologna, Cooperativa Tip. Azzoguidi, 1911.

⁷⁵ ASL, Prefettura – Gabinetto, cat. 28, b. 285, fasc. 3354, 1910.

proteste esplose nei confronti della città di Bari ad opera di alcuni cittadini di Barletta. Le lamentele dei barlettani nascevano dal fatto che nella città di Bari la minaccia colerica era stata a loro avviso sminuita anche da parte del Governo con l'obiettivo di tutelare gli interessi commerciali della città. Era quanto sostenevano in un esposto del settembre del 1910, in cui pure si scagliavano contro quanto era stato scritto in quei giorni sul «Corriere delle Puglie» riguardo alla presunta importazione del colera da Trani e Barletta (e non piuttosto da Bari, che a differenza di queste ultime era ancora fortemente infestata dal morbo) in centri pugliesi come Ruvo e Terlizzi. Essi si «domandavano [perciò] se è giusto che le Autorità non trattino Bari all'istessa stregua che han trattate Barletta, Trani, Andria, ecc., e se è giustizia che continui a rimaner sospeso sul nostro capo il pericolo di una infezione importata da Bari, semplicemente per il piacere di trattar Bari diversamente che le altre Città di questo bel Regno d'Italia, ed aiutar Bari, a detrimento delle consorelle»⁷⁶.

Anche in Terra d'Otranto il morbo registrò una forte incidenza: nel 1910 infatti, a Brindisi, dove ancora ai primi del secolo non esisteva alcuna rete fognaria, le strade erano piene di acque di rifiuto di distillerie e stabilimenti vinicoli (causa di malattie infettive) e di cumuli di immondizie anche nelle vie principali. Ragon per cui il sindaco Barnaba fu costretto a misure della massima urgenza nel tentativo di arginare l'epidemia, rinviando a data da destinarsi qualsiasi altro provvedimento⁷⁷. In fondo, come riportava il sottoprefetto di Brindisi in una lettera riservata e urgentissima del giugno del 1910 spedita al Municipio della città, «[l]e notizie sempre più gravi che provengono sulla epidemia colerica manifestatasi in tutta la Russia meridionale ed i casi di tale morbo, che già cominciano a verificarsi in Austria, costituiscono un complesso di circostanze da richiamare tutta l'attenzione delle Autorità, che debbono tenersi vigilanti e pront[e] contro la grave minaccia». Ragon per cui si chiedevano al Comune notizie sulla disponibilità o meno di «un locale d'isolamento per gli affetti di malattie infettive e diffusione», «ovvero [che si fosse] designato il locale che in ogni occorrenza ed in qualunque momento potrà essere a [...] disposizione» e munito di acqua sufficiente⁷⁸.

La situazione dovette essere effettivamente non poco preoccupante se molti furono gli impiegati comunali che svolsero una gran quantità di lavoro fuori orario per affrontare la minaccia dell'epidemia e se da più parti si continuò a deplorare la carenza di dotazioni igieniche e sanitarie, sollecitando così a predisporre lavori di prolungamento della condotta metallica dell'acquedotto pubblico all'interno della città e a adattare nel 1912 un ex convento (ubicato nella contrada Cristo) a lazzaretto⁷⁹, non escludendo anche l'utilizzo a tale scopo, qualora i suoi locali lo avessero consentito, dell'ex convento dei Cappuccini⁸⁰. Problemi, questi, che al di là dell'emergenza colerica in senso stretto riguardavano un po' tutta la realtà del posto, e che tra l'altro avevano visto consegnare al Comune di Brindisi da parte del ministero dell'Interno un padiglione Döcker (di tipo trasportabile) ad uso di lazzaretto⁸¹.

⁷⁶ ASB, Archivio storico del Comune di Brindisi, cat. 4, classe 5, b. 6, fasc. 30, 1910-1918, Protesta di un gruppo di cittadini barlettani del 30.9.1910.

⁷⁷ Ci si attivò in particolare sul fronte della profilassi anticolerica (chiedendo tra l'altro un mutuo di 16.500 lire alla Cassa di depositi e prestiti) e si nominò una Commissione consiliare che, recatasi a Roma, chiese al Governo un sussidio di 10.000 lire per potenziare la profilassi anticolerica nella città. Ivi, cat. 4, classe 5, b. 5, fasc. 29, 1910-1918, Relazione della Commissione consiliare recatasi a Roma pe sostenere presso il Governo gli interessi di Brindisi.

⁷⁸ Ivi, b. 6, fasc. 30, 1910-1918, Lettera dal 30.6.1910.

⁷⁹ Ivi, b. 5, fasc. 29, 1910-1918, nonché ivi, b. 6, fasc. 30, 1910-1918.

⁸⁰ Ivi, b. 6, fasc. 30, 1910-1918, Lettera del sindaco Barnaba all'ufficiale sanitario del 20.7.1910.

⁸¹ Ivi, b. 5, fasc. 29, 1910-1918 e anche ivi, classe 7, b. 1, fasc. 7, 1913-1915.

Casi come quello di Brindisi non furono rari e anche altrove, nel suo circondario, il colera provocò provvedimenti eccezionali. A Ceglie, per esempio, un centro tra i più refrattari alle misure pubbliche di isolamento dei colerosi⁸², si assisté a un maggiore reclutamento di personale straordinario da impiegare nei servizi di vigilanza, all'ampliamento del servizio di nettezza pubblica e all'allontanamento dei letamai dalle porte della città; a ciò si sommava anche il potenziamento della sorveglianza sugli ortolani che annaffiavano con acque luride e a proposte, da parte di alcuni amministratori locali, per l'istituzione di un laboratorio d'igiene per il controllo della vendita dei generi alimentari adulterati (e d'imbiancamento delle case).

Il ritorno del colera in Terra d'Otranto provocò nella provincia azioni di protesta abbastanza violente e agitazioni popolari che sfociarono in veri e propri assalti ai lazzaretti e duri attacchi contro medici e amministratori locali, dando corso in alcuni casi a processi giudiziari con numerosi imputati. Le agitazioni contro l'epidemia, in questo caso, si fusero con motivazioni di vario tipo, anche puramente personale, stagliandosi spesso in uno scenario di più ampio respiro in cui le proteste erano espressione anche di rivendicazioni politiche e di un profondo disagio sociale segnato da malessere persistente e miseria spesso atavica di cui ora si facevano carico soprattutto i socialisti. Un contesto nel quale, com'è noto, dura era la linea d'azione adottata dal Governo, linea che già agli inizi del '900 aveva visto crescere in maniera impressionante nelle campagne meridionali eccidi proletari e repressione militare con l'obiettivo fermo di riportare l'ordine pubblico⁸³; e che in Puglia doveva fare i conti con la crescente mobilitazione del bracciantato e del sindacalismo⁸⁴, sino a sostanziarsi nella violenta repressione contro il movimento socialista e contadino voluta da Giolitti all'indomani della concessione del suffragio universale maschile in occasione delle elezioni del 1913⁸⁵.

All'interno di queste dinamiche ampie e complesse s'inquadrò ciò che avvenne a Ostuni, nel Brindisino, il 13 novembre del 1910, dove al colera si ricollegò un altro processo con circa 15 imputati (di cui 10 condannati) e divenne l'occasione per "sanare" vecchi rancori personali come la volontà, da parte del noto pregiudicato «impossidente», analfabeta e violentatore Cosimo Damiano Francioso⁸⁶, di vendicarsi contro un medico che in passato aveva soccorso la vittima dello stupro (Angelo Napolitano) e ne aveva denunciato il reato. La questione fece da sfondo, se così possiamo dire, alla stessa protesta popolare che si innescò contro medici e autorità impegnati nella lotta contro il colera, procurando fatti di sangue ed episodi di inaudita violenza. I ribelli, infatti, non solo attaccarono il lazzaretto e cercarono di aprire la cassa mortuaria per verificare che una donna – Cosima Marsiglia (o Marseglia o Marsaglia) –, deceduta per colera, fosse davvero morta, ma si scagliarono anche contro la sezione della Croce Rossa, i carabinieri e gli uffici municipali, distruggendo tra l'altro gli stemmi governativi, il telegrafo e il telefono e cercando di

⁸² ASL, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 28, b. 266, fasc. 2841bis, [1911].

⁸³ A. AQUARONE, *L'Italia giolittiana*, Bologna, il Mulino, 1988, p. 184.

⁸⁴ N. ANTONACCI, *Ceti dirigenti e lotte di classe dall'età liberale all'avvento del fascismo*, in A. MASSAFRA, B. SALVEMINI (a cura di), *Storia della Puglia*, vol. 5, *Il Novecento*, Roma-Bari, Laterza, 1999, pp. 41-44 e anche G.C. DONNO (a cura di), *Il movimento socialista e popolare in Puglia dalle origini alla Costituzione. 1874-1946. Storia fotografico-documentaria*, vol. II, [Bari], Tipografia Mare, 1985, p. 90.

⁸⁵ Un indirizzo quantomai repressivo da parte del Governo che non mutò neppure nel 1914 con il nuovo presidente del Consiglio Antonio Salandra. Cfr. F. BARBAGALLO, *Stato, Parlamento e lotte politico-sociali nel Mezzogiorno (1900-1914)*, Napoli, Guida, 1980, pp. 449-458 e 485-491.

⁸⁶ Presumibilmente lo stesso pluripregiudicato Francioso di cui in ASL, Processi penali del Giudice istruttore, b. 187(b), fasc. 654, 1912 e ivi, b. 2038, fasc. 6617, 1906.

uccidere il medico lì presente⁸⁷. Come dichiarava il commissario di Pubblica Sicurezza al prefetto di Lecce, da qualche giorno la popolazione «se ne stava malcontenta a causa di notizie messe artatamente in giro per insinuare che il colera non aveva fatta la sua apparizione [nel comune di Ostuni] e che, a scopo di indebito lucro, il Direttore dell'Ospedale Dott. Barnaba Antonio e l'Ufficiale Sanitario Dott. Tamburrino Luigi avevano fatto credere e si ostinavano a far credere ancora il contrario»⁸⁸.

Altri casi indicativi del profondo clima di sfiducia, di paura e di disordine diffuso nella provincia furono quelli che si verificarono a Oria, nel Brindisino; a Squinzano, nei pressi di Lecce; e ancora in diversi comuni del Tarantino come Mottola, Ginosa, Massafra, Castellaneta e Martina Franca, paesi in cui la protesta si fuse per lo più con scontri di potere locale e interessi politici di più ampio respiro, procurando tra l'altro il potenziamento delle forze dell'ordine e la loro energica risposta.

Sicché, se a Oria fu viva l'agitazione contro le misure profilattiche adottate, spargendo oltretutto in giro la voce che i casi denunciati di colera fossero stati inventati dai medici per percepire indennità⁸⁹, a Squinzano, la sera dell'11 novembre 1910, oltre 4.000 persone presero a sassate l'ispettore medico (il cavalier ufficiale Domenico Falleroni) che vi si era recato in rappresentanza del ministero dell'Interno in seguito all'esplosione di alcuni casi di colera, ritendendolo il portatore del morbo, mentre altri – i proprietari di ville e palazzi vicini al nuovo lazzaretto – protestarono contro la decisione di adibire a lazzaretto il convento dei Frati minori (o Frati Cappuccini), non volendo che i colerosi venissero disposti nei pressi delle proprie abitazioni⁹⁰.

Nel caso del Tarantino, come abbiamo accennato, altrettanto degni di essere considerati furono il caso di Mottola, dove la popolazione inveì contro l'ufficiale sanitario e i medici negando il fatto che ci fosse il colera⁹¹, e quello di Martina Franca. Qui il 21 agosto del 1910, «col pretesto dell'epidemia colerica» e delle misure preventive sanitarie – secondo quanto dichiarava un delegato di Pubblica Sicurezza – scoppiò un'agitazione popolare di circa un migliaio di persone (fomentata dal partito del Fumarola e del Fighera) contro non solo l'amministrazione comunale (guidata dall'avvocato Mongelli) che non aveva sentito il dovere di rassegnare le dimissioni nonostante i voti di sfiducia riportati nelle elezioni amministrative provinciali e politiche, ma anche contro la stessa Guardia municipale, per i comportamenti disdicevoli che aveva assunto durante le stesse elezioni. Analoghi

⁸⁷ Ivi, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 28, b. 267, fasc. 2873, [1910-1911]; ivi, Tribunale, Sentenze penali, marzo-aprile 1911, fasc. 236, 1911.

⁸⁸ Secondo sempre il commissario, queste voci erano state diffuse da alcuni sacerdoti e da un medico, il dott. Giovanni Enriquez, e ciò aveva contribuito a spargere sfiducia tra la popolazione e sui fatti violenti che erano accaduti. Ivi, Lettera del commissario di P.S. al prefetto di Lecce del 19.11.1910. Che si fossero diffuse notizie di questo tipo veniva attestato anche da un sottotenente medico della stessa Croce Rossa, il quale così riferiva all'ispettore medico Falleroni: «Ho sentito dire che la propaganda contro [la Croce Rossa] si faceva dai preti e da un medico certo Enriquez. Un'altro (*sic*) medico, certo Petraroli, una delle prime sere che mi trovavo qua, in presenza di qualche medico e di molte altre persone, circa una trentina, ebbe con me una violentissima disputa, sostenendo che il colera non sarebbe stato se un'invenzione dei laboratori batteriologici, che c'erano persone interessate a sostenere l'esistenza del colera ed aggiungendo altre insinuazioni ancora». Ivi, Relazione del sottotenente medico comandante il Distaccamento Croce Rossa di Ostuni all'ispettore medico Domenico Falleroni del 18.11.1910.

⁸⁹ Ivi, fasc. 2872, [1911].

⁹⁰ Per tale motivo, il delegato di Pubblica Sicurezza, temendo disordini e tumulti, consigliava di adibire a lazzaretto altri posti, ossia la villa Lupinacci, posta a pochi passi fuori dall'abitato, e le ville dei signori Fiore e Frassanito, lontane circa due chilometri dal paese. Nel caso invece in cui il lazzaretto fosse stato adibito nel convento – sempre secondo il delegato –, la forza pubblica avrebbe dovuto essere potenziata per reprimere sul nascere qualsiasi azione criminosa. Ivi, fasc. 2817, 1910.

⁹¹ Ne derivarono otto arresti. Ivi, fasc. 2869, 1911.

disordini avvennero il 23 e il 24 agosto successivi, sedati dall'energico intervento della forza pubblica e con diversi arresti, anche «per porto di coltello, oltraggi e lesioni agli agenti municipali». Causa del «malumore» collettivo era inoltre il corpo delle guardie municipali che, attivatosi «in altre elezioni in un'opera particolarmente riprovevole, raccoglie oggi l'indignazione del partito opposto, indignazione fomentata anche da coloro che vorrebbero lo scioglimento del corpo nella speranza di una futura nomina»⁹².

Una protesta popolare esplose anche a Castellaneta, il 20 dicembre 1911, includendo numerose donne e determinando un processo giudiziario in cui furono coinvolti ben 52 imputati, anche a causa del ferimento alla testa del sindaco (in quanto si era scagliato contro le misure anticoleriche adottate) e del violento attacco mosso al lazzaretto. E se il grosso del Consiglio comunale avrebbe voluto l'encomio per il primo cittadino, il socialista Paolo Lerario (uno dei consiglieri comunali) vi si era caparbiamente opposto, vedendo piuttosto nella questione del colera – come tuonava pubblicamente – solo un'occasione per sperperare denaro pubblico e compiere gravi abusi contro la popolazione impedendo ad essa di sfamarsi. Com'egli puntualizzava, infatti, il popolo non odiava l'igiene, ma il modo barbaro con cui i colerosi venivano strappati alle braccia dei propri cari; né maggiore comprensione dimostrava, sempre Lerario, verso i medici che – come lamentava – o si accanivano in biopsie sui cadaveri scambiando Castellaneta per una clinica scientifica o si ostinavano in esami nei lazzaretti per giorni e giorni, facendone dei luoghi di tortura e impedendo alla gente di andare a lavorare⁹³. Una posizione, quella di Lerario, non molto diversa da ciò che egli stesso aveva espresso mesi prima in occasione di altri tumulti scoppiati il 4 giugno, anch'essi estesi nel lazzaretto e anch'essi repressi nel sangue dai carabinieri⁹⁴.

Al di là di quanto fosse accaduto in senso stretto, quel che è certo è che ad essere contestato da più parti fosse il nuovo sistema di cura contro il colera: un sistema che ora prevedeva, in base al R.D. 3.2.1901 n. 45, l'isolamento obbligatorio e non più suggerito⁹⁵ e che rinchiusa i malati di colera e i loro familiari per giorni e giorni nel lazzaretto (senza invece tenere i familiari dell'infermo, come si era fatto in passato, nel locale di

⁹² E come si diceva, «Per il colera ci penseremo quando verrà». Ivi, b. 264, fasc. 2805, 1910, Rapporto del delegato di Pubblica Sicurezza di Martina Franca del 26.8.1910.

⁹³ Ivi, b. 265, fasc. 2838, [1911-1912]. I fatti ebbero risonanza anche in giornali socialisti come «La Protesta. Organo della Camera del lavoro», un giornale che usciva a Taranto e che in un articolo dei primi di giugno 1911 denunciava gli sperperi dell'Amministrazione comunale, i soprusi dei medici, l'inconsistenza della dieta alimentare imposta alle popolazioni. Ne riportiamo in particolare quanto si scriveva sui medici: «I dottori addetti alla cura dei voluti colerosi, tutti affliggiati benemeriti al comune, fanno e sfanno a loro piacimento; strappano ammalati dal tetto familiare, bruciano panni, distruggono masserizie, ed un povero lavoratore, che tanti sudori e silenzi li sono costati, deve assistere in silenzio a quest'assalto brigantesco che francamente fa vergogna». E ancora: «Il popolo di Castellaneta non ne poteva più, affamato, dissanguato, spremuto dalla miseria, angariato in mille modi da questi sperperatori del pubblico danaro, dileggiato e vilipeso dai medici addetti, giovin[c]elli di medici che si spassano squartando cadaveri per fare le autopsie, come se a Castellaneta ci fosse una clinica scientifica. Ragazzi di essere e di fatti, perché arrivano sino al punto di vantarsi con gli amici di aver visto ed ammirato le carni e le forme di qualche povera inferma [...]». C.I., *Gravi disordini a Castellaneta*, in «La Protesta. Organo della Camera del lavoro», 9.6.1911.

⁹⁴ Tumulti invece che per le forze dell'ordine andavano rapportati a ben altri fattori, quali «La poca persuasione nella esistenza dell'infezione colerosa, la sfiducia nei medici non del paese addetti ai locali d'isolamento, la voluta ingiustificata permanenza nei luoghi di cura delle persone colpite, unite al sordo lavoro di interessati a creare difficoltà alle autorità locali». ASL, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 28, b. 265, fasc. 2838, [1911-1912], Rapporto della Legione territoriale dei Carabinieri Reali di Bari – Divisione di Lecce del 7.6.1911 e Estratto di deliberazione del Municipio di Castellaneta del 19.6.1911.

⁹⁵ A. CHERUBINI, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Roma, Il pensiero scientifico, 1980, pp. 3-5.

osservazione e per un massimo cinque giorni), non accontentandosi più solo di tre esami dall'esito negativo, ma richiedendone un quarto e per giunta preceduto dalla somministrazione di un purgante. Se ne lamentava il sottoprefetto di Taranto al prefetto di Lecce, al quale rimetteva un giudizio a dir poco critico nei confronti del nuovo stato di cose, non solo perché fomentava l'odio della popolazione, ma pure perché creava grossi danni alle famiglie, sottraendole al lavoro talvolta per più di dodici giorni⁹⁶.

Come abbiamo visto nel caso di Castellaneta, l'epidemia fu teatro anche di scontri politici locali, connessi in vario modo con agitazioni e rivendicazioni del mondo del lavoro i cui «movimenti e contrastanti perturbazioni [...] stavano a testimoniare senza possibilità di equivoci – come ha scritto Alberto Aquarone – la presenza [...] di una conflittualità [...] di classe organizzata e pervasiva» che ormai non aveva più nulla a che fare con i vecchi scontri tra proprietari contadini e imprenditori e operai⁹⁷. Rispetto in particolare al Partito socialista, la sua mobilitazione finiva di fatto con l'aver luogo più che altro in funzione delle lotte elettorali, per poi ricadere in periodi di stagnazione o ripiegamento, viste le difficoltà con cui a livello comunale ci si raccordava ai restanti livelli di articolazione del partito e la discontinuità dell'attività svolta da federazioni collegiali ricalcate sui collegi elettorali e legate prevalentemente alla scelta di candidati e al reclutamento di iscritti e simpatizzanti in vista degli appuntamenti elettorali⁹⁸.

Non poco indicativo di quanto la questione epidemica fosse in alcuni casi anche occasione di conflitti politici fu ciò che accadde a Ginosa nell'ottobre del 1910, dove il socialista Sangiorgio⁹⁹ attaccò un ufficiale sanitario (il dottor Angelo Riccardi) mentre svolgeva nel teatro della cittadina «una conferenza sulla profilassi colerica, sulle norme e regole igieniche da seguirsi e sulla fiducia nei mezzi escogitati dalla scienza e messi in pratica dai Sanitari», accusando lui e l'intera amministrazione comunale di insipienza, noncuranza e trascuratezza¹⁰⁰. Tra l'altro, sempre a Ginosa, erano stati molti i casi in cui gli ammalati avevano rifiutato di porsi in isolamento, così come numerose erano state le situazioni in cui i medici non avevano potuto visitare le famiglie degli isolati a causa dell'opposizione dei parenti, tanto da costringere il sindaco del paese a chiedere il

⁹⁶ Tale sistema, infatti, aveva impedito a un pover'uomo ed ai suoi parenti (un nutrito gruppo di persone) di vedere la moglie morta di colera acuendo la stizza della popolazione. Molto diverso, invece, e apprezzabile, era stato il comportamento del medico provinciale, il dott. Falleroni (quasi sicuramente lo stesso già citato), che, contrario al nuovo sistema, con saggezza e garbo aveva consentito ai familiari di vedere la vittima facendo acquietare gli animi. Per cui – notava sempre il sottoprefetto – poco sarebbe bastato per sanare lo stato di agitazione generale. Inoltre – aggiungeva sempre il sottoprefetto –, «Il pretendere [...] [che si] comprenda senza fatica che un individuo sano, sanissimo all'apparenza, sia un portatore di bacilli non pericoloso per se stesso ma per gli altri e che quindi convenga isolarlo forse anche per dei mesi, non mi pare che sia giusto. Occorre un'opera diurna, un linguaggio volgare per ottenere che tale idea penetri nella mente del volgo ed io posso assicurare che quando vi è penetrata, proprio tra il volgo si formano i più ferventi apostoli del lazzaretto, dell'isolamento, della disinfestazione, ecc.». ASL, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 28, b. 265, fasc. 2838, [1911-1912], Lettera del sottoprefetto di Taranto al prefetto di Lecce del 5.6.1911.

⁹⁷ A. AQUARONE, *L'Italia giolittiana*, cit., p. 579.

⁹⁸ Ivi, pp. 586-587.

⁹⁹ Quasi certamente Edoardo, uno dei dirigenti del Partito socialista in Puglia e nel Tarantino nello specifico (quantunque nella documentazione venga indicato come Alberto).

¹⁰⁰ Come rapportava il sottoprefetto di Taranto, «Tale linguaggio [del Sangiorgio] cominciò a disgustare i cittadini ivi convenuti e, d'appoi che il conferenziere [Sangiorgio] vieppiù accalorandosi stava per far generare un tafferuglio a causa del battibecco con l'Ufficiale sanitario, il Sindaco credette prudente e doveroso togliere la parola al Sangiorgi, facendo sgombrare l'aula a mezzo delle Guardie Municipali e dei RR. Carabinieri». ASL, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 28, b. 263, fasc. 2802, 1910, Rapporto del sottoprefetto di Taranto del 24.10.1910.

potenziamento delle forze dell'ordine¹⁰¹.

Oltre ai tafferugli e agli scontri politici intestini, di un certo interesse per quanto discutiamo in questa sede fu anche ciò che accadde a Massafra, dove la furia della popolazione si scagliò l'8 settembre del 1911 contro tutto ciò che era stato creato per combattere il colera devastando pure la struttura adibita a zona di quarantena (ne derivò un processo del Tribunale con ben 49 imputati, di cui poi condannati 18) e abbandonandosi agli eccessi più selvaggi, «bruciando il padiglione per i ricoverati, sfondando la porta del lazzaretto manomettendo la forza pubblica ed attentando alla vita dei tre sanitari rinchiusi». In realtà la protesta si scatenò dopo l'aumento della tassa per il focatico e per il nuovo aggravio del dazio sul foraggio, ma finì col "fondere" in sé malesseri diversi (incluse le divergenze tra i componenti della Commissione per le feste della Madonna e il clero), trovando nel colera l'occasione per esplodere. Quel che accadde nel lazzaretto (un padiglione Docker, anche in questo caso fornito dal Governo) ne fu la prova evidente, e con tumultuanti che in poche ore distrussero tutto ciò che si era riusciti a raccogliere per la difesa e l'incolumità della popolazione locale in un anno di lotta contro l'epidemia colerica. Essi, «non contenti di dare tutto ciò in preda alle fiamme, costringevano ad uscire i colerosi, attentavano alla vita di tre giovani esistenze venute qui spinte da un sentimento altamente umanitario a prodigar le loro cure in favore dei sofferenti»¹⁰². Per alcuni, su tutto questo aveva inciso la stessa paura collettiva che il lazzaretto aveva scatenato, registrando una mortalità tra i suoi colerosi in crescita di giorno in giorno¹⁰³; ma soprattutto, constatando che morivano principalmente i più indigenti, vi aveva inciso l'idea che nel lazzaretto fossero mandati solo i poveri e «che colà i malati non erano curati a dovere»¹⁰⁴.

Significativo fu anche ciò che accadde nella stessa città di Taranto tra il 30 dicembre del 1910 e il primo gennaio dell'anno successivo, quando la popolazione giunse a negare l'intero problema colerico – si era sparsa non a caso la voce di «calunnia del colera» – attaccando anche in questo caso il lazzaretto e inveendo contro le forze dell'ordine. A farne le spese furono ora tre persone, uccise dai carabinieri (tra le vittime anche un bambino tra i sette e gli otto anni), e, tra i feriti, anche diversi di loro, là ove a scatenare la furia della popolazione era stato il decesso di una bambina provocato dal colera, ma attribuito invece dai suoi familiari ad altre ragioni. Essi, spinti anche dalla fame, si erano scagliati contro le guardie di Pubblica Sicurezza e avevano coinvolto l'intero vicinato, non avendo tra l'altro neppure accettato la disinfestazione della propria casa, né le misure di isolamento che erano stata previste in quanto ritenute ingiuste e «frutto dell'accanimento contro tanto dolore»¹⁰⁵. L'eccidio, di cui furono accusati otto

¹⁰¹ Ivi, b. 266, fasc. 2852, [1911].

¹⁰² Ivi, b. 267, fasc. 2862bis, [1911-1912], in particolare Deliberazione del Consiglio comunale di Massafra del 16.9.1911.

¹⁰³ Ivi, Rapporto della Legione territoriale dei carabinieri reali di Bari – Divisione di Lecce del 21.9.1911. A scatenare i propositi bellicosi della popolazione era stato anche il divieto, a Martina Franca, di far entrare le verdure provenienti da Massafra. Coticché, nessun martinese sarebbe stato tollerato a Massafra e neppure se vi fosse stato semplicemente di passaggio. Ivi, Rapporto dei RR. Carabinieri Stazione di Massafra al Comando della Compagnia Carabinieri Reali di Taranto del 6.9.1911.

¹⁰⁴ Ivi, Rapporto della legione territoriale dei Carabinieri Reali di Bari – Divisione di Lecce al prefetto di Lecce del 21.9.1911.

¹⁰⁵ Misure di isolamento – lo ricordiamo – che erano state rese obbligatorie, e non più suggerite, dal nuovo *Regolamento sanitario* del 1901. Secondo quanto lamentò l'avvocato socialista Vito Lefemine, giunto a Taranto da Bari per un comizio, la causa determinante dell'eccidio commesso dai carabinieri era stata «la spontanea ed improvvisa sollevazione popolare del 30 e 31 [dicembre] u.s., le vessatorie misure sanitarie adottate ed imposte dal Governo e dall'Amministrazione Comunale, senza tener conto dell'istruzione e

carabinieri, diede luogo nel 1913 a un processo giudiziario¹⁰⁶ e i fatti riscossero eco anche su un giornale come l'«Eolo», testata che si pubblicava a Taranto ogni due domeniche e che assunse nei confronti dell'eccidio toni durissimi e di aspra condanna. Così si scriveva infatti in prima pagina a distanza di qualche giorno dall'accaduto, riportando di fatto la protesta a motivi di fame e miseria:

Belve umane! Accecati d'ira e di sdegno, alla vista di quei visi lubrici, scarni e affamati, spianarono senz'altro le carabine e le rivoltelle e fecero fuoco! Chi furono gli eroi? Cercateli. Cercateli, non fra i militi delle sante battaglie dell'idea redentrice; non fra coloro ch'ebbero salda la fede nell'ascensione umana. Scendete, scendete ancora e sempre. Un nucleo di gente voi troverete armata, un nucleo di giovani disoccupati, sottratti alle officine e alla terra, assoldati dal patrio governo, a ingrossare la grande interminabile falange degli sbirri e delle spie¹⁰⁷.

Non meno caustici, sempre in prima pagina, i toni del giornale verso ciò che si era detto dell'epidemia in generale, di cui si era parlato fin troppo e con «vocaboli sensazionali, per cui il commercio tarantino è stato colpito in pieno petto; i forestieri si sono allontanati; le scuole si sono chiuse; i viveri sono rincarati; l'industria si è arrestata per necessità. Il Mar Piccolo, sorgente di ricchezze, proprio in questi tempi, è stato calunniato, e i suoi prodotti sono stati conseguentemente intercettati; i poveri operai e i piccoli industriali si son visti mancare il pane quotidiano»¹⁰⁸. Troppo, inoltre, si era insistito sulla necessità degli esami batteriologici, facendo passare semplici casi di gastro-enterite dovuti al frequente consumo di cozze nere con casi di colera vero e proprio¹⁰⁹.

Conclusioni

Come abbiamo visto, complessa e conflittuale si rivelò in Terra d'Otranto la gestione dell'emergenza colerica, non ultimo per il verificarsi di reazioni incontrollate, di netta opposizione alle misure adottate e di sospetto e sfiducia nei confronti dello Stato e dei medici. Il colera stimolò di certo nuove progettualità, interventi di miglioramento urbano di indubbia rilevanza e aprì il campo anche a encomi e onorificenze per chi si era impegnato nella lotta contro l'epidemia¹¹⁰; ma costrinse anche a confrontarsi con eccessi

dell'educazione del popolo cui venivano misconosciuti i più sacri affetti». Ivi, b. 264, fasc. 2819, [1910-1914], Telegramma del sottoprefetto di Taranto al ministero dell'Interno e al prefetto di Lecce dell'8.1.1911.

¹⁰⁶ Processo che però, come riteneva il prefetto di Lecce, non era opportuno e prudente discutere nella Corte di Assise di Taranto, intanto perché era ancora presente nella popolazione l'impressione dolorosa dei disordini accaduti e poi anche perché le famiglie e i parenti delle vittime dimoravano ancora a Taranto «e, data la natura di quei paesani, converrebbero certamente nei locali della Corte con amici e conoscenti, provocando scenate e spiacevoli incidenti». Ivi, b. 270, fasc. 2970, [1910-1914], Lettera del prefetto di Lecce al sottoprefetto di Taranto e alla Procura generale di Trani (s.d.).

¹⁰⁷ EOLO, *A cose finite – Eccidio e cholera – I responsabili*, in «Eolo. Giornale di Taranto», 15.1.1911.

¹⁰⁸ S.F., *Il cholera latitante – Antefatto e fatto*, ivi.

¹⁰⁹ A tal fine si richiama quanto era stato detto da un medico genovese, il dott. Maragliano, al Congresso di medicina interna di Roma, il quale aveva posto l'accento sulla possibilità di formulare corrette diagnosi a prescindere dagli esami batteriologici. REMOS, *Il cholera asiatico a Taranto? C'è o non c'è – La gastro enterite diffusa – Il Mar Piccolo calunniato – Le conclusioni degli scienziati italiani – Il cholera smentito*, cit.

¹¹⁰ Del resto, così stabiliva la normativa del tempo, che sin dagli anni '60 prevedeva onorificenze e medaglie per i cittadini benemeriti. ASL, Prefettura – Gabinetto, I versamento, cat. 22, b. 132, fasc. 1502c, 1885; ivi, fasc. 1502d, 1885.

nella gestione dell'emergenza anche da parte di alcuni medici¹¹¹, manipolazioni di notizie, diffusione di voci al di fuori dei canali ufficiali e discredito lanciato contro gli avversari politici¹¹², facendo confluire attorno a sé problemi di più ampia natura legati anche alla fame e alla miseria.

Pertanto, accogliendo quanto a suo tempo è stato suggerito da Marco Soresina, il caso indagato restituisce utili spunti sul reale e difficile funzionamento delle amministrazioni periferiche in materia di gestione dell'emergenza sanitaria, soprattutto per ciò che concerne l'intreccio effettivo che si intesse tra le esigenze di *State building* del centro e quelle della società locale e i meccanismi di adattamento della norma alla realtà¹¹³, e aiuta in quest'ottica a far luce sulla conoscenza del peso effettivo che in età liberale il centro ebbe nel nazionalizzare le periferie¹¹⁴.

Inoltre, alla luce dei nessi che si vennero a creare tra quanto si attuò a livello locale e quanto si stabilì su scala internazionale, il caso indagato propone utili spunti sulla necessità di muovere a una lettura meno nazionale e più globale delle epidemie¹¹⁵, ponendo maggiore attenzione al contrasto maturato tra decisioni igienico-sanitarie avanzate a livello transnazionale in una serie di congressi internazionali tenutisi in Europa partire dalla metà dell'Ottocento e le ricadute concrete, nazionali e locali, che esse esercitarono. Esso conferma perciò quanto l'applicazione delle misure adottate per far fronte a un'epidemia non possano essere lette in chiave semplicemente *top-down*¹¹⁶.

¹¹¹ Come d'altronde rilevato già in A. LONNI, *Medici, ciarlatani e magistrati nell'Italia liberale*, in F. DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, cit., pp. 799-840.

¹¹² Secondo meccanismi abbastanza diffusi nel caso di situazioni di gestione dell'emergenza. Cfr. D. CECERE, *Dall'informazione alla gestione dell'emergenza. Una proposta per lo studio dei disastri in età moderna*, cit., pp. 26-28.

¹¹³ M. SORESINA, *Le amministrazioni locali: poteri, saperi e pratiche burocratiche*, in M.L. BETRI (a cura di), *Rileggere l'Ottocento. Risorgimento e nazione*, cit., pp. 509-513.

¹¹⁴ Per ragioni di spazio ci limitiamo a citare a questo riguardo almeno R. ROMANELLI, *La nazionalizzazione della periferia* e G. MELIS, *Società senza Stato? Per uno studio delle amministrazioni periferiche tra età liberale e periodo fascista*, entrambi in «Meridiana. Rivista di storia e scienze sociali», n. 4, 1988, rispettivamente pp.13-24 e pp. 91-99; R. ROMANELLI, *Il comando impossibile. Stato e società nell'Italia liberale*, Bologna, il Mulino, 1988; N. RANDERAAD, *Autorità in cerca di autonomia. I prefetti nell'Italia liberale*, Roma, Ministero per i Beni culturali, 1997; R. ROMANELLI, *Centro e periferia: l'Italia unita, in Il rapporto centro-periferia negli stati preunitari e nell'Italia unificata. Atti del LIX congresso di Storia del Risorgimento italiano (L'Aquila-Teramo, 28-31 ottobre 1998)*, Roma, Istituto per la storia del Risorgimento italiano, 2000, pp. 215-248.

¹¹⁵ M. ROVINELLO, *AIDS, se lo conosci lo studi. Un primo bilancio (non solo) storiografico*, in «Annali della Scuola Normale Superiore di Pisa», serie 5, 13/2, 2021, pp. 677-678.

¹¹⁶ Cfr. su questo E. BETTA, *Pandemia come metafora?*, cit., pp. 681-697.

L'influenza “spagnola” in Sicilia (1918-1919) tra emergenza sanitaria, risposta istituzionale e opinione popolare¹

ANTONIO BAGLIO - FABIO MILAZZO

Introduzione

È noto come la “Spagnola” – la prima delle pandemie del XX secolo prodotta dal diffondersi del virus dell'influenza H1N1 – si sia diffusa in tutto il mondo nel corso di tre ondate, tra la primavera del 1918, l'autunno del 1918 e l'inverno-primavera del 1919, configurandosi come la peggiore pandemia nella storia del mondo moderno². Nell'arco di diciotto mesi, fece più morti della Grande Guerra (sui numeri si registra una netta discordanza tra le fonti, oscillando tra i 24 e i 50 milioni di decessi, anche se alcuni studiosi si spingono a ipotizzarne sino a 100 milioni³). Sarebbe stata la seconda fase, la

¹ La stesura di questo saggio, frutto in ogni caso di un lavoro comune, va ripartita nella maniera seguente: l'introduzione è attribuibile ad Antonio Baglio, la parte centrale a entrambi gli autori, a Fabio Milazzo il terzo paragrafo.

² Nell'ambito della ormai vasta letteratura bibliografica esistente sul tema, ci limitiamo qui a segnalare: R. COLLIER, *The Plague of Spanish Lady: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*, London, MacMillan Press, 1974; A.W. CROSBY, *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989; G. KOLATA, *Flu. The story of the Great Influenza Pandemic of 1918 and the search for the virus that caused it*, London, 1999 (trad. it. *Epidemia. Storia della grande influenza del 1918 e della ricerca di un virus mortale*, Milano, Mondadori, 2000); J. WINTER, *L'influenza spagnola*, in S. AUDOIN-ROUZEAU, J.J. BECKER (a cura di), *La prima guerra mondiale*, Torino, Einaudi, 2007, vol. II, pp. 286-291; H. PHILLIPS, *Influenza Pandemic*, in *1914-1918-online. International Encyclopedia of the First World War*, edited by U. DANIEL, P. GARRELL, O. JANZ, H. JONES, J.D. KEENE, A. KRAMER and B. NASSON, Berlin, Freie Universität Berlin, 2014; D. KILLINGRAY, H. PHILLIPS, *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-1919. New Perspectives*, New York, Routledge, 2003; J.M. BARRY, *The Great Influenza. The Story of Deadliest Pandemic in History*, New York, Penguin, 2005; A. RASMUSSEN, *The Spanish Flu*, in *The Cambridge History of the First World War*, vol. I, *Civil Society*, edited by J. WINTER, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, pp. 334-357; L. SPINNEY, *1918. L'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Venezia, Marsilio, 2018. Per ricerche focalizzate su casi nazionali si vedano, tra le altre: R.Y. DAVIS, *The Spanish Flu. Narrative and Cultural Identity in Spain 1918*, New York, Palgrave MacMillan, 2013; C. BYERLY, *Fever of War: The Influenza Epidemic in the U.S. Army During World War I*, New York, New York University Press, 2005; N.P. JOHNSON, *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue*, New York, Routledge, 2006; H. PHILLIPS, *Black October: The Impact of the Spanish Influenza Pandemic of 1918 on South Africa*, Pretoria, Government Printer, 1990.

Per un'agile ricostruzione del dibattito storiografico sulla spagnola si rimanda al saggio introduttivo di R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, nel volume di F. CUTOLO, *L'influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, Pistoia, ISRPT, 2020, pp. 7-20.

³ In merito alle discussioni sulle stime dei morti si leggano almeno i seguenti contributi: G. MORTARA, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari, Laterza, 1925; D.K. PATTERSON, G.F. PYLE, *The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic*, in «Bulletin of the History of Medicine», 65, 1/1991, pp. 4-21; N.P. JOHNSON, J. MUELLER, *Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 “Spanish” Influenza Pandemic*, in «Bulletin of the History of Medicine», 76, 1/2002, pp. 105-115; P. SPREEUWENBERG, M. KRONEMAN, J. PAGET, *Reassessing the Global Mortality Burden of the 1918 Influenza Pandemic*, in «American Journal of Epidemiology», 187, 12/2018, pp. 2561-67; R.J. BARRO, J.F.

più virulenta e mortale, che raggiunse il culmine nelle poche settimane dell'ottobre-novembre 1918, a provocare la "catastrofe sanitaria" in senso stretto. Circa il 90% del numero totale dei decessi si verificò nell'arco di quattro mesi, dall'agosto al novembre 1918. A rendere unica questa pandemia fu il dato che i suoi tassi di morbosità e di mortalità fossero più alti nella fascia compresa fra i venti e i quarant'anni. Unitamente alla guerra, la "Spagnola" avrebbe pertanto inferto un colpo mortale alle fasce d'età più giovani, segnando per sempre il destino di quella che è stata definita la "generazione perduta"⁴.

In questo quadro, il presente contributo nasce dalla volontà di saggiare la diffusione di questa influenza in una regione, la Sicilia, apparentemente periferica rispetto all'Italia delle trincee, ma fortemente impegnata nello sforzo bellico a tal punto che si è parlato di "una frontiera senza trincee"⁵. Si tratta di un tassello di una iniziativa progettuale più ampia, mirante a valutare come e con quali strumenti, nell'Isola "lontano dal fronte" – tra le prime regioni italiane a essere colpite – la pandemia sia stata gestita dalle autorità politiche, militari e sanitarie, percepita dalla popolazione locale e, non ultimo, decodificata e raccontata dai contemporanei. Inserendosi a pieno titolo nel contesto di una decisa ripresa d'interesse storiografico sul tema, in concomitanza con l'emergenza del Covid 19, da cui sono scaturiti alcuni interessanti studi sui contesti locali e regionali⁶, il

URSUA, J. WENG, *The Coronavirus and the Great Influenza Pandemic. Lessons from the "Spanish Flu" for the Coronavirus's Potential Effects on Mortality and Economic Activity*, NBER working paper 26866, 2020.

⁴ Sul caso italiano, accanto al fondamentale lavoro di E. TOGNOTTI, *La "Spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-19)*, edito nel 2002 per i tipi di Franco Angeli, ristampato nel 2015 e giunto nel 2022 a una seconda edizione riveduta e ampliata, si rinvia, tra gli altri, ai seguenti saggi: F. MONTELLA, *La Spagnola. Storie e cronaca della pandemia influenzale del 1918*, Udine, Gaspari, 2022; F. CUTOLO, *L'influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, cit.; ID., *L'influenza spagnola nel Regio Esercito (1918-1919)*, in «Annali. Museo Storico Italiano della Guerra», 27, 2019, pp. 35-54; P. GIOVANNINI, *L'influenza 'spagnola': controllo istituzionale e reazioni popolari (1918-1919)*, in *Sanità e società*, vol. II. *Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX*, a cura di A. PASTORE e P. SORCINELLI, Udine, Casamassima, 1987, pp. 135-169; ID., *L'influenza "Spagnola" in Italia (1918-1919)*, in *La grande guerra e il fronte interno. Studi in onore di George Mosse*, a cura di F. MAGNI, A. STADERINI e L. ZANI, Camerino, Università degli Studi di Camerino, 1998, pp. 123-141.

⁵ L. CAMINITI, *Sicilia: una frontiera senza trincee. La mobilitazione civile nella Grande Guerra*, in A. BAGLIO, R. BATTAGLIA, L. CAMINITI, M. D'ANGELO, S. FEDELE, "Da queste sponde sicule che stan di fronte a Scilla". *Messina e la Grande Guerra*, Messina, Istituto di studi storici Gaetano Salvemini, 2015, pp. 9-46.

⁶ Frutto di un progetto di ricerca promosso dalla rete degli Istituti di studi storici sulla Resistenza e dell'età contemporanea toscani su quell'area regionale è il recente volume, curato da F. CUTOLO, dal titolo *La Spagnola in Toscana. Saggi sulla pandemia influenzale del 1918-1920*, Roma, Viella, 2024. Inoltre, al caso di Pistoia oggetto dell'indagine dello stesso Cutolo già citata si è aggiunto lo studio di M. CIOLI sulla vicenda senese, con il volume dal titolo *Con il cuore oltre l'ostacolo. Vissuti di pandemia: l'influenza "spagnola" e il Covid-19 a Siena*, edito da Pacini (Pisa 2025). A ulteriore testimonianza del mutato clima di interesse verso questa tematica, che ha segnato una vera e propria inversione di marcia rispetto alla trascuranza e all'oblio in cui era stata confinata sino a un recente passato, è utile in questa sede fare riferimento ancora ai seguenti altri saggi: F. ROSSI, *Il "morbo crudele". Opinione pubblica e diritto dell'emergenza in Italia di fronte all'influenza "spagnola"*, in «Italian Review of Legal History», 6, 12/2020, pp. 293-337; E. PELLERITI, *L'epidemia della "spagnola" in Italia tra governo dell'emergenza e opinione pubblica*, in «Res Publica», 29, 1/2021, pp. 145-158; R. BIANCHI, A. CASELLATO, G. CONTINI, *Memorie della "spagnola"*, in «Farestoria», 3, 2/2021, pp. 81-104; P. DOGLIANI, *The "Spanish" Flu: The Italian Case*, in *The Flu Pandemic of 1918-1919. A Political and Cultural Approach from a COVID World*, a cura di M. FUENTES CODERA, New York, Routledge, 2024, pp. 89-103. Da segnalare sono anche gli interventi nella giornata di studi su *Dopoguerra e pandemia. Il caso della Spagnola*, organizzata dalla Fondazione Biblioteche Casse di Risparmio di Firenze il 22 febbraio 2022, poi pubblicati su «Rassegna

progetto di ricerca su *Dopoguerra e pandemia. L'influenza "Spagnola" in Sicilia: istituzioni, società, memoria 1918-1919*, coordinato da Claudio Staiti (Università di San Marino, che si occupa della *Spagnola nelle scritture "intime" dei siciliani*), vede la collaborazione di docenti dell'Università di Palermo, come Manoela Patti, impegnata sul tema *Istituzioni e società siciliana di fronte all'influenza spagnola*; dell'Università di Catania, con Giancarlo Poidomani (*Guerra e dopoguerra in Sicilia*) e Alessia Facineroso (*Dalla cattedra al fronte. Ricerca scientifica e gestione militare*); dell'Università di Messina, con Enza Pelleriti (*La febbre 'spagnola' nel Meridione d'Italia. Spunti per un'indagine*) e Antonio Baglio (*Cronaca e rappresentazione della Spagnola nei giornali dell'Isola*); dell'Istituto Storico della Resistenza e della Società contemporanea di Cuneo, con Fabio Milazzo (*Medicina, sanità pubblica e dibattito medico*). Affiancati da un comitato scientifico composto da Eugenia Tognotti (Università di Sassari), Luca Gorgolini (Università di San Marino) e Fabio Montella (Istituto storico di Modena), il gruppo di studio ha già partecipato a workshop e convegni ed è prossimo alla pubblicazione in volume degli esiti della ricerca⁷.

Può essere utile, proprio per comprendere appieno l'interesse e la problematicità del caso siciliano, porre in evidenza la discussione legata all'impatto della "Spagnola" in termini di mortalità: secondo i dati dello statistico e demografo Giorgio Mortara, i decessi per influenza sul territorio siciliano sarebbero ammontati a 29.966 unità, il numero più alto in Italia dopo la Lombardia. Se però, in questa triste contabilità, come ha rilevato Fabio Montella, rapportiamo il dato con il numero di abitanti dell'epoca – la situazione assume un esito diverso – con 7.684 morti per milione di abitanti – collocando l'Isola tra gli ultimi posti tra le regioni dell'Italia meridionale, dietro pure a Lazio e Sardegna⁸. Secondo Paolo Giovannini, questa percezione della forte incidenza dell'influenza dell'Isola sarebbe scaturita dalle notizie allarmanti che continuamente provenivano da quel territorio e che puntualmente venivano intercettate dalla censura⁹.

A partire da questa constatazione, focalizzeremo la nostra attenzione sulle politiche sanitarie e la profilassi durante l'epidemia di "Spagnola" in Sicilia, fornendo un'anticipazione dei risultati dell'indagine sviluppata in questi ultimi anni nell'ambito del progetto di ricerca, facendo particolare riferimento sui Fondi della Direzione Generale della Sanità pubblica, conservati presso l'Archivio Centrale dello Stato di Roma e ai

storica toscana», 2, lug.-sett. 2023, a cura di G. MANICA (con i contributi di: M. GUDERZO, *La tregua: il quadro internazionale alla fine della Prima guerra mondiale*; D. LIPPI, F. BALDANZI, *La mobilitazione della scienza di fronte alla "spagnola": appunti metodologici e fonti storico-mediche*; G. MANICA, *L'influenza spagnola nel dibattito parlamentare*; F. CUTOLO, *L'influenza spagnola nel regio esercito*; A. GIACONI, *L'influenza spagnola nella stampa italiana. La censura*; E. ZUCCHINI, *L'arte e l'epidemia di influenza spagnola*; C. STAITI, *L'influenza spagnola in Gran Bretagna e Francia*).

⁷ In particolare, mi limito qui a ricordare il *workshop*, su piattaforma on-line, *Dopoguerra e pandemia (1918-1919)*, tenutosi il 18 dicembre 2023, con la presentazione del gruppo di ricerca siciliano e la partecipazione di Francesco Cutolo, Francesco Maccelli, Riccardo Bardotti, Filippo Gattai Tacchi e Roberto Cea; e il convegno organizzato con il patrocinio dell'Accademia Peloritana dei Pericolanti e in collaborazione con la Scuola Superiore di Studi Storici dell'Università della Repubblica di San Marino, tenutosi nelle sedi dell'Accademia dei Pericolanti e del Dipartimento di Civiltà antiche e moderne dell'Università di Messina il 19 aprile 2024. In questo quadro, non è superfluo richiamare l'interessante contributo di recente dedicato da Claudio Staiti alla narrazione dell'influenza spagnola sulla stampa straniera: *Cronaca di una pandemia: l'influenza "spagnola" e la stampa in Gran Bretagna e Francia*, in G. MANICA (a cura di), *Riflessioni in Biblioteca*, Firenze, Polistampa, 2024, pp. 237-260.

⁸ F. MONTELLA, *La Spagnola. Storie e cronaca della pandemia influenzale del 1918*, cit., p. 215.

⁹ P. GIOVANNINI, *L'influenza 'spagnola': controllo istituzionale e reazioni popolari (1918-1919)*, cit., p. 375.

giornali dell'Isola. Come reagì la sanità pubblica siciliana davanti all'emergenza sanitaria? Quali furono le politiche sanitarie concretamente adottate nelle diverse realtà provinciali? Quali le misure di profilassi messe in campo? Quali i rimedi utilizzati? Chi gestì l'emergenza sanitaria? Quali le opinioni, gli atteggiamenti e le pratiche, adottate dai segmenti popolari?

Enti di assistenza, rimedi e profilassi: Palermo, Catania e Messina

La prima ondata di «forme reumatiche febbrili» colpì la Sicilia nella tarda primavera del 1918. In un contesto fiaccato dalla guerra, la diffusione influenzale non destò iniziali preoccupazioni, venendo identificata come «febbre da pappataci»¹⁰, ma anche «febbre dei tre giorni, febbre da trincea, etc.»¹¹, come indicava il cav. dott. Nicola Consoli, medico provinciale di Catania. Anche sulla base di ciò le politiche sanitarie approntate furono perlopiù confuse e organizzate territorialmente, senza una prospettiva d'insieme. Eppure al momento della diffusione dell'influenza l'amministrazione sanitaria nazionale poteva contare su un solido serbatoio di conoscenze e su protocolli terapeutici sviluppati nei decenni precedenti per fronteggiare il colera e, in misura minore, la malaria¹². Dalla fine dell'Ottocento si era proceduto con una generale riorganizzazione che aveva sostituito una politica basata perlopiù su misure eccezionali ed emergenziali con procedure fondate sulle indicazioni della Direzione di sanità pubblica, a sua volta elaborate sulla scorta delle conoscenze scientifiche del tempo. Su tutte, il ruolo dell'igiene nel contenimento delle epidemie virali e nella lotta agli agenti patogeni invisibili, così come riconosciuto anche a livello internazionale¹³. La legge di riordino approvata il 22 dicembre del 1888 aveva così stabilito una serie di norme sufficienti a comminare ammende e pene per salvaguardare l'igiene del suolo, dell'abitato, degli alimenti e delle bevande, ed evitare la diffusione delle malattie infettive. L'attenzione per il tema dell'igiene venne poi ratificato attraverso la creazione di una Scuola di perfezionamento nell'igiene pubblica annessa ai laboratori della sanità. L'organizzazione dell'amministrazione sanitaria periferica invece era stata rivoluzionata con l'introduzione del medico provinciale, mentre fino ad allora al fianco del prefetto c'era solo il Consiglio sanitario provinciale con funzione esclusivamente consultiva. Egli doveva essere costantemente informato sulla situazione del territorio competente e aggiornare a sua volta la Direzione della sanità. Inoltre il medico provinciale era tenuto a compiere personalmente ispezioni sul territorio, inchieste,

¹⁰ Sul tema si veda, tra gli altri, A.W. CROSBY, *Influenza*, in K.F. KIPLE (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, New York, Cambridge University Press, 1993, pp. 807-811. Secondo alcune stime, in soli sei mesi, tra la fine di ottobre del 1918 e l'aprile del 1919, vennero colpite circa 500 milioni di persone, poco meno di un terzo della popolazione mondiale del tempo. Di queste morirono circa 50 milioni. In Italia, che fu il paese più colpito in Europa, insieme al Portogallo, le vittime furono 600 mila e negli Stati Uniti 675.000. Cfr. N.P. JOHNSON, J. MUELLER, *Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic*, cit. Per quel che concerne più propriamente la gestione in Italia dell'emergenza pandemica cfr. A. LUTRARIO, *I provvedimenti del Governo nell'epidemia di influenza: relazione al Consiglio Superiore di Sanità*, in «Il Policlinico», Roma, 1918.

¹¹ N. CONSOLI, *La epidemia influenzale del 1918 nella provincia di Catania. Relazione al Consiglio Provinciale di Catania*, Catania, Stab. Tip. Cav. S. Di Mattei & C., 1919, p. 5.

¹² R. CEA, *L'epidemia di Spagnola e l'amministrazione sanitaria: il caso della provincia di Firenze*, in F. CUTOLO, *La Spagnola in Toscana*, cit., p. 59.

¹³ Cfr. V. HUBER, *The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894*, in «The Historical Journal», 49, 2/2006, pp. 453-476; P. BALDWIN, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

controlli. L'attenzione sulle malattie infettive richiedeva l'attento monitoraggio dei comuni, la collaborazione degli stessi e la denuncia dei focolai sospetti, in linea con quanto previsto a livello internazionale. Ma ciò non sempre accadeva, vuoi per la difficoltà di tracciare gli asintomatici, vuoi per le diffidenze della popolazione che di frequente ometteva di denunciare i casi sospetti.

Per aggirare le deficienze locali, allo scoppio della guerra, il governò accrebbe i poteri dei prefetti in campo sanitario, dando loro facoltà di procedere con misure emergenziali per tutelare la salute pubblica. Tra queste la facoltà di destinare medici liberi a svolgere l'attività sanitaria anche in altre province. Tutto ciò concorreva a delineare la duplice articolazione del sistema sanitario nazionale davanti alla minaccia delle epidemie: quella centrale, con la Direzione generale di sanità pubblica, che doveva svolgere funzioni di coordinamento e indirizzo; quella periferica, con i prefetti, i comuni, i medici provinciali e il personale sanitario, che doveva articolare la situazione sui territori¹⁴. Tale sistema, alla prova dei fatti, non riuscì a evitare la diffusione dei contagi, anche per una iniziale difforme percezione del pericolo nei territori. La città di Siracusa, ad esempio, a differenza di Palermo, ma anche della vicina Catania¹⁵, venne coinvolta in maniera più limitata nella prima fase. Le cose cambiarono in peggio ad agosto, quando le zone tradizionalmente afflitte dalla malaria, come Lentini, conobbero l'eccezionale virulenza della Spagnola. Numerosi i decessi per problemi broncopolmonari, come i 28 casi di Biscari. Situazione simile a Trapani, dove però i contagi erano stati registrati anche nella tarda primavera, ma con andamento piuttosto benigno. Il peggioramento giunse pure qui a fine estate, segnalato dagli ufficiali sanitari in relazioni in cui si faceva esplicito riferimento all'aggressività della «virulenza» che non risparmiava neppure le isole, come Favignana¹⁶. Situazione molto grave si registrava a Mazara del Vallo, Campobello di Mazara, Monte San Giuliano. Non migliore quella di Caltanissetta, dove la mortalità appariva di «molto maggiore dell'ordinario», tanto da spingere la Prefettura a sollecitare i comuni perché effettuassero apposite indagini.

A ottobre l'Isola appariva in ginocchio. In particolare drammatica poteva essere definita la situazione del capoluogo Palermo, dove i cittadini si lamentavano per i cadaveri lasciati «in decomposizione» nelle abitazioni¹⁷. In città si era diffusa la voce che fosse «febbre da pappataci, pur essendo nota la inesistenza in città di tali ditteri»¹⁸. Emblematica la data del 5 ottobre, quando nel solo capoluogo i morti per influenza furono 94, su un totale di 131¹⁹. Un quadro particolarmente preoccupante traspariva nei contesti in cui la coabitazione era forzata, come «in alcuni quartieri e propriamente quelli più affollati»²⁰

¹⁴ R. CEA, *L'epidemia di Spagnola e l'amministrazione sanitaria: il caso della provincia di Firenze*, cit., p. 61.

¹⁵ Per i dati sulla mortalità in provincia di Catania vedi N. CONSOLI, *La epidemia influenzale del 1918 nella provincia di Catania*, cit., pp. 11-19.

¹⁶ Archivio Centrale dello Stato (= ACS), Ministero dell'Interno (= MI), Direzione generale della Sanità pubblica (= DGSP), Atti amministrativi 1910-1920, busta (= b.) 245, fascicolo (= f.) "Trapani, Epidemia influenzale", *Relazione della Regia Prefettura della Provincia di Trapani al Ministero dell'Interno*, 31 dicembre 1918.

¹⁷ ACS, MI, DGSP. Atti amministrativi 1910-1920, b. 232, "Palermo, Epidemia influenzale", *Reclamo di Letterio Micali Arichetta per cadaveri lasciati nelle case*, settembre 1918.

¹⁸ Ivi, b. 232, *Relazione inviata dalla Regia Prefettura della Provincia di Palermo al Direttore generale della Sanità pubblica, Alberto Lutrario*, 7 ottobre 1918 [foglio non numerato n. 1].

¹⁹ Ivi, b. 272, *Influenza. Riassunto del numero dei morti per qualsiasi causa e per influenza verificatisi giornalmente nei Comuni Capoluogo di Provincia*, Bollettino settembre-ottobre 1918.

²⁰ Ivi, b. 232, "Palermo, Epidemia influenzale", *Relazione inviata dalla Regia Prefettura della Provincia di Palermo al Direttore generale della Sanità pubblica, Alberto Lutrario*, 7 ottobre 1918 [foglio non numerato]

della città. Un «andamento più mite ed una mortalità di molto inferiore» venivano registrati nella casa di correzione per minori, la Colonia agricola San Martino delle Scale, dove 195 internati erano stati colpiti dall'influenza e 2 erano deceduti; situazione simile nel convento di santa Chiara, dove tutti si erano ammalati ma si era verificato un solo decesso, e alla Casa di istruzione e di emenda. Più accentuata era la mortalità «in alcune collettività», come il manicomio della Vignicella (824 «colpiti» e 133 decessi) e il carcere (259 colpiti e 17 decessi), dove il cav. dott. Calogero Barbera aveva approntato diverse misure per contenere i contagi e tra queste: «disinfettare le latrine con abbondante latte di calce»; «mettere in tutti gli ambienti delle sputacchiere con calce bagnata e fare obbligo ai detenuti di non sputare per terra»; «istituire una sala d'isolamento» per i malati; «sfollare per quanto [...] possibile le camerate»; «disinfettare tanto le mura che i cameroni» giornalmente con una «pompa irroratrice»; «bruciare tutta la paglia esistente nei pagliericci»; somministrare ai carcerati «una porzione di vino in più del normale»²¹. Le misure, articolate e diffuse, evidenziavano le preoccupazioni e le premure del sanitario e del direttore del carcere. Il medico provinciale legava i decessi alle «condizioni organiche miserevoli, igiene personale trascurata», di carcere e manicomio, ma anche all'«alimentazione mediocre e magari insufficiente». I rimedi adottati, già da settembre, erano quelli «generali»: «intensificazione nettezza urbana», «ispezione dormitori pubblici», locande, «camere mobiliate», «locali meretricio collettività in genere»²². Negli uffici pubblici, i «capi uffici» dovevano «curare massima pulizia locali e periodiche disinfezioni». Era stata stabilita la «disinfezione case infermi specie quelli gravi» e rigorosi controlli erano stati avviati per disporre la chiusura immediata dei locali «che non presentino assolute garanzie igieniche». Ancora alla fine di settembre, il prefetto riteneva fondamentale «evitare maggiore allarme nella popolazione ed agitazione» per limitare le ripercussioni sullo «spirito resistenza civile».

D'altra parte, secondo medici e autorità, l'atteggiamento della popolazione svolgeva un ruolo centrale nella diffusione dell'epidemia. Lo testimoniava il comportamento riscontrato dal medico provinciale Barone nei paesi delle Madonie, dove i casi erano più gravi, nonostante la salubre aria di montagna. Per spiegare l'apparente paradosso il medico fece riferimento alla cultura popolare e alle credenze di gruppo. A Piana degli Albanesi, ad esempio, dove si erano verificati 82 decessi fino al 20 settembre, risultò che 70 di essi non si erano rivolti ai medici, ma ai guaritori locali e ai barbieri «che con salassi abbondanti» avevano «dissanguato ed aperta la via del cimitero agli infermi». La diffidenza che in questi centri la popolazione mostrava nei confronti delle autorità mediche spingeva i malati a rivolgersi a questi ultimi solo nei casi di evidente gravità, quando, sovente, era ormai tardi. Ci si curava in famiglia, stipando i malati in locali angusti e male aerati. La coabitazione forzata, le visite di parenti e amici, favorirono così la diffusione del contagio. Secondo Barone, soprattutto nei comuni montani – ma anche a Partinico – «la superstizione, l'ignoranza e i pregiudizi» regnavano «sovranamente» e le pessime condizioni igieniche in cui viveva la popolazione non potevano che aggravare la situazione²³.

n. 3].

²¹ Ivi, b. 232, «Palermo, Epidemia influenzale», *Copia del rapporto del sanitario delle Carceri di Palermo*, 7 settembre 1918.

²² Ivi, b. 232, *Epidemia influenzale, Telegramma* 32238, 21 settembre 1918.

²³ Ivi, b. 232, «Palermo, Epidemia influenzale», *Relazione inviata dalla Regia Prefettura della Provincia di Palermo al Direttore generale della Sanità pubblica, Alberto Lutrario*, 7 ottobre 1918 [foglio non numerato n. 4].

Il contesto malarico sembrava non costituire una aggravante: lo evidenziava il confronto tra Partinico, dove l'influenza si era diffusa «in forma violenta», e Ficarazzi dove il morbo aveva causato solo quattro decessi. Diversamente era ritenuto un fattore aggravante il «caldo intenso, secco e soffocante» che, spinto dai venti di scirocco, aveva contribuito alle complicanze respiratorie seguite all'influenza tra il 21 e il 25 settembre²⁴. Sferzante era il giudizio del medico sulle autorità comunali, ritenute responsabili di immobilismo, incapacità organizzativa e tardivo allarmismo. Le morti pesavano sulle loro coscienze. L'assenza di comitati di assistenza aveva poi influito sulla cronica penuria di medicine e non aveva consentito il soccorso alimentare della popolazione, contribuendo ad aggravare la debolezza degli organismi.

A Palermo, invece, – sottolineava il medico – la costituzione di un ente di assistenza a cura del Comitato di difesa civile e dell'Alleanza femminile aveva garantito la distribuzione di beni di prima necessità, come carne e uova, e medicinali²⁵.

Nonostante tali sforzi, soprattutto nelle fasi più cruente, la gestione della pandemia era stata sommaria e lacunosa, contribuendo allo scatenamento di panico e rabbia tra la popolazione²⁶.

Anche a Catania, nonostante uno dei principali giornali cittadini, il «Corriere di Catania», ancora l'11 settembre 1918, titolasse un articolo sull'epidemia *La malattia di moda*²⁷, dopo l'estate la situazione era grave e confusa. Tra maggio e agosto, come indicato dal medico provinciale dott. Nicolosi, erano circolate in città le «diagnosi più strane di entità morbose osservate dai Sanitari»²⁸. Nonostante l'ufficio sanitario si fosse mosso «per la sistemazione dei servizi sanitari» e «per una maggiore intensificazione» degli stessi, in particolare la «polizia mortuaria», i «suggerimenti [...] non furono accolti con la solerzia dovuta» dalle autorità comunali che, in tal senso, si resero responsabili delle successive mancanze. Ma le responsabilità non erano solo di queste ultime, come evidenziava l'assenza di letti per ricoverare gli ammalati e l'exasperazione della popolazione. Ad Adernò (oggi Adrano), in provincia, non c'erano medici, le farmacie erano sguarnite di medicinali e scarseggiavano carne, latte e uova. Si era diffusa inoltre la voce che circolassero degli «untori agenti del Governo» e ciò aveva scatenato violenti scontri con i carabinieri²⁹. Intanto la stampa suggeriva ai cittadini l'immediata denuncia dei focolai infettivi all'ufficio sanitario «per la disinfezione necessaria»; evitare i contatti sospetti e di fare visita agli ammalati e tenere a mente che «i contatti con lo sputo ed il colpo di tosse» erano il veicolo principale di trasmissione della infezione». Si consigliava di «mantenere una pezzuola leggiera e filtrante innanzi alla bocca ed il naso»³⁰. Come elementi di profilassi venivano suggerite «le disinfezioni della bocca, del naso, con soluzioni di acido fenico, al timolo, al succo di limone, all'aceto aromatico, all'acqua di colonia in soluzione e ciò mediante collutori, docce nasali o polverizzazioni con inalature o polverizzatori»³¹. Inoltre «non devesi trascurare la disinfezione delle mani con sapone

²⁴ Ivi, b. 232, "Palermo, Epidemia influenzale", *Relazione inviata dalla Regia Prefettura della Provincia di Palermo al Direttore generale della Sanità pubblica, Alberto Lutrario*, cit. [foglio non numerato n. 5].

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 191 bis, f. Commissione ispettiva mista, *Rapporti, Telegramma, Presidente Commissione Ispettiva*, 17 ottobre 1918.

²⁷ *La malattia di moda. Sintomi e profilassi*, in «Corriere di Catania», 11 settembre 1918.

²⁸ N. CONSOLI, *La epidemia influenzale del 1918*, cit., p. 5.

²⁹ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 214, f. "Catania, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura di Catania, telegramma espresso di Stato*, 26 settembre 1918.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *La malattia di moda. Sintomi e profilassi*, in «Corriere di Catania», 11 settembre 1918.

anche da bucato, ovvero con succo di limone o soluzioni disinfettanti, lisoformio, [...], alcool, acqua di colonia, etc». Tra gli altri suggerimenti, l'adozione di sputacchiere domestiche «con dentro del latte di calce o altro disinfettante», «la disinfezione degli oggetti d'uso degli ammalati ed in ispecie delle lingerie (tovagliuoli, fazzoletti, ecc)» che erano quelli «più facilmente esposti agli inquinanti boccali». L'operazione poteva essere condotta con «soluzione di lisoformio, ovvero in liscivia da bucato». Si consigliava convalescenza e riposo, evitare «gli ambienti chiusi e molto affollati», non «mangiare molta frutta e frutta acerba e non convenientemente lavata e pulita». Allo stesso modo si esortava a «bere il latte dopo essere stato sovra riscaldato fino a quasi alla temperatura di ebollizione»³². Proprio il latte era uno degli alimenti che scarseggiavano; così la Prefettura fece arrivare 200 casse di latte condensato e 400 vennero ordinate a Tripoli³³. Per sopperire alle necessità alimentari della popolazione vennero inoltre organizzate cucine economiche per la distribuzione di brodo e carne, misura che risultò particolarmente apprezzata.

Al fine di «concordare l'azione da svolgere per fronteggiare energicamente l'epidemia diffusa in città», il 23 settembre 1918 era stata organizzata una riunione in Prefettura, tra il Sindaco, comm. Sapuppo, il Colonnello direttore dell'infermeria presidiaria, il Medico Provinciale, l'Ufficiale Sanitario e altre autorità. Veniva sottolineato come la deficienza del sistema sanitario, «dovuta [...] allo speciale momento in cui gran parte dei sanitari è sotto le armi», richiedeva misure suppletive «necessarie alla profilassi e al perfetto funzionamento dei servizi». Tra i provvedimenti assunti nell'occasione figuravano: «una accurata e pronta disinfezione dei luoghi maggiormente colpiti»³⁴; la costituzione «di squadre di disinfestatori». Venne poi «fatto obbligo a tutti gli esercenti di teatri, cinematografi, caffè, bar, trattorie, alberghi, scuole private, sale da giuoco ed altri locali aperti al pubblico di eseguire giornalmente la disinfezione dei detti locali»³⁵. Per limitare i contagi venne raccomandata la «disinfezione quotidiana e ripetuta di quei punti speciali della città in cui il movimento dei cittadini» era «più intenso» e soggetto agli affollamenti. Tra questi la pescheria e le vie circostanti, «sempre affollate in tutte le ore del giorno»; si raccomandava «un lavaggio abbondante e costante che dovrebbe essere fatto anche la notte. Ciò oltre la disinfezione». La stessa solerzia doveva essere applicata «per tutti gli uffici civili», ad esempio il tribunale che, invece, era oggetto di una sola disinfezione al giorno. Le criticità segnalate prontamente dal «Corriere di Catania» erano insomma diverse e sollecitavano provvedimenti «eccezionali, [...] urgenti, urgentissimi», anche perché il timore era che le ingiunzioni municipali non venissero osservate: così la stampa raccomandava controlli e magari l'istituzione di «un ufficio reclami» affidato alla «direzione di un funzionario giovane, energico e di buona volontà». L'ufficio doveva servire per raccogliere le denunce dei cittadini su «tutte le manchevolezze e tutte le deficienze relative al modo con il quale verranno eseguite le disposizioni delle autorità»³⁶. Il ricorso alle delazioni dei cittadini era indicativo delle difficoltà in cui versavano le istituzioni nel monitorare il contagio, ma anche nel far rispettare le misure.

Sul piano delle medicine, l'Ufficio Municipale di Igiene, distribuì preparati di chinino: «bisolfato in confetti da cgr. 20; tannato in cioccolatini da cgr. 40; bicloridrato in fiale

³² *Ibidem*.

³³ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 214, f. "Catania, Epidemia influenzale", *Estratto informativo n. 41601*, 1 ottobre 1918.

³⁴ *Le condizioni sanitarie di Catania e l'opera dell'Autorità*, in «Corriere di Catania», 24 settembre 1918.

³⁵ *Per la salute pubblica*, ivi, 19 settembre 1918.

³⁶ *Ibidem*.

da 50 cgr»³⁷. Ai poveri venivano consegnati gratuitamente il chinino e, per migliorare le condizioni igieniche, anche il sapone³⁸. A fine ottobre la situazione era migliorata, come testimoniava il richiamo dei medici militari ritenuti non più necessari³⁹. Si credeva che le misure adottate avessero svolto la loro funzione ma la realtà era quella di una città spopolata, in cui molti avevano infatti preso la via dei paesi etnei considerati più sicuri.

Come in altre realtà dell'Isola, anche a Messina, insieme all'epidemia, si diffusero la confusione e lo smarrimento. A inizio settembre la «Gazzetta di Messina e delle Calabrie» scriveva che ci si trovava di fronte a una «malattia misteriosa», la quale «nei casi benigni» aveva un «decorso ordinario di tre giorni»⁴⁰. Come misure di protezione individuale, venivano suggerite «abluzioni e collutori frequenti di soluzioni disinfettanti; ed evitare di visitare amici o parenti che siano malati o che siano stati malati»⁴¹. Il medico provinciale, dott. Sica, dopo aver sottolineato la continuità con l'influenza del 1889-90, prescriveva di «evitare possibilmente i contatti sospetti», «disinfettare le mucose esterne [...] nonché i punti più esposti a contaminazioni»; una speciale attenzione doveva essere riservata a luoghi quali caserme, «convitti, scuole, teatri, cinematografi; ciò allo scopo di evitare eccessivi affollamenti ed ottenere una rigorosa pulizia»⁴². Tra le altre misure suggerite dal medico messinese figuravano «la disinfezione della bocca, del naso e delle mani, il divieto di sputare in terra, massima in ambienti chiusi e la pulizia o disinfezione sistematica degli oggetti e dei punti maggiormente esposti agli inquinamenti boccali e nasali, quali fazzoletti, apparecchi telefonici». «Altre misure profilattiche – sottolineava il medico – oltre quelle accennate, non esistono», e pertanto occorreva «intensificare le misure di profilassi generale e cioè: pulizia delle abitazioni, nel caso speciale di Messina, delle baracche, nettazioni ed inaffiamento delle vie, dei pozzi neri, disinfezione continua, specialmente delle baracche, dove si verificano casi di influenza», con «calce, nonché alla disinfezione degli indumenti usati dagli infermi»⁴³. Intanto i cittadini si lamentavano del «deplorable» atteggiamento del Comune che non si premurava «di fornire un po' di disinfettante a quei privati»⁴⁴ che ne avevano fatto richiesta all'Ufficio Igiene. Mancava «lisoformio», ma anche «acido fenico grezzo, formalina e creolina», necessari «per disinfezione soprattutto pozzi neri mentre per strade e baracche» veniva utilizzata la calce che «però non si trovava facilmente»⁴⁵. A Barcellona veniva fatta richiesta di acido fenico, data la reiterata carenza⁴⁶.

La difficoltà di reperire il chinino e i farmaci, anche a causa dei costi, provocò la diffusione soprattutto tra i ceti meno abbienti di preparati diversi, tanto da spingere le autorità sanitarie messinesi a «mettere in guardia il pubblico contro il pullulare di numerose specialità»⁴⁷. Per evitare i rischi di questa improvvisata medicina popolare, veniva promosso l'uso del Lysoform che «guarisce tutte le forme parassitarie, purifica gli

³⁷ *Il chinino per gli ammalati*, ivi, 19 settembre 1918.

³⁸ *La salute pubblica e le sue condizioni*, ivi, 28 settembre 1918.

³⁹ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 191 bis, Commissione ispettiva mista, *Rapporti*, 29 ottobre 1918.

⁴⁰ *Su l'epidemia d'influenza*, in «Gazzetta di Messina e delle Calabrie», 2 settembre 1918.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *L'influenza e le condizioni igieniche della nostra città*, ivi, 14 settembre 1918.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Le responsabilità dell'Amministrazione comunale*, ivi, 12 settembre 1918.

⁴⁵ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 228, *telegramma n. 32645*, 24 settembre 1918.

⁴⁶ Ivi, b. 228, *telegramma n. 31954*, 19 settembre 1918.

⁴⁷ *A proposito dell'influenza estiva*, in «Gazzetta di Messina e delle Calabrie», 10 settembre 1918.

ambienti»⁴⁸, preparato come «Lysoform puro, per uso personale [...] Lysoform greggio per disinfezione di ambienti e soggetti doversi». La formula in «tubetti di stagno» era suggerita perché «facilmente trasportabile da viaggiatori, touristes, militari, uomini di affari, ecc.». I prodotti a base di Lysoform erano insomma ritenuti efficaci per evitare «qualsiasi trasmissione di microbi da una mano all'altra, alla bocca, alle mucose ed alle sostanze che si toccano e si evita il pericolo di trasportare fermenti, parassiti o microbi infettivi da un punto infetto a un altro immune»⁴⁹. Il «Lysoform» veniva presentato come il «disinfettante per eccellenza, di fama mondiale, che riassume[va] i pregi di tutti i disinfettanti senza averne i difetti»⁵⁰.

Non mancavano solo i farmaci a Messina; problemi c'erano anche con gli approvvigionamenti alimentari⁵¹. Quattro erano le macellerie che nella città dello Stretto «dovevano facilitare il servizio ed evitare le resse»⁵² in maniera tale che la carne fosse disponibile per gli ammalati. Il razionamento della pasta dal 15 al 31 ottobre e il divieto di vendere «generi alimentari tesserati contro presentazione di tagliandi di tessera per i villaggi»⁵³ evidenziavano non soltanto le difficoltà causate dal conflitto, ma anche l'eccezionalità della situazione pandemica. Era previsto il razionamento anche per lo zucchero, «in razione di grammi cento a razione in città e grammi cinquanta nei villaggi»⁵⁴.

Diversamente da altri contesti, a Messina i cittadini evidenziarono quasi subito una preoccupazione evidente per l'epidemia e sollecitavano l'Ufficio Igiene a operare «con quello zelo e con quell'attività che non consentano ad alcuni dei preposti distrazione di sorta»⁵⁵. Sempre dai cittadini provenivano le lettere che segnalavano gravi criticità dell'igiene «specialmente nel quartiere ferroviario di Gazzi, di quello di S. Cecilia» e si chiedeva lo «spurgo dei pozzi neri» e la «pulitura e abolizione di tutte le cloache che si trovano nei luoghi ove i pozzi neri non esistono», al fine di eliminare «le cause d'infezione, massime in questo periodo» in cui la città si trovava «sotto l'incubo di varie malattie epidemiche». Ci si lamentava inoltre del «servizio spazzatura e polizia urbana in genere», perché «le strade non si puliscono» e «l'immondizia trasportata dal vento aiuta il diffondersi di malattie». Ma destavano preoccupazioni anche le pessime abitudini di quanti gettavano «acqua sporca ed immondizie sulle pubbliche vie»⁵⁶. Se ne lamentava il consigliere Vitale, in una lettera inviata alla «Gazzetta di Messina e delle Calabrie», sottolineando l'incuria in cui l'amministrazione comunale lasciava «fogne, pozzi neri, nettezza stradale, acquedotto, trasporto e sotterramento di cadaveri, ecc»⁵⁷. Per queste ragioni chiedeva «le dimissioni degli assessori preposti a questi servizi e l'invio alle competenti autorità per fornire la mano d'opera militare e dei prigionieri onde risolvere immediatamente tutti i problemi [...] in vista della epidemica influenza che ammorba la Città»⁵⁸.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *A proposito dell'influenza*, ivi, 27 settembre 1918.

⁵¹ *Il problema degli approvvigionamenti di Messina e Provincia*, ivi, 24 agosto 1918.

⁵² *La carne per gli ammalati*, ivi, 9 ottobre 1918.

⁵³ *Il razionamento dei generi tesserati*, ivi, 15 ottobre 1918.

⁵⁴ *Il razionamento dello zucchero*, ivi, 20 ottobre 1918.

⁵⁵ *Le responsabilità dell'Amministrazione comunale*, ivi, 12 settembre 1918.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ *L'igiene della nostra città*, ivi, 20 settembre 1918.

⁵⁸ *Ibidem*. Spostando l'attenzione in provincia, è significativo l'episodio accaduto a Limina, dove il 29 settembre la popolazione aveva manifestato pubblicamente per l'assenza di personale sanitario, sciogliendo

A inizio di ottobre, la carenza di sanitari spinse il R. Provveditore agli Studi e segretario delle opere federate di assistenza, cav. Donato Gravino, a emanare una disposizione affinché tutte «forze scolastiche» costituissero «squadre di assistenza sanitaria per le famiglie che hanno infermi bisognosi di aiuto»⁵⁹. In ogni comune si dovevano inoltre organizzare «una squadra maschile e una femminile di assistenti infermieri». La scuola era chiamata a svolgere un presidio di «salda resistenza interna» di fronte all'eccezionalità della situazione.

Ancora a fine ottobre «la commemorazione dei defunti al Gran Camposanto»⁶⁰ veniva sospesa, a seguito di apposita disposizione ministeriale. Ma in controtendenza con tale misura, a inizio novembre si provvedeva a disporre la riapertura delle scuole elementari e medie, a partire da giorno 4. La delibera del Provveditore agli Studi faceva seguito al consenso avuto dall'autorità sanitaria⁶¹. Con l'arrivo di Natale, la recrudescenza «in alcuni villaggi» intorno a Messina e la volontà di tranquillizzare la popolazione, così da garantire un periodo festivo privo di allarmi ingiustificati, spinse l'Ufficio di igiene a dare massima diffusione al rassicurante «bollettino quotidiano dei decessi per l'influenza»⁶². La nuova diffusione dei contagi a inizio gennaio spinse a valutare nuovamente la chiusura delle scuole, misura presa a partire dal 15 gennaio per consentire la disinfezione dei locali «ed a quelle riparazioni che possono mettere i medesimi, in condizioni di maggiori garanzie nei riguardi igienici per la popolazione studentesca»⁶³. La riapertura delle scuole medie venne disposta a partire dal 6 febbraio 1919, mentre le scuole primarie sarebbero state riaperte progressivamente, una volta ritenute idonee le condizioni dei locali⁶⁴. Era il segnale di un lento tentativo di normalizzazione.

La medicina nei territori: Agrigento, Siracusa, Caltanissetta, Trapani

Ad Agrigento le paure collettive generate dall'epidemia assunsero lo spettro degli untori e sia a Burgio che a Villafranca sicula, la notte del 3 ottobre, vennero esplosi centinaia di colpi di fucile per allontanare i «distributori»⁶⁵ del morbo. Per fronteggiare la situazione, già da settembre la Prefettura redistribuì i medici condotti sul territorio e chiese alla Direzione di sanità militare l'aiuto di ufficiali medici per sopperire alle necessità dei comuni di Sciacca, Cammarata, Cattolica Eraclea, Siculiana, Raffadali, Montallegro. Per provvedere al fabbisogno alimentare, vista la scarsità di carne, la Prefettura autorizzò un aumento nel quantitativo destinato ai comuni. Per quanto riguarda il latte, i singoli comuni intavolarono accordi con i produttori, giunsero anche casse di prodotto condensato dalle autorità centrali, mentre un quantitativo destinato al Consorzio provinciale servì per la

in un primo momento pacificamente l'assembramento in presenza di rassicurazioni fornite dai carabinieri e da alcuni «autorevoli cittadini». A distanza di quasi un mese, dal momento che nel frattempo nulla era cambiato, il 21 ottobre un gruppo di circa 700 persone riprese a percorrere in segno di protesta le vie del paese lanciando sassi all'indirizzo della locale caserma dei carabinieri e delle case di quelle autorevoli personalità che avevano tradito la fiducia popolare. P. GIOVANNINI, *L'influenza 'spagnola': controllo istituzionale e reazioni popolari (1918-1919)*, cit., p. 391.

⁵⁹ *Per l'assistenza sanitaria*, in «Gazzetta di Messina e delle Calabrie», 4 ottobre 1918.

⁶⁰ *La commemorazione dei defunti sospesa*, ivi, 30 ottobre 1918.

⁶¹ *La riapertura delle scuole elementari e medie*, ivi, 29 ottobre 1918.

⁶² *Falsi allarmi sulla salute pubblica*, ivi, 20 dicembre 1918.

⁶³ *La chiusura delle scuole*, ivi, 15 gennaio 1919.

⁶⁴ *Riapertura delle scuole*, ivi, 3 febbraio 1919.

⁶⁵ ACS, MI, Direzione generale di Pubblica Sicurezza, Divisione polizia, 1916-1918, b. 836, f. 10075, a. 29, telegramma n. 6973, 4 ottobre 1918.

vendita al prezzo calmierato di 2,6 lire a confezione, a fronte delle 9 lire raggiunte sul mercato. Farina di cereali composta, farina di leguminose, semolino di riso, farina d'amido, furono invece distribuite alla popolazione, in particolare alle famiglie con ammalati. Sul piano dei farmaci, a differenza di altre province, non si registrò penuria di chinino, visto che per tempo se ne erano fatte ampie scorte in funzione antimalarica. Un'azione energica della autorità dovette invece essere esercitata per scoraggiare la pratica dei salassi, ritenuta dalla popolazione la più efficace contro la malattia. La pratica era così diffusa da essere esercitata anche in funzione preventiva sui sani e la Prefettura dovette intervenire ingiungendo ai sindaci di emettere apposita ordinanza per limitare l'abuso⁶⁶. Per quanto concerne i dispositivi di protezione, la Prefettura di Girgenti comunicava alla Direzione Generale della Sanità Pubblica di aver raccomandato l'utilizzo di «schermi filtranti per persone medici infermieri»⁶⁷ e che avrebbe continuato a farlo. Ancora a dicembre particolare attenzione veniva riservata alla situazione nelle scuole; così il Provveditorato veniva sollecitato a controllare e registrare il numero degli assenti tra gli alunni⁶⁸.

Nella vicina provincia di Siracusa, se inizialmente il contagio era stato più contenuto, la situazione cambiò radicalmente a fine estate. A settembre 1918, secondo il «Corriere di Catania», ci si lamentava che «le misure profilattiche anzi che venire intensificate» soffrissero «ora un certo abbandono che non possiamo non deplorare. Si era incominciata la disinfezione con latte di calce delle pubbliche vie le quali venivano anche lavate dopo essere state spazzate»⁶⁹, ma la pratica non aveva avuto seguito. In particolare si sottolineava con rammarico la mancata estensione della misura «a tutti quei budelli che formano le nostre vie secondarie, ove, naturalmente, i focolai d'infezione si stabiliscono con maggiore facilità»⁷⁰. Un'ordinanza del Comune «impondeva a tutti i pubblici esercizi di lavare i pavimenti e mettere in uso le sputacchiere con materiale disinfettante». Il corrispondente poneva però seriamente in dubbio che l'ordinanza fosse stata recepita e messa in atto dai commercianti. Bisognava poi vietare «che certi trasporti funebri seguano il percorso più lungo», e parimenti impedire di «lasciare per oltre ventiquattro ore in pascolo alla curiosità di quei pochi che muoiono di malattia contagiosa». Le pessime condizioni igieniche degli uffici «postelegrafici» di Siracusa spinsero il Ministero dell'Interno a intimare «urgenti rigorose disposizioni affinché» venisse curata «igiene e pulizia» dei locali e «lavori trasformazione e miglioramento latrine»⁷¹. Impellente era la richiesta di medicinali, vista la «deficienza» e le «difficoltà per forniture». Il prefetto scriveva così al ministero per chiedere che le case farmaceutiche spedissero urgentemente «con treni diretti congrua quantità salicilato, soda chinina e aspirina fenacetina e fiali oli canforati caffeina genzoato stricnina nonché radice policala». Si segnalava inoltre che fino ad allora «fiali siero antistreptococcico e quantità chinino da somministrare»⁷² non erano pervenuti. Sul piano dell'assistenza e su sollecitazione del medico provinciale, per

⁶⁶ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 222 bis, f. "Girgenti, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura di Girgenti-Consiglio Provinciale Sanitario, prot. N. 11454, Div. Sanità*, 16 novembre 1918.

⁶⁷ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1915-1920, b. 1910, *R. Prefettura della Provincia di Girgenti, Telespresso*, 12 novembre 1918.

⁶⁸ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 199, *Regia Prefettura della Provincia di Siracusa*.

⁶⁹ *Cronaca siracusana. Per la salute pubblica*, in «Corriere di Catania», 19 settembre 1918.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 242, *Regno d'Italia. Ministero dell'Interno. Telegramma n. 46398*, 22 settembre 1918.

⁷² *Ivi*, b. 242, 20359. *Siracusa. Richiesta di medicinali, Telegramma n. 2175*, s.d. settembre 1918.

andare incontro ai «poveri ammalati d'influenza»⁷³, venne realizzato un ospedale con 80 letti, mentre il Comune istituì una guardia medica diurna e notturna. Per rendere le misure di profilassi più efficaci furono mobilitati i carabinieri e il personale di pubblica sicurezza che, tra l'altro, si occupavano dei servizi di polizia mortuaria, ma anche della consegna dei disinfettanti a «tutti i comuni con istruzioni sull'uso». I controlli furono estesi alle stazioni ferroviarie della provincia e ai veicoli che, secondo il Prefetto, «hanno rappresentato uno dei tramiti di diffusione della malattia nel Regno». Non veniva nascosto che in diversi comuni l'assistenza sanitaria aveva «presentato notevoli deficienze»⁷⁴.

A Palazzolo Acreide, durante una riunione della Società operaia Vittorio Emanuele III, vennero rivolte dure critiche all'amministrazione comunale «per mancati provvedimenti pubblica salute, disinfezione paese, mancanza medici, distribuzione latte e farinacei»⁷⁵. Proprio per questo il prefetto Masino aveva inviato una circolare con le misure da adottare: «attiva vigilanza a mezzo comitati locali salute pubblica» su «nettezza urbana»; divieto ai privati di «spandere le immondizie» che dovevano «essere raccolte in apposite cassette per essere poi versate nei carri» inviati dall'autorità municipale. Per quanto concerne l'igiene alimentare: «l'uso di veli di protezione per i generi esposti in vendita»; divieto assoluto di «toccare il pane» negli esercizi commerciali che doveva essere preso dal rivenditore da «scansie e ceste» fuori dalla portata del pubblico. Il momento era difficile, il prefetto non lo nascondeva, per questo chiedeva a tutti «la forza per adempiere scrupolosamente il proprio dovere»⁷⁶. Da Francofonte e Lentini, invece, le proteste si scagliavano proprio verso la prefettura, ritenuta passiva e incapace di fronteggiare l'emergenza. Che non tutto fosse stato fatto nei tempi e nei modi più opportuni lo mostrava la relazione retrospettiva dell'ufficiale sanitario di Carlentini, ispirata da un evidente intento autoassolutorio per la gestione della pandemia sul territorio. Il dottor Scavonetto, nel documento scritto a febbraio del 1919, affermava che «nulla» fosse stato tralasciato «per avere la rapida denuncia dei primi focolari e per indurre i sani e gli ammalati di malattie comuni a schivare l'occasione di contagio e l'influenza delle cause predisponenti»⁷⁷. La difesa era legata alle critiche per la gestione dei contagi che, tra settembre del 1918 e febbraio del 1919, aveva colpito 534 persone su una popolazione di 11.465 abitanti. E per quanto a fine ottobre una ispezione ministeriale aveva giudicato l'epidemia «in sensibile decrescenza» e i servizi pubblici regolarmente «assicurati»⁷⁸, la realtà era che mancavano gli alimenti principali, tra cui il latte, e ancora a inizio novembre la situazione appariva drammatica, tanto da spingere il prefetto Masino a chiedere al Ministero dell'Interno l'autorizzazione per sospendere la «consueta commemorazione dei defunti nei cimiteri»⁷⁹.

A Caltanissetta, nel mese di settembre, il panico era suscitato dall'assenza di «soldati di sanità» e «militi della croce rossa» in grado di soccorrere i contagiati. Per questo vennero

⁷³ Ivi, b. 242, f. "Siracusa, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura Provincia di Siracusa*, 23 ottobre 1918.

⁷⁴ Ivi, b. 242, f. "Siracusa, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura della Provincia di Siracusa*, 18 ottobre 1918.

⁷⁵ Ivi, b. 242, f. "Siracusa, Epidemia influenzale", *telegramma n. 33039*, 26 settembre 1918.

⁷⁶ Ivi, b. 242, f. "Siracusa, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura della Provincia di Siracusa, Telegramma espresso di Stato*, 5 ottobre 1918.

⁷⁷ Ivi, b. 242, f. Carlentini (Siracusa) n. 20359, *Relazione dell'ufficiale sanitario, dott. C. Scavonetto, sull'influenza a Carlentini*, 18 febbraio 1919.

⁷⁸ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 191 bis, "Commissione ispettiva mista. Rapporti", *Commissione Ministeriale Ispettiva, telespresso*, 29 ottobre 1918.

⁷⁹ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 242, *Telegramma 34997*, 15 ottobre 1918.

richiesti urgentemente medici⁸⁰ e l'autorità militare, «per il servizio di polizia mortuaria» e per quelli «profilattici», inviò «un buon contingente di prigionieri di guerra»⁸¹. Nelle farmacie cominciavano «a scarseggiare salicilici, tiglio, chinino», ed era soprattutto quest'ultimo a essere richiesto «essendo ricercatissimo popolazione ed avendo dati buoni effetti terapeutici e profilattici»⁸². Il medico provinciale aggiunto, dott. Pietro Caleca, già ad agosto, nel comune di Villarosa, primo colpito della provincia, «consigliò una diffusa terapia e profilassi a base di chinino»⁸³.

A settembre l'epidemia si diffuse a Caltanissetta e Terranova. Per arginare il contagio il medico provinciale suggerì la «nettezza urbana», specie nei quartieri popolari, «dove l'igiene dell'abitato è un mito e dove spesso vedonsi convivere strettamente, in unico vano, intere famiglie ed animali di tutte le specie dalle galline ai maiali agli asini ai muli ecc.»⁸⁴. Anche nel capoluogo di provincia, dunque, potenziali focolai di contagio erano ritenuti i quartieri popolari, dove il sovraffollamento e la promiscuità tra uomini e animali rendevano le condizioni igieniche alquanto precarie. Come reagirono le autorità comunali? Secondo il prefetto, molto semplicemente, la reazione non ci fu; piuttosto «lo sbigottimento» e l'inerzia paralizzarono i servizi farmaceutici, l'assistenza medica, la polizia mortuaria e la nettezza urbana. Responsabili in parte della situazione le popolazioni che, «assalite dal panico», non offrirono «quella cooperazione che sarebbe stata necessaria». Ancor più grave però, secondo il prefetto, il clima da complottismo «penetrato nell'anima del popolo», secondo cui la malattia era «voluta dal Governo per una ragione ipotetica di economia»⁸⁵. Anche qui, come già nelle comunità montane del palermitano (peraltro confinanti con parte della provincia), veniva rifiutata l'assistenza sanitaria e, quando la situazione si aggravava, si ricorreva ai salassi. Le misure adottate dalla prefettura, di concerto con il medico provinciale, furono di ordine «morale e tecnico». Sul primo aspetto, attraverso la collaborazione dei sindaci, si cercò di contenere il panico della popolazione e di diffondere informazioni corrette sull'epidemia. Vennero poi inviati due medici provinciali aggiunti, uno a Terranova e uno a Piazza Armerina, con funzioni ispettive sui rispettivi circondari. Particolarmente delicata la situazione a Mussomeli dove si era diffusa la voce che i medici, specie quelli militari, «fossero i diffonditori della malattia»⁸⁶. I provvedimenti tecnici riguardarono «la deficienza dei medici, dei medicinali, della mano d'opera per l'inumazione dei cadaveri, [...]». Bisognava poi provvedere agli alimenti, in particolare il latte, ma anche lo zucchero ritenuto fondamentale per fortificare l'organismo. «Per assicurare una nutrizione più sostanziosa» venne disposta «una maggiore assegnazione di carne bovina di quella consentita ai singoli comuni»⁸⁷. Per favorire la disponibilità di farmaci, con l'ausilio della Direzione di sanità presso il Corpo d'Armata e della Croce Rossa, vennero dislocati sul territorio altri 29 medici e 8 farmacisti, assegnati a zone ben precise, in modo da coprire tutto il territorio provinciale. Vista l'eccezionalità della situazione venne sospeso anche il

⁸⁰ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 210, f. Caltanissetta, *Richiesta medici*, *Telegramma n. 34265*, 3 ottobre 1918.

⁸¹ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi, b. 242, f. Caltanissetta, *Relazione sull'epidemia influenzale*, *Regia Prefettura di Caltanissetta, Oggetto: Epidemia influenzale*, 21 ottobre 1918, p. 7.

⁸² ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 191 bis, *Telegramma n. 34091*, ottobre 1918.

⁸³ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 242, f. Caltanissetta, *Relazione sull'epidemia influenzale*, *Regia Prefettura di Caltanissetta, Oggetto: Epidemia influenzale*, 21 ottobre 1918, p. 1.

⁸⁴ Ivi, p. 3.

⁸⁵ Ivi, p. 4.

⁸⁶ Ivi, p. 8.

⁸⁷ Ivi, p. 12.

riposo festivo. Per quanto riguarda le misure di profilassi, particolare attenzione venne rivolta alla «nettezza urbana», alle disinfezioni, alla pulizia delle stalle e all'evitare «l'accumularsi del letame negli abitati»⁸⁸. «Ma – sosteneva il prefetto – la premura principale si rivolse a diffondere nelle popolazioni la cura dell'igiene personale». Per quanto riguarda le «disinfezioni» furono «abbondanti e accurate nelle case dove si verificarono decessi ed in quelle pure dove si ebbero casi di malattie, facendo specialmente porre calce viva nelle sputacchiere, ordinando abbondanti lavature della mani degli infermi e dei loro assistenti con soluzione di lisofornio, curando la disinfezione della biancheria degli ammalati con soluzione di sublimato»⁸⁹. Vennero poi organizzate tre squadre di «disinfettatori» e inviate nei centri più bisognosi, come Mussomeli, Mazzarino e Castrogiovanni. La situazione migliorò alla fine del mese, come riscontrò la commissione inviata dal ministero che giudicò addirittura «elevato e di piena fiducia nel governo»⁹⁰ il sentimento collettivo.

A Trapani e in provincia l'azione di contenimento del morbo fu portata avanti di concerto dalle autorità sanitarie locali, che si servirono anche di otto militari presenti nel comune. L'azione della municipalità rinforzata si rivolse alla bonifica delle abitazioni, soprattutto quelle dei quartieri più poveri in cui il sovraffollamento e le condizioni igieniche erano peggiori. Particolare attenzione venne rivolta ai «cortili più luridi» e umidi, ai caseggiati più vecchi, a quelli in pessimo stato. Facendo leva sulla collaborazione delle autorità sanitarie, il medico provinciale promosse una attenta opera di informazione sulle misure per arginare il contagio, attraverso l'affissione di «manifesti murali, con foglietti volanti a stampa, con istruzioni riprodotte sul retro delle ricette»⁹¹. Vennero distribuiti disinfettanti alle famiglie degli ammalati e istruzioni su come utilizzarli. In particolare vennero destinati a tale uso 880 chili di «cloruro di sodio e sublimato» e altrettanti di «acido fenico grezzo e olio di catrame con fenoli». Ad Alcamo e Marsala furono distribuiti dei foglietti in cui si raccomandava di «avvicinare i malati il meno possibile». Veniva indicato di «disinfettare sempre, e al più presto, tutti i fazzoletti, le pezzuole, le biancherie del letto e personali del malato». Occorreva, poi, «fare sputare i malati in sputacchiere, o in scodelle, o in piatti, in urinali contenenti soluzioni di acido fenico o di creolina, oppure un poco di calce spenta». Quanti assistevano i contagiati dovevano «fare sciacqui della bocca e delle fauci con acque disinfettanti, come acqua con tintura di jodio (a 10 gocce in mezzo bicchiere d'acqua), acqua fenicata (5 gocce in un bicchiere d'acqua), ecc., secondo le prescrizioni dei dottori». Bisognava poi «lavarsi le mani con soluzione disinfettante (sublimato corrosivo all'uno per mille) ogni volta che si entrava in contatto con l'ammalato. Per disinfettare la biancheria bastava «farla bollire per circa dieci minuti in acqua, oppure lasciarla immersa per qualche ora in soluzione di sublimato corrosivo al due per mille, o di creolina (dodici cucchiaini della creolina dell'Ufficio Municipale di Igiene in un secchio d'acqua), o di acido fenico al 5 per cento»⁹².

Per andare incontro alle esigenze alimentari della popolazione trapanese venne realizzata una cucina pubblica che «giunse a distribuire fino a 700 razioni di brodo e carne

⁸⁸ Ivi, p. 10.

⁸⁹ Ivi, pp. 11-12.

⁹⁰ ACS MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 191 bis, "Commissione ispettiva mista. Rapporti", *Commissione Ministeriale Ispettiva, telespresso*, 29 ottobre 1918.

⁹¹ Ivi, p. 10 [non numerata].

⁹² ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 245, f. "Trapani, Epidemia influenzale", *Ufficio Municipale d'Igiene in Alcamo. Avviso al pubblico*, 1 ottobre 1918.

giornalmente durante l'acme dell'epidemia». Il risultato fu così gradito dalla popolazione che si valutò di mantenere il servizio anche in seguito. Pure negli altri comuni si distribuirono «maggiori assegnazioni di carne sul contingente ordinario». Più problematico fu reperire il latte necessario, «in una provincia in cui non esiste una vera e propria industria casearia e lattaiia». La politica adottata dalla prefettura, di concerto con le amministrazioni comunali, fu di agevolare i centri urbani «ove la popolazione inurbata meno poteva giovare, al riguardo delle risorse della campagna» rifornendo gli spacci municipali «di una conveniente quantità di latte ragguagliato ad un litro per malato». Così Trapani fu rifornita di 400 litri di latte al giorno, in 9 spacci; Marsala 200 litri in 3 spacci; Alcamo 200 litri in 2 spacci; Castellamare del Golfo 100 litri in 2 spacci. Anche la disponibilità di uova rappresentò un problema, soprattutto per alcuni centri come Alcamo, dove il fabbisogno non era pari alla disponibilità. Qui vennero inviate diverse spedizioni di «farine di leguminose» e «semolino di riso» ai convalescenti, accompagnate «con una nota illustrativa» sul valore alimentare dei prodotti. Le misure cercavano di arginare il dilagare dei contagi che, a ottobre, colpì duramente Calatafimi, Marsala, Salaparuta, Gibellina, Favignana. Per far fronte alla situazione vennero ridotte le visite in carcere e negli istituti di beneficenza, contenute le celebrazioni religiose, chiusi i cinema e i teatri ad Alcamo, Castelvetro, Trapani e Mazara. Fu rinviata l'apertura delle scuole e posticipati gli esami previsti per l'autunno del 1918. Particolare attenzione venne poi riservata ai servizi di pulizia stradale, in particolare per contenere la sollevazione delle polveri⁹³. Secondo la Prefettura le misure adottate erano riuscite a contenere i contagi e a fine ottobre la situazione era migliorata, come mostravano le flessioni delle prescrizioni mediche presso le farmacie.

La gestione della pandemia in Sicilia fu per molti versi il riflesso di una più generale confusione che aveva contraddistinto la situazione globale. Il risultato fu una molteplicità di tentativi, misure, soluzioni, adottate in ordine sparso sui territori. Se formalmente ci si richiamò alle indicazioni delle istituzioni centrali, come quelle della Direzione Generale della Sanità Pubblica, nei fatti si operò sulla base delle esigenze locali, senza un reale coordinamento che andasse al di là dei confini provinciali. Spesso, anzi, senza una chiara definizione, anche all'interno delle province, delle competenze, delle funzioni e dei poteri attraverso cui amministrare la sanità. Ciò si concretizzò in una continua negoziazione tra le indicazioni provenienti dal centro, in particolare sugli aspetti scientifici, le istanze delle autorità militari, da cui dipendevano buona parte delle risorse umane dislocate, e i territori. La tensione non giovò alla gestione dell'emergenza pandemica e provocò continue denunce e ingerenze tra i diversi organi.

I prefetti, anche grazie al decreto 1311/1915, che aveva ampliato i loro poteri in tema di tutela della salute pubblica, assunsero un ruolo paragonabile a quello svolto dall'esecutivo a livello centrale e, di fatto, gestirono e coordinarono l'emergenza in autonomia, recependo e trasmettendo ai sindaci gli indirizzi e le direttive della autorità centrale. In tale compito ebbero l'ausilio dei medici provinciali, figure che le fonti ci restituiscono nella loro centralità operativa, la stessa che evidentemente fu motivo di critica quando non ritenuta all'altezza dell'emergenza. Il resto del segmento sanitario emerge in maniera meno chiara dalle fonti, vuoi per la tipologia dei documenti, vuoi per la confusione generata dal contesto bellico. L'assenza di un vaccino accelerò le sperimentazioni di rimedi diversi, terapie spesso poco efficaci quando non dannose. D'altra parte, come abbiamo visto, soprattutto fuori dalle città, impazziva il ricorso ai

⁹³ Ivi, b. 245, f. "Trapani, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura della Provincia di Trapani, Relazione. Epidemia d'influenza 1918*, 31 dicembre 1918.

flebotomi e i salassi venivano praticati anche a scopo preventivo, tanto che dovettero essere emanate apposite ordinanze per limitarne – ma non cancellarne – il ricorso⁹⁴. Una medicina popolare che spesso declinava in superstizione e il cui ricorso sovente aggravava i casi influenzali lievi, rendendoli letali. Fu proprio la diffidenza verso gli organismi sanitari da parte della popolazione a rendere più gravoso il compito di tracciare la diffusione dell'epidemia e quindi di adottare idonee misure per circoscriverla. Tutto ciò era indicativo delle resistenze che gli strati popolari opponevano alla cultura medica e alle prescrizioni della scienza, a vantaggio di pratiche e credenze che affondavano le loro radici in una storia di lungo periodo. L'inaffidabilità sui dati dell'epidemia era poi ulteriormente aggravata dalla scarsa preparazione di molti medici e dalla difficoltà di diagnosticare il morbo, soprattutto nel caso degli asintomatici.

Tali lacune ebbero dei naturali riflessi sulla definizione diagnostica del morbo e ancora ad agosto del 1919 la Direzione generale della Sanità Pubblica chiedeva all'Ufficio internazionale di Igiene notizie «riguardo alla patologia, etiologia e profilassi dell'influenza»⁹⁵. Era il segnale più evidente di un persistente disorientamento globale, di cui la realtà siciliana fu in parte il riflesso, solo su una scala diversa.

⁹⁴ ACS, MI, DGSP, Atti amministrativi 1910-1920, b. 222 bis, f. "Girgenti, Epidemia influenzale", *Regia Prefettura di Girgenti – Consiglio Provinciale Sanitario, prot. 11454, Div. Sanità*, 16 novembre 1918.

⁹⁵ ACS, MI, DGSP, 1915-1920, b. 1910, *Laboratorio di micrografia e batteriologia, Atti amministrativi, Oggetto: Ufficio Internazionale di igiene, n.1-21/1094*, 16 agosto 1919.

Storia epidemiologica del “morbo crudele” (1918-20).
Studi di caso su esordio, sorveglianza e profilassi dell’influenza spagnola
(gli Stati Uniti)

MICHELE ROMANO

Introduzione

Molto è stato scritto, soprattutto nell’ultimo decennio, sul “morbo crudele”, ossia l’epidemia di spagnola¹, la grave sciagura, innanzitutto per perdite umane, scatenata da un agente infettivo, un virus influenzale di tipo A (di cui si dirà meglio più avanti), uno dei patogeni più virulenti che da sempre causa nell’uomo le malattie più gravi, perciò insolitamente fatale, che dilagò su scala intercontinentale in tre ondate successive per quasi due anni e mezzo, dall’inverno del 1918 alla primavera del 1920.

In Italia, le iscrizioni funebri “morbo crudele” o “fiero morbo”, con riferimento prevalente, ma non esclusivo, alla morte provocata dall’influenza spagnola, erano d’uso abbastanza diffuso sulle lapidi cimiteriali di coloro che, appunto, ne furono considerate vittime. Tale nesso fu stretto ma non aderentissimo perché, nel periodo qui considerato, non rientrando la sconosciuta influenza spagnola nel novero delle malattie endemiche attentamente monitorate dal Consiglio superiore di sanità del Regno d’Italia (e cioè peste, colera, vaiolo, malaria ecc.), e non essendo stato ancora introdotto nel diritto italiano il principio di malattia infettiva a denuncia obbligatoria, è plausibile ipotizzare che al di fuori di contesti ospedalieri e clinici come, per esempio, le famiglie, gli orfanotrofi, i collegi, le carceri ecc., la convinzione, sostenuta o meno dall’accertamento formale o informale del medico condotto, che un determinato decesso fosse avvenuto a causa dell’influenza spagnola, in non pochi casi tale convincimento potrebbe essere stato l’effetto congiunto di una penetrante cultura del lutto automatizzato – alimentata dalla crisi epidemica che si sommava tragicamente alla mortalità per malattie endemiche – e

¹ Sulle varie denominazioni dell’epidemia, riporto qui di seguito l’efficace sintesi di Roberto Bianchi: «L’influenza fu indicata con nomi diversi nei vari paesi e nei vari tempi del suo sviluppo. [...] Visto il fallimento della guerra lampo del 1914, nella Germania del 1918 fu chiamata “Catarro lampo”, e in seguito “pseudoinfluenza”; in Francia venne indicata inizialmente come “febbre di Parma”; “febbre delle Fiandre” in Inghilterra; “malattia bolscevica” in Polonia; “febbre di Bombay” a Ceylon; “di Singapore” a Penang; a Cuba e nelle Filippine era il “trancazo”, ovvero un “colpo inferto con un pesante bastone”; in Ungheria la “sferza nera”; nella Svizzera francofona era la “civettuola”, la *coquette* nel suo doppio senso, che elargiva doni a caso; in Siam “la grande febbre fredda”; in Senegal l’“influenza brasiliana”; in Brasile la “tedesca”; in Rhodesia “influenza dell’uomo bianco”; in Persia la “britannica”; in Danimarca era la “febbre dal Sud”; per i giapponesi era l’“influenza da sumo”, perché il primo focolaio si sviluppò durante un torneo sportivo. Un giornale di Freetown (Sierra Leone) la indicò come malattia *manhu*, termine che in ebraico significa “che cos’è?”. Invece in Spagna fu denominata “soldato di Napoli”. In quel periodo a Madrid lo spettacolo più famoso era *La canción del olvido* (La canzone dell’oblio) che conteneva una canzone di successo: *Il soldato napoletano*, per l’appunto. Ma le condizioni generali imposte dalla guerra mondiale avrebbero fatto associare in modo indissolubile e per sempre il nome della Spagna, e non quello di Napoli, alla pandemia. [...] Tra Londra e Parigi si parlò di *Spanish Lady* e *Spanish Tart*, evocando prostitute spagnole e malattie veneree. La guerra non era ancora finita che quella influenza era ormai divenuta la febbre spagnola». R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, saggio introduttivo a F. CUTOLO, *L’influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, I.S.R.Pt Editore, Pistoia 2020, pp. 15-16.

delle allora molto scarse conoscenze eziopatogenetiche riguardanti la spagnola; una combinazione, questa, che oltretutto portava spesso, e dunque erroneamente, come si sta per dire, all'iscrizione funebre di cui sopra². Pertanto, anche gli esiti letali di stati morbosi in cui si fosse verificata la concomitanza di sintomatologie più o meno riconducibili all'influenza, e comunque tanto generiche e ambigue da non escludere la coesistenza di più agenti patogeni, in definitiva sarebbero stati attribuiti esclusivamente alla epidemia di spagnola per l'inefficienza strutturale dei sistemi di osservazione sanitaria di quel tempo e, nel caso specifico della nuova patologia influenzale, dell'inadeguatezza del metodo diagnostico ipotetico-deduttivo dovuta all'insufficienza dei possibili esami obiettivi utili al rimodellamento dell'ipotesi clinica e quindi all'innalzamento del grado di certezza³.

Questo lavoro propone qualche elemento aggiuntivo di conoscenza e suggerisce alcuni spunti di riflessione nell'ambito dell'ampio panorama di approcci metodologici al tema delle ondate influenzali del 1918-20 e nel conseguente dibattito storiografico che si è all'improvviso vivacizzato per due motivi fondamentali che, tra l'altro, hanno finito casualmente e sotto molti aspetti quasi per sovrapporsi: il primo è stato il centenario dalla manifestazione brusca e violenta dell'influenza spagnola, che attorno al biennio 2018-20 ha sollecitato, soprattutto in Europa e in Nord America, un po' meno intensamente in altre parti del mondo, un grande numero di pubblicazioni⁴; il secondo motivo, che ha impattato drasticamente sul contesto scientifico e culturale internazionale approntato dal primo, la terribile pandemia da Covid-19, il 30 gennaio 2020 dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) «emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale»⁵, poco più tardi, il successivo 11 marzo, «situazione pandemica»⁶ e agli inizi del maggio 2023 considerata ufficialmente terminata come emergenza sanitaria pubblica di interesse globale⁷. Di conseguenza, la mescolanza, la reciproca integrazione

² Oggi, sul territorio nazionale, di lapidi con le iscrizioni “morbo crudele” o “fiero morbo” ne sono rimaste poche e di difficile censimento soprattutto per quantità, soppressioni, decentramenti e accentramenti amministrativi ecc., che nel tempo hanno interessato tanto le strutture cimiteriali quanto le varie circoscrizioni comunali da cui dipendono. In particolare, oltre agli sporadici casi di conservazione legati allo status di bene culturale assunto formalmente dai cimiteri considerati monumentali e storici, si mantengono quelle riguardanti le salme che, più di un secolo fa, furono tumulate o inumate in sepolture private a concessione perpetua o in cappelle private e gentilizie per le quali negli anni successivi è stata possibile la deroga, eventualmente anche in eccesso alla durata massima di 99 anni, della perpetuità (solo in specifici casi revocabile *ex lege* dalle autorità locali), in quanto, come disposto dal D.P.R. 285/1990, *Regolamento di polizia mortuaria*, concessioni rilasciate prima dell'entrata in vigore dell'abrogato D.P.R. n. 803/1975 riguardante tali disposizioni in materia.

³ Sul concetto di certezza diagnostica cfr. per tutti A. CARTABELLOTTA, *Ragionamento diagnostico, Evidence-based Medicine e linee guida*, in «Riv Med Lab - JLM», Vol. 2, S. 1, 2001, pp. 26-30, disponibile all'URL: <https://www.sipmel.it/it/riviste/articolopdf.php/361> (ultimo accesso il 5 luglio 2025).

⁴ Si veda quanto riporta M. HONIGSBAUM, *The “Spanish” Flu and the Pandemic Imaginary*, in «*Isis. A Journal of the History of Science Society*», vol. 114, n. S1, September 2023, *Bibliographic Essays on the History of Pandemics: An IsisCB Special Issue*, (<https://doi.org/10.1086/726984>), soprattutto nella bibliografia alle pp. 155-161.

⁵ CAMERA DEI DEPUTATI, *Temi dell'attività parlamentare, Documentazione di inizio legislatura, XIX Legislatura, L'emergenza Covid-19*, consultabile all'URL: https://temi.camera.it/leg19DIL/area/19_1_37/1-emergenza-covid-19-34.html (ultimo accesso il 17 giugno 2025).

⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*, consultabile all'URL: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (ultimo accesso il 21 giugno 2025).

⁷ EUROPEAN MEDICINES AGENCY, Science Medicines Health, *Coronavirus disease (COVID-19)*, consultabile all'URL:

e l’ibridazione degli studi mono e interdisciplinari sui due eventi lontani un secolo l’uno dall’altro, ma entrambi straordinari specialmente per mortalità e quindi per ogni livello, istituzione e forma della vita associata, rendono ancora adesso davvero difficile, specificatamente per l’epidemia di spagnola, un’operazione di sintesi interpretativa e metodologica che sia – al di là dell’intrinseca perfettibilità di qualsiasi ricerca di storia – ampiamente condivisa già solo per i criteri che orientano la scelta, il trattamento e l’interpretazione delle fonti.

Catastrofe, lutto e oblio

Intanto, da un punto di vista della produzione storiografica e della letteratura scientifica in generale, benché nel corso della storia dell’umanità di epidemie influenzali, cioè le manifestazioni frequenti e localizzate di infezioni respiratorie acute, o verosimilmente di pandemie, così definite quando la diffusione di questo tipo di patologie coinvolge più continenti o comunque vaste aree del mondo, ne siano state registrate parecchie e siano pure apparse con una certa regolarità, certo è che tra queste a dominare è senz’altro l’influenza spagnola. Mark Honigsbaum, studioso della City University di Londra ed esperto in materia di bibliografia sull’argomento, ha recentemente sostenuto che ciò è conseguenza tanto degli studi di epidemiologia storica quanto delle analisi statistiche retrospettive, che insieme hanno contribuito a rendere la spagnola il caso di riferimento per la misurazione con metodo comparativo delle altre pandemie influenzali o respiratorie verificatesi specialmente in età contemporanea, compresa, ovviamente, l’ultima da Covid-19⁸. Il risultato complessivo è che la spagnola condiziona in modo preponderante «l’immaginario pandemico» del nostro XXI secolo, e ha alimentato e continua ad alimentare perlomeno

sei distinte aree tematiche all’interno della storiografia sull’influenza Spagnola H1N1. Tra queste, scritti medici che tentano di rileggere a ritroso la storia dell’influenza Spagnola per “imparare” le “lezioni” di sanità pubblica utili alla mitigazione di future pandemie, e scritti ecologici in cui l’influenza è vista come il paradigma di una malattia infettiva emergente e un modello per la genesi di epidemie e pandemie da serbatoi zoonotici. Dal 1997, gli studi accademici riflettono anche una crescente interdisciplinarietà, in cui la bioarcheologia e le tecniche di datazione molecolare hanno fornito nuove informazioni sulla storia dell’influenza e sulle origini evolutive dell’influenza Spagnola, avvicinando le scienze della vita alle discipline umanistiche, mediche e ambientali. Queste intuizioni scientifiche hanno stimolato scritti sia accademici che divulgativi sull’influenza Spagnola, rendendo la sua caratterizzazione come “pandemia dimenticata” quasi un ossimoro. In effetti, se non altro, il centenario dell’influenza Spagnola nel 2018 e la pandemia di COVID 2019-2023 hanno provocato un rinnovato interesse per diversi temi [...], in particolare, gli scritti di storici sociali della medicina, storico-culturali e demografici delle malattie⁹.

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19> (ultimo accesso il 18 giugno 2025).

⁸ M. HONIGSBAUM, *The “Spanish” Flu and the Pandemic Imaginary*, in «*Isis. A Journal of the History of Science Society*», cit., p. 143.

⁹ *Ibidem* (la traduzione è mia).

A quanto pare, considerando tutto ciò che è stato scritto da quando si cerca di raccontare con metodo scientifico la storia della nostra specie, non c'è dubbio che quella di spagnola sia stata la seconda pandemia in valori assoluti per virulenza e tasso di letalità; più del Covid 19, che nel mondo ha fatto pressappoco sedici milioni di vittime, e meno solo della peste nera di metà Trecento, che probabilmente in Europa di morti ne fece tra venticinque e trenta milioni e complessivamente nel mondo, dal 1346 al 1353, in base però a calcoli molto più approssimativi, circa duecento milioni, in pratica il 60% della popolazione globale¹⁰. Secondo stime attuali, infatti, la spagnola avrebbe infettato mezzo miliardo di persone, su quasi due di popolazione mondiale, uccidendone oltre cinquanta milioni¹¹. Ma questo è ciò che affermano alcuni scrittori, perché altri invece sostengono che gli infettati di spagnola siano stati suppergiù un miliardo, quindi la metà di tutti gli esseri umani al tempo sulla terra, e le vittime all'incirca ventuno milioni, che però diventerebbero quaranta o addirittura quasi cento se si potessero considerare le statistiche, che comunque a quanto pare non ci sono, di Asia, Africa e Sud America, continenti in cui le condizioni igienico-sanitarie di sicuro aggravarono moltissimo l'impatto della malattia sulla popolazione¹².

Con i numeri, dunque, sia in termini assoluti che – ed è anche peggio – relativi, si è molto lontani da una convergenza degli studi attorno a valori più o meno stabilizzati; e ciò significa, quanto meno: o che non c'è corrispondenza nei processi di reperimento e critica delle fonti, e che qualcuno di essi è perfino scorretto; o che certi strumenti di misurazione non sono statisticamente affidabili, né idonei, né ragionevolmente approssimativi; o che più di approcci autenticamente ispirati all'interdisciplinarietà si tratti in realtà di una mera funzione ausiliaria, neanche complementare, di varie conoscenze specialistiche rielaborate e oltremodo semplificate, fino all'inesattezza, dalle pratiche divulgative di emergenti campi professionali, come il giornalismo scientifico, e ritagliate sui temi d'attualità a seconda delle temperie culturali; o tutte queste cose insieme e poi altre ancora.

D'altronde, se ciò avviene sul piano quantitativo del tragico bilancio delle vite umane stroncate dalla malattia, non va meglio da una prospettiva qualitativa, come nel caso della storia culturale, vale a dire dei modi in cui si cercò di comprendere e dunque di superare la catastrofe prodotta dalla spagnola, lo sforzo di darle un «senso», di attribuirle un significato; qualcosa di simile, insomma, a ciò che si è cercato di fare, sempre per restare a un esempio, che però ha molto a che vedere con il tema di queste pagine, quando c'è stato bisogno di fare i conti con la carneficina provocata dal primo conflitto mondiale¹³. In effetti, studiosi autorevoli hanno insistito sui processi di oblio sociale e culturale che hanno coinvolto la memoria della pandemia del 1918-20, a lungo dimenticata nella

¹⁰ Cfr. R. ARCANO, A. CAPACCI, G. GALLI, *Salute della popolazione, i trend globali*, in «Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani», Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 17 maggio 2024, p. 3, consultabile all'URL:

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-Salute%20della%20popolazione%20i%20trend%20globali.pdf> (ultimo accesso il 19 luglio 2025).

¹¹ Cfr., per tutti, M. FLORES, *Il mondo contemporaneo. 1945-2020*, il Mulino, Bologna 2021, p. 482, e M. S. Salvini, *Globalizzazione: e la popolazione? Le relazioni fra demografia e mondo globalizzato*, Firenze University Press, Firenze 2021 (DOI: 10.36253/978-88-5518-439-7), p. 77.

¹² Rimando, per tutti, a N.P.A.S. JOHNSON, J. MUELLER, *Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 "Spanish" Influenza Pandemic*, in «Bulletin of the History of Medicine», 76, n. 1, febbraio 2002, pp. 105-115 (<https://dx.doi.org/10.1353/bhm.2002.0022>); R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, cit., p. 19.

¹³ Cfr. J. WINTER, *Il lutto e la memoria. La Grande Guerra nella storia culturale europea*, il Mulino, Bologna, 2014, su cui si dovrà tornare più volte.

congerie dell’immaginario pandemico moderno al punto che non è noto, o forse non è stato mai ufficialmente censito perché abbandonato e trascurato in chissà quale sperduto luogo della terra, un qualche genere di monumento commemorativo pubblico¹⁴ (al contrario di quanto sta accadendo per la pandemia di coronavirus¹⁵) che non sia la lapide funeraria individuale o collettiva con epigrafe di cui si è detto all’inizio.

In netto contrasto con la miriade di *lieux de mémoire* (per usare la famosa espressione di Pierre Nora) che commemorano la Grande Guerra del 1914-18, che Jay Winter ha giustamente definito “luoghi della memoria, luoghi del lutto”, la Grande Influenza del 1918-19, messa in ombra, può essere considerata un *lieu d’oubli*, un regno dell’oblio. Tuttavia, questo concetto intrigante, che è stato occasionalmente evocato negli studi sulla memoria senza essere adeguatamente concettualizzato, non significa un vuoto. Il paradosso di un episodio ricordato come se fosse stato dimenticato è di per sé un’indicazione che non vi è stato un oblio totale. Anzi, l’evidenza di numerosi ricordi trascurati della pandemia chiarisce che non si è trattato di un semplice caso di “amnesia collettiva”. Questa complessità può essere meglio interpretata come una combinazione di “oblio sociale” e “oblio culturale”, entrambi implicanti forme sottili di ricordo. L’oblio sociale ruota attorno alla dissonanza tra il silenzio nella sfera pubblica e la persistenza di ricordi privati e locali meno evidenti. L’oblio culturale si riscontra nella marginalizzazione di rappresentazioni che rimangono in gran parte sconosciute al di fuori dei canoni artistici e letterari. Queste dinamiche mnemoniche si manifestano attraverso una percepibile assenza, che, se analizzata, rivela molteplici memorie oscurate da un prolungato disinteresse ufficiale. A loro volta, i momenti di riscoperta possono risvegliare l’interesse pubblico e contrastare tale oblio, riportando alla ribalta memorie precedentemente trascurate¹⁶.

Le più recenti ricostruzioni storiografiche del contagio di spagnola, nella scia delle suggestioni appena citate, hanno cercato di raccontare e spiegare perché quella che è stata certamente la più grande pandemia influenzale del XX secolo sia stata ignorata¹⁷, e quasi sempre, in fondo, lo si è fatto riecheggiando quanto ha scritto in modo molto meditato, forse solo meno analitico se comparato ad altre specifiche indagini, uno studioso come Jay Winter¹⁸. Egli ha individuato il principale motivo di questa grande amnesia, di questa

¹⁴ Per qualche traccia di scala locale nello specifico caso italiano si veda F. CUTOLO, *L’influenza spagnola del 1918-1919...*, cit., p. 26.

¹⁵ In Italia, per esempio, oltre alle inaugurazioni di vari monumenti in linea con quanto sta accadendo nel resto mondo, la Legge n. 35 del 2021 dispone la *Istituzione della Giornata nazionale in memoria delle vittime dell’epidemia di coronavirus*; recita l’Art. 1: «La Repubblica riconosce il giorno 18 marzo di ciascun anno quale Giornata nazionale in memoria delle vittime dell’epidemia di coronavirus, [...], al fine di conservare e rinnovare la memoria di tutte le persone decedute a causa di tale epidemia». GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, Serie Generale, n. 167, Anno 162°, Roma, giovedì 18 marzo 2021, p. 1, consultabile all’URL:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/03/18/67/sg/pdf> (ultimo accesso il 20 giugno 2025).

¹⁶ G. BEINER, *Conclusion. Rediscovering the Great Flu between Pre-Forgetting and Post-Forgetting*, in ID. (a cura di), *Pandemic Re-Awakenings: The Forgotten and Unforgotten ‘Spanish’ Flu of 1918-1919*, Oxford University Press 2022 (<https://doi.org/10.1093/oso/9780192843739.003.0001>), p. 346 (la traduzione è mia).

¹⁷ Per esempio, R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, cit., pp. 7-21.

¹⁸ Jay Winter, come ebbe a dire George L. Mosse, ha scritto un libro indispensabile per la nostra comprensione della Grande Guerra, e che, si può senz’altro aggiungere, potrebbe aiutare molto, come si vedrà qui, poco più avanti, nella ricostruzione dell’impatto culturale della pandemia di spagnola: cfr. J. WINTER, *Il lutto e la memoria...*, cit.

difficoltà nell'inserire un momento così difficile in una narrazione che avesse un significato, nel davvero spaventoso contesto storico della Prima guerra mondiale, «out of social agency, out of mind»¹⁹. In altri termini, anche sul piano della memoria collettiva sarebbe stata la contiguità tra guerra e pandemia a spostare verso la prima, verso i suoi sconvolgimenti e le sue immediate conseguenze, «i nostri orientamenti storici, la nostra galleria di eroi e di cattivi»²⁰.

In questa prospettiva assume valore emblematicamente paradigmatico il caso, ricordato proprio da Jay Winter, che riguarda la morte provocata dalla spagnola del poeta Guillaume Apollinaire, nato a Roma nel 1880 da un italiano e da una nobildonna polacca ma culturalmente cresciuto in Francia, nazione in cui avrebbe risieduto stabilmente dal 1902 e dove nel 1914 si sarebbe volontariamente arruolato, ottenendo poi per ricompensa la cittadinanza francese. Nel 1916, ferito al capo in combattimento, Apollinaire riuscì a guarire grazie a un intervento di craniotomia e a una lunga degenza in un ospedale militare, ma a guerra quasi conclusa perse la vita per avere appunto contratto l'influenza. Come ha raccontato il poeta e scrittore svizzero, naturalizzato francese, Blaise Cendrars, anch'egli riformato e mutilato di guerra (nel 1915, per gravi ferite in battaglia, aveva perso il braccio destro), una domenica d'inizio novembre del 1918 pranzò con l'amico e compagno d'armi Apollinaire a Montparnasse, e discussero molto, soprattutto dell'«argomento del giorno, l'epidemia di influenza spagnola che aveva fatto più vittime della guerra». Il venerdì della settimana successiva, Cendrars venne casualmente a sapere che Apollinaire era stato colpito dall'influenza, perciò si recò subito presso di lui per accertarsi delle condizioni in cui versava, trovando infetta pure la moglie di Guillaume, Jacqueline, anche se in modo non grave «come il marito, che giaceva “tutto nero” e immobile. Cendrars si precipitò a cercare un medico, a parere del quale era troppo tardi per fare qualcosa. La sera dopo, il sabato 9 novembre, Apollinaire moriva»²¹. È difficile non essere d'accordo con Jay Winter quando afferma che nella cronaca di questa tragica vicenda è di straordinario interesse, ai fini del ragionamento che qui si sta facendo, e quindi al di là dell'indiscusso valore di un'opera – quella di Cendrars – che nel complesso ha esercitato una forte influenza sulle avanguardie artistiche e letterarie di inizio '900, proprio il resoconto che lo scrittore ci ha lasciato del funerale dell'amico Apollinaire:

Dopo l'assoluzione finale, la bara lasciò la chiesa di San Tommaso d'Aquino, avvolta in una bandiera, con l'elmetto da tenente di Apollinaire posto sul tricolore, tra mazzi di fiori e ghirlande. Una guardia d'onore, un drappello di soldati con le armi sul fianco, guidava il lento corteo, la famiglia dietro il carro, la madre, la moglie in gramaglie, povera Jacqueline, sfuggita all'epidemia, che s'era portato via Guillaume, ma era ancora debole, gli amici intimi di Apollinaire, il principe Jaztrebsoff, Serge, sua sorella, il barone d'Oettingen, Max Jacob, Picasso, tutti gli altri amici di Guillaume [...], tutta la Parigi delle lettere, delle arti, la stampa. Ma non appena il corteo raggiunse l'angolo di Saint-Germain venne disturbato da una folla rumorosa che celebrava l'armistizio, uomini e donne che agitavano le braccia, cantavano, ballavano, si baciavano, urlavano forsennatamente il famoso motivetto della fine della guerra:

No, non devi andare, Guillaume

¹⁹ ID., *Preface. History, Memory and the Flu*, in G. BEINER (a cura di), *Pandemic Re-Awakenings: The Forgotten and Unforgotten 'Spanish' Flu of 1918-1919*, p. XXVI.

²⁰ *Ibidem* (la traduzione è mia).

²¹ ID., *Il lutto e la memoria...*, cit., p. 31; Winter recupera questa testimonianza da B. CENDRAS, *Œuvres complètes*, Denoël, Parigi 1964, vol. VIII, pp. 665-671.

No, non devi andare...

Era troppo. E dietro di me udii le vecchie glorie del simbolismo morente, tutti “immortali” poeti oggi dimenticati, che chiacchieravano, discutevano del futuro della poesia, di quel che avrebbero fatto i giovani poeti dopo la morte di Apollinaire, e se la spassavano, quasi fossero venuti a cantar vittoria nella battaglia tra Antichi e Moderni. Era orribile, e provai rabbia, mi sentii assalire dall’indignazione²².

In buona sostanza, che Apollinaire fosse morto di spagnola interessava poco alla Parigi che si apprestava a organizzare ufficialmente, per l’estate successiva, la sfilata della vittoria che, placato finalmente il revanscismo antitedesco, avrebbe attraversato gli Champs Élysées: il drappello d’onore per gli spari di commiato al “poeta della guerra” conferivano solennità al saluto che la cittadinanza parigina gli rivolgeva riconoscendo per un “sacrificio” che essa volle credere avesse avuto a che fare con presunte, fantastiche, valorose imprese militari, quando, in realtà, quella morte era soltanto una misera e triste manifestazione della fragilità umana.

L’intima e profonda sofferenza provocata dal lutto che il conflitto mondiale aveva disseminato ovunque si mescolava al delirio istituzionalizzato per i gloriosi reduci, adesso ricoperti di medaglie al valore militare e croci al merito di guerra, e soprattutto per la morte eroica, che toglieva ogni spazio al decesso, in fin dei conti meno nobile per la nazione, provocato dall’influenza: le cicatrici inferte da un colpo di pistola, di fucile, da schegge di granata, oppure un corpo mutilato, un viso sfregiato, l’andamento straniato degli “scemi di guerra” (come popolarmente venivano chiamati i soldati affetti da “shell shock”, lo shock da granate, oggi chiamato disturbo post traumatico da stress²³) erano le testimonianze inconfutabili dell’epico sacrificio compiuto nell’immane sforzo di difendere la patria e vendicare le antiche offese. La morte per l’influenza era crudele, terribile, ma non eroica. In molte di quelle famiglie, soprattutto europee e nordamericane, che avevano dovuto sopportare la perdita di propri cari a causa della guerra e poi della spagnola, evidentemente agì più forte e in senso olistico la percezione della dimensione consolatoria e salvifica che si sprigionava dalla rappresentazione del lutto nelle forme della commemorazione celebrativa nei luoghi pubblici.

Ma se nell’elaborazione del lutto la forza risanatrice esercitata da questa sorta di “estetica della morte” molto probabilmente può avere un senso per spiegare l’oblio o la rimozione della perdita provocata dalla spagnola nel contesto culturale delle società dei Paesi che la guerra l’avevano vinta, per ovvi motivi non può servire a chiarire come mai accadde più o meno la stessa cosa in quei Paesi che invece la guerra l’avevano persa e che comunque facevano i conti contemporaneamente, tanto nel chiuso dell’intimità familiare quanto negli ambienti pubblici sociali e istituzionali, sia con i caduti inutilmente sui campi di battaglia sia con i tremendi decessi a causa dell’imperversante influenza. Volendo forzare un po’ premesse e asserzioni della prima ipotesi per adattarne la logica argomentativa alla specificità dei Paesi sconfitti, si potrebbe forse congetturare che, in questi ultimi, fame, devastazioni, smembramenti e cancellazioni di antichi confini, conflitti e stermini etnici, inquietudini e revanscismi ecc., addolorarono e infiammarono le coscienze più a lungo e più intensamente di quanto avesse fatto quel già immane carnaio lasciato dagli anni di guerra e che proprio sul finire di quest’ultima fu inasprito

²² Ivi, pp. 662-663, citato in J. WINTER, *Il lutto e la memoria...*, cit., pp. 31-32.

²³ Cfr. Q. ANTONELLI, *Storia intima della grande guerra. Lettere, diari e memorie dei soldati dal fronte*, con dvd del film di Enrico Verra, *Scemi di guerra. La follia nelle trincee* (Italia 2008), Donzelli, Roma 2014.

dall'influenza mortale. Del resto, «come si poteva estendere il termine “sacrificio” fino a includere coloro che morirono su entrambi i fronti senza alcun riferimento alle azioni nemiche? In un certo senso, queste vittime dell'influenza morirono invano, complicando le pratiche del lutto in un momento in cui dovettero adattarsi al nuovo volto della guerra moderna»²⁴.

Al momento, dunque, non sono ancora chiari i motivi della grande amnesia che per un secolo ha interessato l'epidemia di spagnola. Certo è, invece, che la crisi globale recentemente provocata dalla incontrollabile e difficilmente curabile infezione virale da Covid abbia convinto della necessità «di fare spazio alla storia dei fallimenti collettivi, delle storie non eroiche, delle narrazioni in cui i limiti dell'agire umano sono dolorosamente evidenti»²⁵.

Di conseguenza, a ben riflettere, in questo caso il problema non concerne solo il perché l'oblio abbia avvolto la drammatica esperienza dell'epidemia di influenza del 1918-20, ma richiama, innanzitutto, il come adesso vada studiata, il come ora se ne debba fare una storia metodologicamente corretta. C'è bisogno di rivedere quella che qualche storico di professione ha sarcasticamente definito, riguardo appunto a recenti e discutibili proposte di ricostruzione storica dell'epidemia di spagnola, la “superfetazione della conoscenza” che negli ultimi anni si è sprigionata dalla *nouvelle vague* di studi, soprattutto divulgativi e in qualche caso accademici, in cui abbondano strani assemblaggi, stravaganti comparazioni, modelli statistici multivariati di dubbia potenza, eccessi di generalizzazione, omissioni di apparati critici, sensazionalismi, fino alle derive interpretative di una certa *public history*, estranea alla sfera istituzionale della disciplina, che con l'uso pubblico della storia cercano più o meno intenzionalmente di deformare o addirittura di negare il passato.

Sicché, partendo dal presupposto che le fonti sull'epidemia di spagnola si conservano in tre principali e diversi *corpora* documentari, cioè di ambito medico/scientifico/statuale, di storia familiare²⁶, di menzioni e racconti coevi, le pagine che seguono non hanno alcuna pretesa se non quella di sperimentare un approccio – in questa sede assolutamente parziale e limitato – alla prima tipologia di fonti, cioè a quelle informazioni che, al di là di ricordi e di tragedie personali, di spaventosi numeri di morti, di repertori fotografici raccapriccianti e di esperienze di inenarrabile dolore, ci dicono innanzitutto cosa fu realmente l'epidemia di spagnola, in che modo fu governata l'emergenza che provocava, in quali contesti si diffondeva maggiormente, quali sintomi cagionava, in quanti giorni provocava il decesso, se si moriva più *per* o *con* l'influenza, ecc.

²⁴ J. WINTER, *Preface. History, Memory and the Flu*, cit., p. XXVII (la traduzione è mia).

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ In quest'ambito, centinaia di documenti inediti sulla epidemia di spagnola, originariamente conservati negli archivi di famiglia di molti cittadini francesi, sono stati donati a *La Grande Collecte 1914-1918*, l'iniziativa nazionale guidata dalla *Bibliothèque nationale de France* e dalla rete degli *Archives de France*, che si è svolta in due edizioni tra il 2013 e il 2018: nella prima, i cittadini sono stati invitati a recarsi presso gli Archivi nazionali con i propri documenti di famiglia risalenti alla Prima guerra mondiale, a digitalizzarli e a lasciare proprie testimonianze e registi, che sono stati dunque pubblicati sul sito web *Europeana 1914-1918. Progetto di digitalizzazione di fonti storiche sulla Prima guerra mondiale*; con la seconda edizione, invece, i cittadini sono stati incoraggiati a donare le proprie carte di famiglia agli Archivi Nazionali per garantirne la conservazione a lungo termine, e all'appello hanno risposto in circa duecento, da tutta la Francia e anche dagli Stati Uniti d'America. Questi documenti sono liberamente consultabili ai seguenti indirizzi web:

<https://www.europeana.eu/it/collections/organisation/3782-europeana-1914-1918>;

<https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/bd6d2f48446add03a6d765edd51927be9f69eace>

(ultimi accessi il 5 luglio 2025).

In questa prospettiva, non c'è niente di più adeguato dell'osservazione clinica ospedaliera, della comunicazione medica ufficiale e della documentazione statale a fornire risposte scientificamente fondate e quindi validamente utilizzabili nell'ambito della densa articolazione di una ricerca sul tema che dovrebbe essere, per la sua straordinaria complessità, ossequiosa di un paradigma transdisciplinare rigorosamente formalizzato e ampiamente condiviso, ancora tutto da costruire.

Ultime scoperte biologiche, nuove opportunità di ricerca storica ed epidemiologica

Agli inizi del mese di luglio del corrente 2025, un'équipe di ricercatori delle università di Basilea e Zurigo ha pubblicato i risultati riguardanti le ricerche che ha condotto sul genoma del virus dell'influenza spagnola, e il cui obiettivo è stato di chiarire vari aspetti ancora in ombra di quella che è senz'altro la pandemia più studiata al mondo. Per esempio, scrivono i ricercatori, si è spesso ipotizzato che l'evoluzione genetica del suo agente causale, il virus dell'influenza A, abbia svolto un ruolo significativo nell'andamento a ondate ricorrenti di questa pandemia, ma la scarsa disponibilità di genomi del virus del 1918 è stata la ragione principale dell'incapacità di confermare o scartare questa ipotesi; una indisponibilità dovuta soprattutto al fatto che le fondamentali informazioni contenute nei dati epidemiologici storici e nei campioni umidi umani conservati nelle collezioni medico-storiche sono rimaste praticamente archiviate e, inoltre, studi realmente interdisciplinari, per esempio tra biologi ed epidemiologi storici, sono stati veramente rari²⁷.

Storicamente, fu negli anni '30 del '900 che si cominciò a intravedere la possibilità di isolare il virus dell'influenza A, e se da allora le informazioni genomiche sull'influenza del 1918 cominciarono a diventare più accurate e numerose, solamente nel corso dell'ultimo decennio del XX secolo si è cominciato a studiare il materiale biologico risalente a quel tempo, ossia resti di permafrost e campioni patologici fissati in formalina e inclusi in paraffina, cioè il procedimento che dalla fine dell'800 è fondamentale nella preparazione e preservazione di campioni di tessuto organico per la successiva esecuzione di analisi istologiche. Pertanto, già nel 2005 si giunse al sequenziamento di un primo genoma completo e, da allora, il perfezionamento dei metodi di analisi ad alto rendimento ha facilitato l'uso di materiale biologico fissato che è stato utilizzato per generare altri cinque genomi del virus del 1918. Comunque, ancora oggi questi studi restano sporadici, perché il recupero di frammenti della macromolecola biologica virale, cioè l'RNA, dai campioni disponibili è un processo molto difficile²⁸.

Riguardo, dunque, all'evento pandemico del 1918-1920, lo studio dell'équipe di ricercatori ne ha restituito, per il caso specifico della Svizzera, una datazione dettagliata e una circostanziata contestualizzazione proprio sulla base del sequenziamento del genoma che è stato effettuato utilizzando un referto autoptico conservato presso l'Istituto di Patologia dell'ex Ospedale Cantonale di Zurigo (l'attuale Ospedale Universitario di Zurigo). Il campione autoptico fu prelevato nel corso di un'autopsia, disposta dalle autorità competenti in seguito al decesso, per cause inizialmente non del tutto chiare, di

²⁷ C. URBAN ET AL., *An ancient influenza genome from Switzerland allows deeper insights into host adaptation during the 1918 flu pandemic in Europe*, in «BMC Biology», 23, 179 (2025), p. 2, consultabile all'URL:

<https://doi.org/10.1186/s12915-025-02282-z> (ultimo accesso il 1° agosto 2025).

²⁸ *Ibidem*.

un diciottenne, che venne eseguita il 15 luglio 1918, cioè all'inizio in Svizzera della prima ondata di influenza spagnola²⁹.

Tra l'estate del 1918 e la primavera del 1920, il Paese fu colpito da tre o quattro ondate di malattia influenzale, che causarono almeno due milioni di contagi, ossia all'incirca i due terzi dell'intera popolazione, e quasi 25mila decessi (corrispondenti allo 0,67% degli abitanti). Come accadde più o meno dappertutto, dai dati sulla mortalità emerge innanzitutto la fortissima incidenza del numero di giovani vittime, soprattutto uomini, e poi il fatto che l'ondata epidemica più devastante per tutto il Paese fu senza dubbio la seconda, tra l'autunno e l'inverno del 1918, mentre la prima, quella estiva di luglio e agosto, fu meno grave ma solo nella parte orientale della Confederazione. Nel cantone e nella città di Zurigo, l'influenza comparve verosimilmente all'inizio di luglio, quando da alcune fabbriche giunsero segnalazioni di vari focolai della malattia. In realtà, già a giugno di quell'anno, nell'Ospedale Cantonale di Zurigo furono effettuate varie necroscopie su pazienti deceduti la cui morte era stata attribuita principalmente a forme di pneumonite, anche se sui referti autoptici l'indicazione esplicita di decesso causato da polmonite influenzale cominciò a comparire solo dal 9 luglio 1918.

Come si è già accennato, la prima ondata dovette manifestarsi molto probabilmente nelle prime settimane di quel mese, ma non se ne può avere certezza, per esempio con un tracciamento di precisione sulla base dell'incidenza del numero di casi, perché per i medici l'obbligo cantonale di segnalazione dell'influenza fu introdotto solo più tardi, il 25 luglio. Complessivamente, nel corso dell'anno, nel Cantone di Zurigo furono denunciati 2.370 decessi per influenza (4,5 ogni mille abitanti), di cui 920 nel capoluogo. Per la città di Zurigo, inoltre, i ricercatori hanno potuto ricostruire l'andamento settimanale dell'epidemia, che mostra inequivocabilmente la comparsa dell'ondata estiva all'inizio di luglio, comprovata dall'aumento dell'incidenza sia delle malattie sia dei ricoveri ospedalieri. Dalla ricostruzione sembrerebbe che questa prima ondata non sia stata di mortalità così elevata come è accaduto nella Svizzera occidentale, perché in quel periodo l'incremento del numero complessivo di decessi, cioè dovuti a qualsiasi patologia, appare decisamente moderato. Ne deriva che la data del 15 luglio, riguardante, come si è detto, l'esame post-mortem del diciottenne di cui si conserva il campione di tessuto polmonare, risale effettivamente alla fase iniziale della pandemia a Zurigo, cioè al periodo in cui la prima ondata era in crescita e dunque anteriormente all'adozione da parte delle autorità cantonali di misure di contenimento del contagio, che tra l'altro dovettero effettivamente funzionare, perché tra agosto e settembre l'ondata stessa sembrò stabilizzarsi e addirittura ritirarsi verso la fine dell'estate. Ma subito dopo si verificò la fatale e potente seconda ondata autunnale e invernale, seguita dalla terza nei primi mesi del 1919 e dall'ultima nel febbraio 1920, che provocò nuovamente un forte innalzamento della mortalità³⁰.

Semplificando molto, i ricercatori svizzeri hanno stabilito che il cladogramma dell'RNA virale (cioè la rappresentazione grafica delle relazioni evolutive e filogenetiche tra diverse sequenze di RNA) estratto dal campione autoptico analizzato, nella riproduzione della sua evoluzione genetica – da cui si rilevano tre mutazioni associate all'adattamento umano – raggruppa ceppi provenienti dall'Europa continentale e dal Nord America, riconducibili alla prima e alla seconda ondata della pandemia di spagnola³¹.

²⁹ Ivi, p. 7.

³⁰ Ivi, pp. 7-9.

³¹ La colpa di errori, inesattezze, eccessi di semplificazione, è solo mia. Per il resoconto specialistico cfr. ivi, p. 9.

È dunque evidente che le numerosissime collezioni mediche sparse in tutto il mondo rappresentino testimonianze di straordinario interesse per la ricerca storica sui patogeni. Una di queste raccolte è proprio la Collezione di Resti Umani dell’Istituto di Medicina Evolutiva dell’Università di Zurigo, da cui appunto proviene il tessuto umano analizzato dall’*équipe* di ricerca svizzera, che conserva oltre 1.700 campioni umidi fissati in formalina³². Ma ne esistono di più grandi, per esempio la Collezione Patologico-Anatomica presso la *Narrenturm* di Vienna, in cui si conservano oltre 35mila campioni umidi perfettamente curati e documentati³³.

C’è inoltre da aggiungere che il nuovo protocollo introdotto dai ricercatori svizzeri per il sequenziamento dell’RNA del virus A da reperti umidi fissati in formalina non è applicabile solo ai campioni umani provenienti da collezioni mediche, ma può essere utilizzato anche per i resti di animali conservati allo stesso metodo e custoditi nelle collezioni museali, che potrebbero migliorare significativamente la comprensione della trasmissione interspecie di agenti patogeni zoonotici. In effetti, sebbene già dal 1919 i virus influenzali dei maiali e degli uomini siano stati messi in relazione con il virus della pandemia di spagnola attraverso studi sieroepidemiologici³⁴, attualmente non sono disponibili sequenze attendibili del virus dell’influenza A da campioni animali di quel periodo³⁵.

È chiaro, quindi, che per la conoscenza più approfondita dell’evoluzione del virus di quella che nel 1918 fu senza dubbio un’influenza aviaria è necessario identificare più casi nelle raccolte di patologia storica e generare più genomi, che è l’unico modo per comprendere come essa abbia sviluppato gli adattamenti critici alla nicchia umana e quali siano state le rotte, le fasi e gli approdi della sua dispersione intercontinentale.

In conclusione, dallo studio pubblicato dall’*équipe* di ricercatori delle università svizzere di Basilea e Zurigo emergono informazioni importanti e altamente generalizzabili, a partire dalla manifestazione di sintomi, segni e complicanze spontanee della micidiale infezione influenzale del 1918. A quanto pare, infatti, la causa principale dei decessi tra i soggetti affetti da spagnola fu la broncopolmonite emorragica bilaterale, in generale accompagnata da patologie aggiuntive delle vie respiratorie superiori (bronchite, laringite, tracheite), delle vie respiratorie inferiori (versamento pleurico), del cuore (ipertrofia cardiaca, dilatazione dell’aorta) e degli organi digestivi (gastrite)³⁶. La storia medica delle autopsie eseguite da patologi esperti presso l’Ospedale Cantonale di Zurigo durante la pandemia del 1918, ed effettuate su quasi tutti i decessi che vi si verificarono, individua l’influenza come la principale causa di morte in 411 delle 970 necroscopie registrate tra il maggio 1918 e l’aprile 1919, con la polmonite e le alterazioni polmonari ad essa associate come disfunzioni prevalenti, le vittime tutte giovani d’età

³² Cfr. UNIVERSITÄT ZÜRICH, INSTITUTE OF EVOLUTIONARY MEDICINE (IEM), Human Remains Collection, URL:

<https://www.iem.uzh.ch/en/collections/humanremains.html> (ultimo accesso il 2 agosto 2025).

³³ Cfr. Naturhistorisches Museum Wien, Pathological-anatomical collection in the Narrenturm, URL:

<https://www.nhm.at/en/narrenturm> (ultimo accesso il 2 agosto 2025).

³⁴ Cfr. J.S. KOEN, *A practical method for field diagnosis of swine diseases*, in «American Journal of Veterinary Medicine», September, 1919, Vol. XIV, No. 9, pp. 468-470, e A.T. KINSLEY, *Swine plague. Discussion*, in *ivi*, pp. 474-476, consultabile all’URL:

https://archive.org/details/sim_veterinary-medicine_1919-09_14_9/mode/2up (ultimo accesso il 5 agosto 2025).

³⁵ Cfr. C. URBAN ET AL., *An ancient influenza genome from Switzerland ...*, cit., p. 10.

³⁶ *Ivi*, p. 13.

media attorno ai 28 anni e di sesso maschile (62%)³⁷.

La comparsa della spagnola negli Usa e alcune questioni di metodo

In sequenza cronologica, le prime probabili attestazioni ufficiali riguardanti la comparsa dell'epidemia influenzale che, come si è visto nel paragrafo precedente, solo da adesso, cioè sulla base degli studi sul sequenziamento del genoma dell'infezione del 1918 provocata da un virus influenzale di tipo A, potranno essere ricondotte alla spagnola – confermando (o, al limite, smentendo) quella che prima d'ora deve essere considerata appunto solo un'alta possibilità –, furono rilasciate nel 1918 da Rupert Blue, Chirurgo generale degli Stati Uniti, il principale funzionario di sanità pubblica del Paese e capo esecutivo dello *United States Public Health Service* (USPHS), e rimandavano al marzo di quell'anno. Alcuni casi di influenza, al tempo comunemente chiamata *grippe*, soprattutto con riferimento alla febbre catarrale, erano stati segnalati tra gli studenti indiani dell'Haskell Institute (l'attuale Haskell Indian Nations University che si trova a Lawrence, il capoluogo della contea di Douglas nello stato del Kansas), ma si erano poi risolti in pochi giorni, mentre alcune strane febbri verificatesi nei due mesi successivi in altre località erano state ricondotte a tipologie influenzali di tipo lieve. Tuttavia, il grado di allerta era stato innalzato e tra aprile e maggio molti eventi di iperpiressia di natura indeterminata furono segnalati in varie zone, dalla città portuale di Norfolk, in Virginia, allo stato della Louisiana. L'USPHS prese in esame le cartelle cliniche e i referti compilati dai medici che stavano seguendo gli ammalati, e si giunse alla conclusione che si trattava principalmente di un'influenza di tipo lieve e che molto probabilmente non tutti i casi denunciati potevano essere attribuiti alla stessa malattia³⁸. Però, da ulteriori e più approfonditi accertamenti emerse che a fine marzo nella contea di Haskell in Kansas, dove c'erano state le prime insorgenze di accessi febbrili non effimeri, i casi di influenza di tipo grave erano stati diciotto con tre decessi accertati. Agli inizi del novembre successivo, il resoconto di Rupert Blue riportò la dichiarazione formale che un'epidemia di influenza di tipo estremamente fatale si era diffusa in tutti gli Stati Uniti, e che fino a quel momento erano stati segnalati al Servizio Sanitario Pubblico circa 129mila decessi per influenza e polmonite (in tutte le forme)³⁹.

Prima che ciò accadesse, ed esattamente il 28 settembre 1918, il Chirurgo generale aveva pubblicato un articolo dal titolo "*Spanish Influenza*" "*Three-day Fever*" "*The Flu*" in cui informava l'opinione pubblica su quanto stava accadendo nel mondo e negli Stati Uniti⁴⁰.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ «An outbreak of disease among the Indian pupils at Haskell Institute, Lawrence, Kans., was investigated in March, 1918, by Senior Surg. C. E. Banks. The epidemic proved to be influenza (grippe). It was widespread but was checked in two weeks' time. [...] Fevers of an undetermined nature were reported during April and May, 1918, at various points from Norfolk to Louisiana. An examination by the service of the records and reports of the physicians who have treated these cases leads to the belief that these fevers were mainly influenza of mild type. It is possible, however, that all cases reported were not of the same disease». 65TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 1457, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1918*, Government Printing Office, Washington 1918, p. 17, consultabile all'URL: https://www.govinfo.gov/content/pkg/SERIALSET-07478_00_00-002-1457-0000/pdf/SERIALSET-07478_00_00-002-1457-0000.pdf (ultimo accesso il 7 giugno 2025).

³⁹ *Ivi*, p. 268.

⁴⁰ R. BLUE, "*Spanish Influenza*" "*Three-day Fever*" "*The Flu*", in Supplement No. 34 to the «Public

Secondo Blue, la malattia che si stava diffondendo negli Usa e che era chiamata influenza spagnola era riconducibile a un tipo di raffreddore molto contagioso, probabilmente di origine batterica, accompagnato da febbre, dolori al capo, agli occhi, alle orecchie, alla schiena o ad altre parti del corpo e da una forte sensazione di malessere. Nella maggior parte dei soggetti colpiti dall'infezione i sintomi cessavano dopo tre o quattro giorni dalla comparsa della malattia, e la guarigione era sostanzialmente rapida; in alcuni pazienti, tuttavia, essa provocava serie complicanze, come polmoniti, infiammazioni dell'orecchio, meningiti, e molte volte gli aggravamenti conducevano alla morte. Non c'erano ancora evidenze scientifiche in base alle quali si potesse stabilire se la nuova influenza fosse simile alle epidemie influenzali degli anni precedenti. Blue, tuttavia, ancora non considerava tale fatto come eccezionale, e ricordava che molte epidemie influenzali avevano colpito il Paese fin dal 1647, cioè quando proprio dalla Spagna, e in particolare da Valencia, una grave epidemia giunse nelle colonie americane; o, per esempio, nel 1889 e nel 1890, quando un'ondata influenzale, partita da qualche imprecisato luogo in Oriente, si abbatté prima in Russia e da lì si propagò in tutto il mondo civilizzato, per poi riacutizzarsi pericolosamente tre anni dopo. Ogni volta, negli Stati Uniti queste epidemie si diffusero ampiamente. Per il Chirurgo generale non c'era neanche motivo di credere che l'influenza allora in corso, nonostante la denominazione, avesse avuto origine in Spagna; anzi, alcuni studiosi statunitensi che si stavano interessando alla ricostruzione degli eventi, ritenevano che l'epidemia fosse scoppiata in Oriente, dato che i tedeschi erano stati i primi a menzionarla come manifestatasi lungo il fronte orientale già nell'estate e nell'autunno del 1917⁴¹.

Blue avvertiva, però, che non esisteva ancora un modo certo per riconoscere un singolo episodio di influenza spagnola, ma solo la possibilità di ipotizzarne l'individuazione per gruppi di casi: per esempio, sarebbe stato più semplice distinguerla dal raffreddore comune, perché i sintomi generali, cioè febbre, dolore, depressione, di norma non erano così gravi o improvvisi come per l'influenza, e anche la diffusione nella comunità non era tanto rapida ed estesa. Inoltre, a differenza dei contagi di tosse e raffreddore ordinari, che di solito si verificavano nei mesi freddi, le epidemie di influenza potevano verificarsi in qualsiasi stagione dell'anno, e ciò spiegava perché la spagnola avesse imperversato più intensamente in Europa nei mesi di maggio, giugno e luglio⁴². Per l'accertamento dei casi a essa riconducibili avrebbe potuto essere di qualche aiuto, oltre alla *facies* del malato e alla sintomatologia, l'esame del sangue, poiché era stato riscontrato che negli eventi associati di spagnola il numero di globuli bianchi mostrava un aumento minimo o addirittura nullo rispetto alla norma. Si sperava, dunque, che le indagini di laboratorio che si stavano conducendo dal *National Research Council* e dallo *United States Hygienic Laboratory* potessero presto mettere a disposizione del personale medico strumenti efficaci per diagnosi corrette. In quel momento, indipendentemente dalle difficoltà tecniche incontrate dalla ricerca biologica nel tentativo di isolare l'agente patogeno che stava causando l'epidemia, essendo chiaro che la trasmissione dell'influenza da persona a persona avveniva generalmente attraverso l'espulsione nell'aria con tosse, starnuti, discorsi energici ecc., o con la polverizzazione delle secrezioni essiccate rilasciate su pavimenti e marciapiedi da chi ne era stato già colpito, bisognava necessariamente

Health reports», September 28, 1918, Washington Government Printing Office, consultabile all'URL: <https://preserve.lehigh.edu/digital-special-collections/beyond-steel/spanish-influenza-three-day-fever-flu-supplement-no-34#block-lehigh-content> (ultimo accesso il 25 agosto 2025).

⁴¹ Ivi, p. 2.

⁴² *Ibidem*.

adottare misure di prevenzione evitando comportamenti che potessero favorire il contagio⁴³. Qui di seguito alcune delle raccomandazioni divulgate dal Chirurgo generale:

In caso di tosse, catarro o secrezione da occhi e naso, bisogna fare attenzione a raccogliere tutte queste escrezioni su pezzi di garza, stracci o tovaglioli di carta e bruciarle. Se il paziente lamenta febbre e mal di testa, gli si deve dare acqua da bere, un impacco freddo sulla fronte, e una spugna leggera. Si devono somministrare solo i farmaci prescritti dal medico. [...]

Se il paziente si trova in una situazione tale da poter essere assistito solo da qualcuno che deve prendersi cura anche di altri membri della famiglia, è consigliabile che tale assistente indossi una vestaglia, un grembiule o un camice sopra i normali abiti quotidiani mentre si trova nella stanza del malato e che se li tolga quando esce per prendersi cura degli altri. Infermieri e assistenti faranno bene a proteggersi dall'inhalazione di germi patogeni pericolosi indossando una semplice garza o una mascherina quando sono vicini al paziente.

Una persona che ha già avuto l'influenza contrarrà di nuovo la malattia?

È noto che un attacco di morbillo, scarlattina o vaiolo di solito protegge una persona da un altro attacco della stessa malattia. Questo non sembra essere vero per l'influenza spagnola. Secondo quanto riportato dai giornali, il re di Spagna ha subito un attacco di influenza durante l'epidemia di trent'anni fa ed è stato nuovamente colpito durante la recente epidemia in Spagna.

Come ci si può proteggere dall'influenza?

[...] È importante che il corpo sia mantenuto forte e in grado di combattere i germi patogeni. Questo può essere fatto seguendo una corretta combinazione di lavoro, gioco e riposo, mantenendo il corpo ben vestito e mangiando cibo sufficiente, sano e correttamente selezionato. Per quanto riguarda la dieta, è bene ricordare che il latte è uno dei migliori alimenti [...] disponibili sia per gli adulti che per i bambini. Per quanto riguarda una malattia come l'influenza, le autorità sanitarie di tutto il mondo riconoscono la strettissima relazione tra la sua diffusione e il sovraffollamento delle case. Sebbene non sia sempre possibile, soprattutto in tempi come questi, evitare tale sovraffollamento, le persone dovrebbero considerare il pericolo per la salute e fare ogni sforzo per ridurre al minimo il sovraffollamento domestico. L'aria fresca che passa dalle finestre aperte non è sufficiente.

Dove l'affollamento è inevitabile, come sui tram, bisogna fare attenzione a tenere il viso girato in modo da non inalare direttamente l'aria respirata da un'altra persona.

È particolarmente importante fare attenzione a chi tossisce o starnutisce senza coprirsi bocca e naso. Ne consegue anche che bisogna stare il più possibile lontani dalla folla e dai luoghi affollati, mantenere case, uffici e officine ben arieggiati, trascorrere del tempo all'aperto ogni giorno, andare al lavoro a piedi se si può – insomma fare ogni sforzo [...] per respirare quanta più aria pura possibile.

*“Copri ogni colpo di tosse e starnuto,
se non lo fai, diffonderai malattie.”⁴⁴*

Contemporaneamente, la fitta rete informativa di estensione internazionale, supportata dalle connessioni tra uffici diplomatici e consolari, tra l'altro particolarmente impegnativa per la spesa pubblica, consentiva all'USPHS un tracciamento di scala globale dell'andamento delle malattie infettive e il controllo delle minacce epidemiche, un'operazione di fondamentale importanza per un Paese che da almeno mezzo secolo era l'approdo di un enorme flusso migratorio, nonostante i provvedimenti legislativi che

⁴³ Ivi, p. 3.

⁴⁴ Ivi, p. 4 (la traduzione è mia).

tentavano di arrestarlo.

Nel corso del 1918, i circostanziati rapporti del Chirurgo generale confermavano che in nessuna altra parte del mondo in comunicazione con gli Stati Uniti erano stati denunciati episodi anomali di malattie influenzali, e, indubbiamente, fino a oggi non ci sono ragioni validamente documentate per ritenere che le informative ufficiali provenienti dagli altri Paesi fossero fuorvianti, non attendibili o insufficientemente dettagliate.

Per esempio, l'USPHS guardò con speciale attenzione allo stato della salute pubblica nel nostro Paese, constatando che, almeno fino alla fine di giugno di quell'anno, le fonti ufficiali indicavano che in tutta Italia, e a Napoli in particolare, le condizioni sanitarie generali potevano essere considerate soddisfacenti, nonostante le crescenti difficoltà imposte alla popolazione civile dall'emergenza bellica⁴⁵. Agli Stati Uniti le informazioni dall'Italia provenivano dal *Bollettino Ufficiale delle Malattie Infettive*, pubblicato dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, organo del Ministero dell'Interno. A curare – per restare all'esempio – la trasmissione del rapporto sui casi di meningite cerebrospinale verificatisi nelle principali città italiane era il «chirurgo associato facente funzioni» direttive Enrico Buonocore, che dal 1° luglio 1917 al 23 giugno 1918 rilevò in tutto il Paese complessivamente 1.986 infezioni, di cui più della metà registrate a maggio, un numero che confermava la presenza della malattia ma non in proporzioni epidemiche, anche tenendo conto delle migliaia di soldati in transito, mentre l'assenza di statistiche sull'ammontare dei decessi sembrava confermare gli esiti positivi della sieroterapia⁴⁶.

Sotto controllo erano anche il vaiolo, segnalato in molte città italiane e soprattutto a Torino e Palermo (in tutt'Italia 2.504 casi, dal luglio 1917 al giugno 1918, non era disponibile, invece, il numero di decessi), e la febbre tifoide, presente solo in sei città con 35 casi complessivi, ma comparsa all'improvviso e con numerose infezioni in Libia, e più precisamente nei vari campi allestiti per la detenzione dei prigionieri di guerra e dei ribelli e tra la popolazione araba; l'epidemia fu controllata e localizzata con disciplina militare, ma si verificarono molti decessi di cui ancora non erano disponibili le statistiche.

Altrettanto importanti erano gli accertamenti sulle condizioni di salute della popolazione in ingresso sulla Penisola, come avvenne per i circa 700 lavoratori sbarcati a Napoli e provenienti dalle colonie italiane del Nord Africa, che prima di lasciare i porti africani furono vaccinati contro la peste, il colera, il vaiolo e il tifo, e sottoposti a detersione per eliminare i parassiti della pelle; al loro arrivo a Napoli si accertò che la maggior parte di loro era affetta da tracoma, quindi furono nuovamente lavati, i loro bagagli e vestiti disinfettati, tutti assoggettati a quarantena e infine organizzati in gruppi assegnati a diverse città per essere impiegati negli stabilimenti sotto la supervisione del governo italiano⁴⁷.

Le autorità italiane prestavano molta attenzione al transito di genti verso e attraverso il territorio nazionale, e per gli alleati le pratiche da queste adottate garantivano un alto grado di attendibilità dei dati registrati. L'8 luglio del 1917, per esempio, i funzionari sanitari italiani avevano ufficialmente dichiarato che la città portuale di Porto Said, in Egitto, era infetta da peste, e proprio in seguito a questo provvedimento, cui si aggiunsero le informazioni ricevute da Parigi tramite il *Bulletin Mensuel dell'Office International d'Hygiene Publique*, riguardanti la prevalenza della peste ad Aden, Suez e Porto Said, e al caso del piroscafo Sardinia a Londra proveniente dall'Australia con a bordo cinque casi

⁴⁵ Cfr. 65TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 1457, *Annual Report of the Surgeon General ...*, cit., p. 218.

⁴⁶ Ivi, pp. 218-219.

⁴⁷ Ivi, p. 219.

conclamati, il Servizio Sanitario statunitense chiese e ottenne che venisse praticata e accuratamente tracciata la fumigazione per eliminare topi e ratti su tutte le navi dirette negli Stati Uniti via Canale di Suez e Napoli. Le autorità italiane non solo acconsentirono che la fumigazione fosse effettuata già nel porto napoletano, ma «molto saggiamente», come sostenne il Chirurgo generale americano, partendo dal presupposto che i resoconti consolari formali di Atene e del Pireo affermavano costantemente che non erano disponibili registri ufficiali sull'andamento delle malattie quarantenarie, e che rapporti ufficiosi sporadicamente segnalavano colera, peste, tifo e vaiolo in vari porti greci e albanesi, avevano preventivamente ritenuto di considerare costantemente infetto l'intero Levante. Perciò, tutti i passeggeri di terza classe provenienti dai porti levantini venivano sempre obbligati a misure di igiene e profilassi e sottoposti a esame batteriologico. Inoltre, se nelle stive dei molti piroscafi che arrivavano a Napoli, o in altri scali della Penisola, dai porti delle Indie Britanniche, la maggior parte dei quali trasportava grano, fossero stati trovati roditori morti, le carcasse sarebbero state esaminate batteriologicamente dai funzionari italiani e nel caso di conferma dei sospetti di infezione da peste si sarebbe potuta imporre ai comandanti la fumigazione con anidride solforosa immediatamente dopo lo scarico sorvegliato di passeggeri e merci⁴⁸.

La stretta collaborazione tra Stati Uniti e Italia per l'esercizio del controllo su scala continentale o globale delle possibili minacce sanitarie nasceva in larga misura dalle conseguenze della disfatta di Caporetto nell'ottobre 1917, dopo la quale dalle province invase molte migliaia di profughi iniziarono a riversarsi a Napoli e nell'Italia meridionale. A Napoli si verificò una grave carenza di medici e chirurghi a causa delle esigenze dei servizi militari terrestri e navali, e mentre la già persistente e grave penuria di cibo e carburante peggiorava immediatamente, agenti e simpatizzanti tedeschi e austriaci approfittarono della critica condizione psicologica prodotta dalla recente sconfitta e dagli urgenti bisogni materiali per fomentare disordini tra le classi inferiori. Data questa situazione, potenzialmente pericolosa per gli interessi americani e alleati, i funzionari dell'USPHS a Napoli si resero disponibili ad aiutare le autorità italiane, e lo fecero sottoscrivendo un apposito accordo. Il 9 novembre 1917, gli ufficiali americani in servizio a Napoli cominciarono la collaborazione con le autorità civili e militari della città per l'assistenza medica e chirurgica dei rifugiati di guerra. La maggior parte degli esuli che vi giungevano fu alloggiata nelle grandi baracche per emigranti, da cui vennero poi trasferiti in altre località dell'Italia meridionale e della Sicilia, mentre le famiglie agiate e i gruppi dei più abbienti furono ospitati in due grandi alberghi temporaneamente inattivi e in pratica disabitati. Nel marzo 1918, la Croce Rossa Americana di fatto sostituì completamente la Croce Rossa Italiana nelle attività di assistenza ai rifugiati di guerra, mentre il servizio medico passò al personale del Servizio Sanitario statunitense lì operativo. L'assistenza medica e chirurgica quotidiana fu assicurata dal personale dell'USPHS ai rifugiati di guerra italiani dal 9 novembre 1917 al 30 giugno 1918, e con la Croce Rossa Americana dal 12 febbraio 1918 al 30 giugno 1918. Fino alla fine dell'anno vennero curati 1.196 casi, furono assicurati soccorsi 3.691 volte ed effettuate 5.361 vaccinazioni. Il numero totale di rifugiati giunti a Napoli era di 24.029 e le malattie riscontrate tra di loro all'arrivo erano vaiolo, morbillo, dissenteria bacillare, dissenteria amebica, pellagra, edema di piedi e gambe in grande numero; durante la loro permanenza nella città si svilupparono diversi casi di tifo e paratifo, apparentemente dovuti a latte infetto, poiché per tutta la durata del conflitto non si riuscì a organizzare un'efficiente

⁴⁸ Ivi, p. 220.

supervisione sulle forniture di latte, che spesso sfuggivano ai controlli⁴⁹.

Insomma, questa ampia parentesi sulla particolarmente minuziosa comunicazione sanitaria tra Stati Uniti e Italia, con qualche accenno a quella che l’USPHS intrattenne con quasi tutto il mondo⁵⁰, sembrerebbe confermare l’ipotesi, del resto la più accreditata (sebbene ancora al netto delle riserve espresse all’inizio del paragrafo sulla base delle nuove scoperte riguardanti l’agente patogeno), che il luogo d’origine dell’influenza spagnola sia stato effettivamente il territorio americano, dato che, in questo senso, nessun altro e diverso indizio compare nelle relazioni sanitarie ufficiali o informali intercorse tra i vari Stati. Ma, a tal proposito, alcune questioni, certamente di importanza secondaria ai fini della sostanza dei fatti, e però di un certo peso dal punto di vista della correttezza scientifica e metodologica e della necessità di apparati critici accurati per la stessa validità delle ricerche, restano ancora da chiarire. Da alcuni anni, per esempio, vari autori, sulla base di fonti secondarie e bibliografiche, sostengono che, a differenza di quanto riportato nella documentazione degli organi sanitari centrali statunitensi, il luogo in cui furono registrati i primi casi di influenza spagnola sarebbe stato il centro d’addestramento militare di Camp Funston, a sud-est di Manhattan, in Kansas; ma dato che questi stessi autori non citano prove documentarie che effettivamente attribuiscono quei casi all’insorgenza della spagnola, non è possibile nemmeno ipotizzare che da parte delle autorità federali ce ne sia stata intenzionale omissione o per ragioni di Stato o per macroscopico difetto di comunicazione o per discordanza di prognosi poi erroneamente risolta⁵¹. A questo proposito, non può essere trascurata la ricostruzione fatta dal patologo clinico Warren Taylor Vaughan nella sua monografia del 1921 dedicata alla storia

⁴⁹ Ivi, pp. 221-222.

⁵⁰ Le tabelle e statistiche disponibili nell’*Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1918* riguardano, oltre agli Stati e regioni subcontinentali già richiamati, anche Cina, India, Giappone, Palestina, Persia, Siam, Turchia, Giava, Filippine, Africa Orientale Britannica, Costa d’Oro Britannica, Egitto, Senegal, Unione Sudafricana, Messico, Guatemala, Honduras, Argentina, Venezuela, Brasile, Ecuador, Perù, Austria-Ungheria, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Portogallo, Russia (incluse Lituania e Polonia), Spagna, Svezia, Canada, ecc. Cfr. Ivi, in particolare le pp. 286-295.

⁵¹ Ne parla, per esempio, Francesco Cutolo: lo studioso, dopo avere sottolineato che nel «corso del Novecento, è emersa con una certa forza la teoria secondo cui il virus si sarebbe generato nei sovraffollati campi d’addestramento dell’esercito americano, sparsi per gli Stati Uniti», senza sciogliere l’ambiguità del riferimento a un non meglio specificato *paese* denominato Haskell – di cui non c’è traccia sulle carte geografiche, mentre, già dagli inizi del XX secolo, negli Stati Uniti le città denominate Haskell sono due, una in Texas e l’altra in Oklahoma, oltre alle tante township e alle tre contee con lo stesso nome –, Cutolo, segnalando opportunamente la natura ipotetica della ricostruzione, aggiunge che nel «gennaio 1918, un focolaio influenzale si registrò a Haskell, *paese limitrofo* [il corsivo è mio] al centro d’addestramento di camp Funston, dove si verificarono i primi casi ufficiali della pandemia nel marzo 1918, probabilmente per un salto di specie del virus. Stando ai documenti del dottor Loring Miner, medico condotto della contea di Haskell, la popolazione della zona fu contagiata da una virulenta influenza a carattere febbrile, accompagnata da gravi forme di cefalea, mialgia e tosse». Per queste informazioni Cutolo rimanda alla tesi di laurea di Katie Jones, *The Forgotten Pandemic: A short history of the 1918-1919 Influenza outbreak & the effect on Kalamazoo and Western State Normal School*, Honors Theses, Western Michigan University, 2013, pp. 3-4 (cfr. F. CUTOLO, *L’influenza spagnola del 1918-1919...*, cit., p. 37), la quale, a sua volta, rimanda a T. QUINN, *Flu. A Social History of Influenza*, New Holland Publishers, London 2008, ma nessuno di loro cita le fonti primarie da cui traggono le informazioni, come accade, del resto, anche per la seguente, di cui non ho trovato riscontri documentari originali o attendibili: «Il morbo, a detta di Miner, era stato diffuso tra gli abitanti di Haskell dalle reclute del campo. Allarmato dal dilagare del morbo, il dottor Miner domandò allo *United States Public Health Service* che fosse condotta un’indagine. Tuttavia, visto che il virus era ancora circoscritto alla Contea di Haskell, zona agricola senza concentrazioni urbane, l’autorità centrale sottostimò tali avvertimenti». F. CUTOLO, *L’influenza spagnola del 1918-1919...*, cit., pp. 37-38.

epidemiologica dell'influenza, in cui sostiene che la prima epidemia influenzale manifestatasi negli Stati Uniti nella primavera del 1918 – ma non ufficialmente riconosciuta come spagnola – a Camp Funston e basata sulle osservazioni pubblicate da alcuni medici⁵² che ne sostennero la comparsa in tale campo il 5 marzo di quell'anno, non era stata diversa dalle epidemie influenzali degli anni precedenti se non per una maggiore incidenza di polmonite e bronchite, comunque sempre frequenti nei casi di affezione influenzale, e per il fatto che tali complicazioni restarono prevalenti nelle organizzazioni (Camp Oglethorpe, Camp Forrest e il Campo di Addestramento Ufficiali di Riserva) che ne erano state colpite e osservabili solo per la durata in servizio degli uomini che ne erano stati interessati; dopo circa tre settimane, infatti, l'epidemia si placò rapidamente⁵³.

Altri autori, inoltre, sostengono che i casi di influenza sarebbero stati già numerosi, conclamati e mortali nel gennaio del 1918, circa tre mesi prima dei diciotto ammalati e dei tre decessi ufficialmente registrati dalle autorità sanitarie, che avrebbero pure sottovalutato gli avvertimenti di un tale Loring Vinton Miner, medico delle aree rurali del Kansas, il quale si sarebbe trovato a dovere affrontare, già nelle prime settimane del 1918, delle affezioni che pur essendo simili all'influenza rappresentavano un inconsueto rischio per la vita⁵⁴. Ma se ciò fosse almeno verosimile, sorvolando sulle affermazioni proposte in alcune ricostruzioni destinate alla dimensione pubblica, non accademica, del sapere storico – ma non per questo dispensate dall'obbligo metodologico di riportare l'apparato critico – secondo le quali a Camp Funston sarebbe stato individuato perfino il “paziente zero” dell'influenza spagnola⁵⁵, potrebbe anche essere ragionevole ritenere che se, come

⁵² E.L. OPIE, H.S. FREEMAN, T.M. RIVERS, J.C. SMALL, *Pneumonia at Camp Funston. Report to Surgeon General*, in «Journal of the American Medical Association», LXXII, 1919, pp. 108-116.

⁵³ Cfr. W.T. VAUGHAN, *Influenza. An Epidemiologic Study*, The American Journal of Hygiene, Monographic Series, No. 1, Baltimore MD. 1921, p. 70, consultabile all'URL: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=chi.57122024&seq=1> (ultimo accesso il 28 agosto 2025).

⁵⁴ Lo sostiene, tra gli altri, Laura Spinney, che scrive: «Camp Funston drew recruits from a catchment area that included Haskell County, 500 kilometres to the east. Haskell was one of the poorest counties in Kansas at that time. Its inhabitants lived in sod houses, grew corn and raised poultry and hogs. In January 1918, they began to fall sick, and some went on to develop pneumonia and die. A local doctor, Loring Miner, was so alarmed by the severity of the outbreak that he reported it to the US Public Health Service, even though flu wasn't a reportable disease in the US at that time. The epidemic receded in mid-March, and nobody might have given it another thought—besides the grieving inhabitants of Haskell County—except that by then, the infirmary at Camp Funston had been overrun by sick soldiers». L. SPINNEY, *Pale rider. The spanish flu of 1918 and how it changed the world*, PublicAffairs, New York 2017, ebook, p. 99. La Spinney in parte parafrasa J.M. BARRY, *The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications*, in «Journal of Translational Medicine», 2004 (doi: 10.1186/1479-5876-2-3), p. 2, consultabile all'URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC340389/pdf/1479-5876-2-3.pdf> (ultimo accesso il 2 agosto 2025). Cfr. anche E. TOGNOTTI, *La “spagnola” in Italia. Storia dell'influenza che temere la fine del mondo (1918-19)*, seconda ed., FrancoAngeli, Milano 2015, p. 49, e M. WOROBEY, J. COX, D. GILL, *The origins of the great pandemic*, in «Evolution, Medicine, and Public Health», 2019 (doi: 10.1093/emph/eoz001), p. 19, consultabile all'URL:

<https://academic.oup.com/emph/article/2019/1/18/5298310?login=false> (ultimo accesso il 30 luglio 2025).

⁵⁵ Per esempio: «Albert Gitchell era un cuoco della mensa di Camp Funston a Fort Riley, in Kansas, un complesso militare dove 26.000 soldati dell'esercito degli Stati Uniti venivano addestrati per poi essere spediti in Europa, sul fronte della prima guerra mondiale. La mattina dell'11 marzo 1918 Gitchell si presentò in infermeria con una forte emicrania, mal di gola e la febbre a 39,5. Per precauzione, fu ricoverato in una tenda dove si trovavano i pazienti con malattie potenzialmente contagiose. Ma il povero Albert aveva servito la cena a centinaia di commilitoni fino alla sera prima. Così poche ore dopo fu la volta del caporale Lee Drake, e poi del sergente Adolph Hurby. A metà pomeriggio i soldati ricoverati con gli stessi sintomi erano 107, che divennero 522 nel giro di una settimana. Secondo le ricostruzioni più accreditate, Albert Gitchell fu il paziente zero della pandemia di virus influenzale di ceppo H1N1 che un secolo dopo tutti ricordiamo come “la Spagnola”. A diffonderla, probabilmente, erano stati il pollame e i suini allevati nel

si è appena detto, la comparsa di tale malattia avvenne già a gennaio del 1918, alla luce delle conoscenze oggi acquisite riguardo alla sua capacità e velocità nel propagare il contagio, i report delle autorità sanitarie, dopo tre mesi di diffusione incontrollata, avrebbero dovuto restituire ben altri numeri, così come avrebbero dovuto essere assai diversi i tempi della diffusione in Europa.

Così non è stato, ma per sciogliere ogni dubbio, ammettendone la legittimità al di là di ogni considerazione di carattere metodologico, evidentemente bisognerà attendere i risultati di ricerche più approfondite o magari i dati e gli elementi dell'eventuale documentazione ancora inedita e i risultati di indagini sul materiale biologico conservato e risalente a quel tempo.

Sorveglianza, profilassi e Servizio Sanitario Pubblico negli Stati Uniti

Tornando dunque al caso statunitense, con molta probabilità l'affezione provocata da un virus influenzale di tipo A⁵⁶, poco più tardi denominata spagnola, era comparsa nel marzo del 1918 negli Stati Uniti, dove poi a novembre aveva cominciato a manifestare tutta la sua portata esiziale. Prima che ciò si verificasse, e anche successivamente per un certo periodo, sarebbe stato di fatto impossibile che l'USPHS potesse, anche solo ipoteticamente, collegare quei casi mortali d'influenza a quella patologia che poi avrebbe assunto una dimensione pandemica, una specifica denominazione e di cui non si aveva la benché minima cognizione, tanto dal punto di vista eziologico quanto sul piano della cura e profilassi.

Intanto, durante l'estate del 1918, mentre negli Usa la stampa riportava sporadicamente brevi notizie riguardanti l'ampia diffusione in Europa di una particolare forma di influenza chiamata appunto spagnola e i dispacci delle principali agenzie giornalistiche internazionali informavano che in Spagna i contagi avevano addirittura superato gli otto milioni di individui, all'USPHS la malattia veniva ufficialmente segnalata da Svizzera, Francia, Gran Bretagna e altre nazioni⁵⁷.

La consapevolezza che la propagazione pressoché mondiale dell'influenza avrebbe reso

campo per nutrire le truppe». M. CATTANEO, *La Spagnola che verrà*, in «le Scienze», Edizione italiana di «Scientific American», n. 595, 1° marzo 2018, (editoriale) s. p., consultabile all'URL: https://www.lescienze.it/edicola/2018/03/01/news/la_spagnola_che_verra_-3882431/ (ultimo accesso il 25 luglio 2025).

⁵⁶ «All'epoca, la comunità scientifica era divisa sull'agente causale dell'epidemia: chi sosteneva come responsabile fosse un batterio (*H. influenzae*), chi un virus sconosciuto. I veri agenti causali dell'influenza, i virus della famiglia *Orthomyxoviridae*, furono scoperti da R. Schöpe solo nel 1931. L'isolamento del virus nell'uomo fu opera di P. Laidlaw nel 1933. [...] Oggi conosciamo assai bene le caratteristiche molecolari del virus H1N1 responsabile della “spagnola”, anche grazie alla ricostruzione del suo genoma [...] e di diversi prodotti proteici, dopo averlo recuperato da biopsie di soldati deceduti nel 1918 e da scheletri ben conservati delle vittime di 100 anni fa». F. BELLI, *Prolusione. 100 anni di epidemie influenzali, dalla Spagnola ad oggi; ... e domani?*, in «Atti della Accademia Lancisiana», Rivista di cultura medica e scientifica, A. A. 2018-2019, Seduta inaugurale del 6 novembre 2018, Vol. LXIII, n. 1, Gennaio-Marzo 2019, p. 11 e *passim*, consultabile all'URL: http://www.attidellaaccademialancisiana.it/uploads/allegati_articolo/BELLI%2012019.pdf (ultimo accesso il 27 agosto 2025).

⁵⁷ 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919*, Government Printing Office, Washington 1919, p. 81, consultabile all'URL: https://www.govinfo.gov/content/pkg/SERIALSET-07680_00_00-002-0436-0000/pdf/SERIALSET-07680_00_00-002-0436-0000.pdf (ultimo accesso l'8 giugno 2025).

molto difficile per gli Stati Uniti arginarne l'ingresso sul proprio territorio non impedì che comunque si facessero tutti i tentativi possibili per isolare il Paese.

Il capo esecutivo del Servizio Sanitario americano, il già tante volte ricordato Rupert Blue, il 19 giugno 1918 emanò una circolare in cui chiedeva a tutti gli ufficiali medici responsabili e a tutte le stazioni di quarantena del Paese di prestare la massima attenzione durante le ispezioni delle navi provenienti dai porti europei al fine di individuare eventuali casi di influenza spagnola e quindi di disporre le più rigorose misure di isolamento, avvertendo che, a causa del grande disordine in cui versavano i Paesi d'Europa, l'USPHS ancora non disponeva di informazioni attendibili sulla natura della malattia o sulla sua prevalenza, anche se, in quel momento, sembrava trattarsi di un'infezione dovuta – ma, come sappiamo, erroneamente – al batterio B, ossia all'*haemophilus influenzae* (isolato nel 1892 da R. Pfeiffer), con predilezione per il coinvolgimento polmonare. Se affezioni di questo tipo fossero state riconosciute all'arrivo di una nave, avrebbero dovuto essere segnalate alle autorità sanitarie locali e si sarebbe dovuta praticare con l'anidride solforosa la fumigazione di alloggi ed effetti personali; tali misure non si sarebbero applicate solo nei casi di polmonite primaria o di infezioni respiratorie che non avessero coinvolto un numero considerevole di membri degli equipaggi o che non fossero apparse altamente trasmissibili e potenzialmente capaci di provocare un'influenza di tipo epidemico⁵⁸.

Tuttavia, la malattia non tardò a manifestarsi sul territorio statunitense, e agli inizi di settembre era già presente in modo considerevole nel New England. A metà mese fu chiesto a tutti i funzionari sanitari statali di comunicare urgentemente il grado d'incidenza della nuova forma d'influenza sulla popolazione dei rispettivi Stati, e si accertò che oltre al New England ne era interessato quasi l'intero versante atlantico fino a Capo Henry, sulla costa meridionale della Virginia, intanto che vari focolai dell'infezione si erano sviluppati negli Stati a est del Mississippi. La richiesta di informazioni il più possibile dettagliate sulla malattia divenne pressante, e per questo motivo il Servizio Sanitario distribuì all'incirca sei milioni di copie di un opuscolo (molto simile a quello ricordato nel paragrafo precedente) che forniva i dati noti sulla sua diffusione e sui principali metodi di prevenzione; contemporaneamente, in tutti gli Stati Uniti si procedette sia all'esposizione pubblica di manifesti informativi tramite il Dipartimento delle Poste, la *Federal Railroad Administration* e la Croce Rossa, sia alla preparazione di uno specifico articolo che fu distribuito a più di diecimila testate giornalistiche nazionali e locali perché venisse ampiamente divulgato. Praticamente, in questo modo, tutto ciò che allora si sapeva sull'influenza spagnola e che poteva essere utile alla profilassi fu diffuso in tutto il Paese⁵⁹.

Verso la fine del mese di settembre, il funzionario sanitario del Massachusetts richiese un tempestivo sostegno all'USPHS perché l'influenza si stava diffondendo molto rapidamente in tutto lo Stato ed egli non disponeva di medici e infermieri da assegnare alle comunità colpite. Gli aiuti furono inviati immediatamente, ma, a causa dell'impegno bellico, la carenza di personale medico e paramedico riguardava ormai l'intero Paese e divenne dunque necessario l'intervento del Congresso per la messa a punto del sostegno finanziario e logistico di un importante e articolato piano d'azione per il rafforzamento del Servizio Sanitario nazionale. Il 1° ottobre 1918, per consentire all'USPHS di affrontare e contrastare efficacemente la diffusione dell'influenza spagnola ricorrendo a tutti i mezzi possibili – dall'incremento di stipendi e indennità del personale medico e

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ Ivi, p. 82.

sanitario all'aumento del personale stesso e del volume delle forniture ospedaliere e farmaceutiche, dal ricorso ai canali di comunicazione pubblica al potenziamento dei servizi amministrativi, dei sistemi dei trasporti e degli approvvigionamenti ecc. –, il Senato e la Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti d'America, riuniti in Congresso, deliberarono di stanziare un milione di dollari da utilizzarsi entro il 30 giugno dell'anno successivo e di autorizzare e incaricare i segretari alla Guerra, alla Marina e al Tesoro all'impiego congiunto dei dipendenti e delle strutture dei dipartimenti medici delle forze armate e dell'USPHS⁶⁰.

Per le necessità di reperimento di operatori qualificati e idonei al servizio antinfluenzale, si chiese inoltre il supporto dell'*American Medical Association* e del *Volunteer Medical Service Corps*, associazioni che fornirono gli elenchi degli specializzati e specializzandi da chiamare o richiamare in servizio, avviando contemporaneamente una capillare campagna di comunicazione istituzionale orientata a un coinvolgimento generale che potesse incoraggiare medici e clinici a presentare domanda di partecipazione alla lotta contro l'epidemia: la nomina ad «assistenti chirurghi supplenti» avrebbe comportato un compenso di 200 dollari al mese e un'indennità giornaliera di quattro dollari in sostituzione del vitto e delle spese di trasporto⁶¹.

Assai complicata, invece, apparve sin da subito la questione riguardante l'incremento del personale infermieristico, molto più difficile da reperire rispetto a quello medico. L'*American Red Cross*, per esempio, chiese formalmente al Governo di non coinvolgere la propria divisione infermieristica, già impegnata a soddisfare innanzitutto le esigenze dell'Esercito, della Marina e, quando possibile, quelle della popolazione civile, e fece pure pressioni perché si evitasse che altre agenzie di reclutamento retribuito o meno – come l'*American Nurses Association* o la *National League for Nursing Education* o ancora la sezione statunitense della *International Council of Nurses* – potessero, in modi non meglio chiariti, intralciare o addirittura compromettere quella che per la Croce Rossa di fatto era già un'ardua impresa. L'*American Red Cross*, tuttavia, sarebbe stata disponibile a fornire, qualora avesse potuto, il distacco temporaneo di un gruppo di propri operatori specializzati per un impiego congiunto, ma solo previa approvazione del capo esecutivo dell'USPHS⁶².

Nel frattempo, la pianificazione generale delle misure di intervento antinfluenzale stava mostrando chiaramente che sarebbe stato impossibile predisporre sul territorio nazionale medici e infermieri in numero sufficiente, e quindi si decise di organizzare le risorse locali in modo da anticipare il momento del picco epidemico cercando di evitare che cogliesse il Paese del tutto impreparato. In pratica, si trattò di elaborare piani per l'allestimento di ospedali da campo, si organizzarono gruppi di volontari non necessariamente specializzati ma con attitudine ad attività infermieristiche e assistenziali, si approntarono cucine di emergenza ecc., tutti provvedimenti che poi consentirono a molte comunità di provvedere a se stesse quando l'impatto dell'epidemia raggiunse il culmine.

Valutata più attentamente la progressione giornaliera dell'epidemia sulla base dell'aumento delle richieste di assistenza provenienti dalle varie sezioni sanitarie del Paese, il 15 ottobre 1918 il Governo emanò disposizioni in base alle quali si nominava un direttore per ogni entità politico-amministrativa della Federazione, incarico che, in molti casi, fu assunto dal funzionario sanitario statale che così veniva investito del potere di vagliare la fondatezza e la portata delle richieste d'aiuto, di dirigere gli spostamenti del

⁶⁰ *Ibidem.*

⁶¹ *Ivi*, p. 83.

⁶² *Ibidem.*

personale di servizio e di coordinare i soccorsi.

Ogni Stato, inoltre, s'impegnava a telegrafare quotidianamente circostanziati rapporti al Servizio Sanitario sull'andamento dell'epidemia e sulle necessità di intervento; in questo modo l'USPHS, disponendo del quadro sulla situazione del contagio in tutto il Paese, avrebbe potuto gestire al meglio i trasferimenti di personale.

Ugualmente, la Croce Rossa designò in ogni Stato un rappresentante per curare le principali questioni assistenziali e collaborare tanto con l'ufficiale sanitario statale quanto con il rappresentante dell'USPHS al fine di evitare inutili duplicazioni di sforzi e una conseguente dispersione di risorse.

Anche il Commissario per gli Affari Indiani, il democratico Cato Sells, che il 14 ottobre aveva riferito al Servizio Sanitario che i nativi americani nelle varie riserve erano stati colpiti dalla spagnola, e dunque chiedeva immediate misure di assistenza, fu nominato direttore sul campo e gli fu conferita la stessa autorità dei direttori dei vari Stati, ottenendo un consistente numero di medici e infermieri che prestarono servizio presso le comunità indiane⁶³.

Verso la fine di ottobre, il democratico Thomas Riggs, governatore del territorio dell'Alaska, che ancora non faceva parte della Federazione, chiese aiuti immediati per contrastare la violenta manifestazione d'influenza spagnola che lì si era verificata e fu subito autorizzato a nominare medici e a sostenere le spese per le necessarie forniture sanitarie. Ma tali misure non bastarono, la situazione si aggravò progressivamente e siccome nel territorio subartico era praticamente impossibile sopperire alla penuria di personale, l'USPHS ordinò a un proprio ufficiale in servizio nello Stato di Washington di approntare una squadra di medici e infermieri e di sostenerne ogni spesa e servizio necessari al trasferimento. Il Dipartimento della Marina mise a disposizione della squadra di soccorso la nave carboniera *Brutus*, adeguatamente equipaggiata allo scopo, mentre un gruppo di ricognizione anticipò la partenza utilizzando altri mezzi. I soccorritori, assistiti anche da varie sezioni della Croce Rossa, si radunarono nel porto di Juneau, capoluogo dell'Alaska, e servendosi di una flottiglia di speciali imbarcazioni raggiunsero tutte le isole colpite dall'epidemia di spagnola. Intanto, già ai primi di ottobre, ad apparire estremamente grave era la situazione nel Distretto di Columbia, per la Federazione snodo centrale delle attività di governo. L'affollamento di Washington era giunto al punto che la capitale versava in uno stato di vera e propria congestione, con il rischio di compromissione dei lavori per il proseguimento della guerra.

L'ufficiale sanitario distrettuale e i rappresentanti del Dipartimento della Guerra chiesero l'intervento dell'USPHS per affiancare le autorità locali nella gestione dell'epidemia. Il Dipartimento della Marina mise a disposizione 40 ufficiali medici, fu allestito un ospedale di emergenza con una capacità di 500 posti letto poi affiancato da un altro ospedale più piccolo da circa cento posti. Quest'ultimo ospedale rimase praticamente ininterrottamente operativo dall'ottobre 1918 al marzo 1919, quando fu dismesso.

Nel Paese, durante l'epidemia di spagnola, in generale furono impiegati a tempo pieno e con poteri di coordinamento locale 64 ufficiali superiori, poi affiancati da numerose nomine temporanee, assistiti da 185 ufficiali medici, 703 infermieri e collaboratori infermieristici e altri 328 aiutanti con varie funzioni, ma gli elenchi del personale riguardante ogni singolo Stato era in realtà molto più elevato e difficilmente calcolabile a causa dei tanti impieghi provvisori, dei continui spostamenti da uno Stato all'altro o da

⁶³ *Ibidem*.

una zona all'altra a seconda dell'avvicinarsi di aggravamenti e miglioramenti⁶⁴.

Verso la fine dell'anno, invece, essendo cessata l'emergenza bellica, fu possibile intensificare tutte le azioni di contenimento, e la Divisione di Ricerca Scientifica poté concentrare i suoi sforzi sullo studio della malattia. Furono esaminate e analizzate la modalità di trasmissione dell'infezione tra soggetti per via diretta e indiretta, e contemporaneamente si cercò di quantificare la capacità profilattica di vaccini contenenti il «batterio influenzale» insieme a vari microrganismi inattivati considerati come la probabile causa delle gravi polmoniti; in generale, furono condotti ampi studi di natura epidemiologica al fine di far luce sulla natura dell'infezione cercando di ottenere informazioni che potessero essere di aiuto pratico per fronteggiarne una eventuale recrudescenza⁶⁵.

Oggi sappiamo che un presupposto errato invalidava l'approccio metodologico e l'intero processo di ricerca del vaccino contro questa malattia: come si è già detto⁶⁶, infatti, si credeva che essa fosse causata da un batterio, quando invece la sua natura era virale. In generale, c'è da dire che si sarebbe dovuto attendere il 1945-46 per la messa a punto di un primo vaccino contro l'influenza che utilizzava un virus inattivato al fine di stimolare il sistema immunitario a sviluppare difese specifiche contro lo stesso agente patogeno attivo⁶⁷.

La fine della Prima guerra mondiale, dunque, coincise suppergiù con la cessazione negli Usa della prima ondata di epidemia influenzale che liberò un numero sufficiente di personale, prima necessariamente impegnato nell'organizzazione di misure preventive e di soccorso, per intraprendere studi statistici ed epidemiologici su quanto accaduto. Ne furono incaricati il dottor Wade Hampton Frost, oggi considerato tra i fondatori della epidemiologia moderna⁶⁸, e l'economista e statistico della sanità pubblica Edgar Sydenstricker, supportati da vari chirurghi assistenti. Scopo fondamentale delle indagini fu di raccogliere e analizzare il materiale statistico sulla mortalità reso disponibile dal *Census Bureau* e da alcuni dipartimenti sanitari statali, i rapporti sulla morbilità e altri dati specifici accessibili nelle relazioni pubblicate da altri Paesi nel mondo.

I primi due mesi dell'indagine furono dedicati specialmente alla raccolta di dati sull'incidenza, la durata e la mortalità dell'influenza in gruppi rappresentativi della popolazione in varie località di tutti gli Stati Uniti tra esse ampiamente distanti, eseguita tramite un sondaggio “porta a porta” presso i residenti di specifiche aree nelle città selezionate per la ricerca. Le informazioni riguardavano: il numero totale di persone in ogni nucleo familiare; il colore della pelle, il sesso e l'età di ciascuna; il numero di individui che avevano contratto l'influenza, con registrazione della data, della durata, della gravità e della fine della malattia; le condizioni abitative e lo stato economico. I sondaggi, in tutto quasi 150mila, furono effettuati da ispettori sotto la direzione di ufficiali

⁶⁴ Ivi, p. 84.

⁶⁵ Ivi, p. 22.

⁶⁶ Cfr. *supra*, nota 54.

⁶⁷ I. BARBERIS ET AL., *History and evolution of influenza control through vaccination: from the first monovalent vaccine to universal vaccines*, in «Journal of Preventive Medicine and Hygiene», 57, 3, 2016, (<https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2016.57.3.642>), pp. 116-117, disponibile all'URL: <https://www.jpmh.org/index.php/jpmh/article/view/642/pdf> (ultimo accesso il 3 settembre 2025).

⁶⁸ Cfr. A. MORABIA, *Snippets From the Past: The Evolution of Wade Hampton Frost's Epidemiology as Viewed From the American Journal of Hygiene/Epidemiology*, in «American Journal of Epidemiology», 178, 7, 1 October 2013, p. 1013-1019 (<https://doi.org/10.1093/aje/kwt199>), consultabile all'URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3783101/pdf/kwt199.pdf> (ultimo accesso il 2 settembre 2025).

dell'USPH⁶⁹.

Per le aree rurali scarsamente popolate si decise di non utilizzare questo metodo di ricerca, che sarebbe risultato economicamente troppo impegnativo; si scelse invece di stipulare un accordo con il *Census Bureau* per effettuare un censimento completo di un'area rurale, assunta a campione statisticamente rappresentativo, cioè la Contea di Charles, nel Maryland, perché da essa si ricavassero serie di dati statisticamente congruenti e significative, qualitativamente omogenee e comparabili con quelle delle indagini condotte sulle comunità urbane menzionate in precedenza. Il censimento fu condotto sotto la direzione ufficiale del *Census Bureau*, che mise a disposizione i propri enumeratori, tutte le spese furono a carico del Servizio Sanitario Pubblico e le persone intervistate superarono le 46mila. Un'altra indagine speciale fu inoltre compiuta dal *Bureau of Engraving and Printing* di Washington su seimila dei suoi dipendenti⁷⁰.

Molto più complicato fu il recupero di informazioni statistiche su mortalità, morbilità e altri dati riguardanti il resto del mondo, importanti non solo per lo studio dell'epidemia di spagnola, ma anche in previsione degli eventi che nei mesi successivi alle cessate ostilità avrebbero comportato inevitabili conseguenze sanitarie per gli Stati Uniti, soprattutto in relazione alla ripresa delle movimentazioni intercontinentali di individui e merci. Particolarmente difficile fu capire quali fossero le condizioni sanitarie generali in Europa, che erano state più o meno occultate a causa delle operazioni militari. Erano invece note e sostanzialmente rassicuranti quelle delle aree controllate dalle forze alleate, dato che non si segnalavano manifestazioni di malattie epidemiche. Al contrario, la situazione nelle aree occupate dalle Potenze Centrali e nella parte più orientale dell'Europa era ancora sconosciuta, e per questo motivo il movimento di truppe dall'interno del continente verso la costa e dai porti europei verso gli Stati Uniti, insieme alla ripresa dell'immigrazione, costituivano serie preoccupazioni per l'USPH⁷¹.

Il generale medico Hugh Smith Cumming – che nel 1920 sarebbe succeduto a R. Blue al vertice dell'USPH – fu inviato in Europa con l'incarico di indagare sulle condizioni igienico-sanitarie di tutti i porti da cui truppe o immigrati si sarebbero imbarcati per gli Stati Uniti e di accertare, per quanto possibile, la frequenza e la distribuzione delle malattie nelle aree continentali interne, tenendo comunque costantemente informato l'Ufficio su qualsiasi eventuale sviluppo o evento di natura sanitaria. Dalle indagini emerse che, tanto dai porti francesi quanto dalle aree interne, il movimento di truppe o passeggeri non avrebbe costituito un pericolo per la salute pubblica negli Usa; si segnalava soltanto la grave diffusione del tifo a Rotterdam, cui il consolato degli Stati Uniti applicò i requisiti delle norme di quarantena nel porto di imbarco, mentre la Commissione Sanitaria Interalleata avviò un'inchiesta sull'epidemia di febbre tifoide che nel frattempo si stava diffondendo in Polonia⁷².

Con l'Italia, al contrario, lo scambio di informazioni – come si è già avuto modo di sottolineare – fu intenso e circostanziato. L'USPH era stato costantemente informato sull'andamento della salute pubblica nel nostro Paese, che per tutto il 1918 era stata messa a dura prova dall'epidemia di influenza, dal vaiolo, che aveva raggiunto proporzioni epidemiche a Napoli e a Bari, e dalla febbre tifoide, molto grave in alcune località. A ciò si aggiungevano le privazioni imposte alla popolazione a causa del costo eccessivamente

⁶⁹ 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919*, cit., pp. 25-26.

⁷⁰ Ivi, pp. 26-27.

⁷¹ Ivi, pp. 108-109.

⁷² Ivi, p. 109.

elevato di cibo, carburante, vestiario e scarpe e, in generale, dalle conseguenze della guerra. La Croce Rossa Americana cercò di alleviare in tutta Italia lo stato di sofferenza in cui versavano soprattutto gli strati più poveri della popolazione, contando, tra l'altro, sulla collaborazione dei funzionari del Servizio Sanitario Pubblico degli Stati Uniti in servizio a Napoli⁷³.

E proprio a Napoli la grande pandemia influenzale era stata particolarmente grave da settembre a dicembre del 1918, al punto da mettere in serie difficoltà le autorità sanitarie locali italiane. Il picco epidemico si verificò tra la seconda metà di ottobre e le prime due settimane di novembre. Non fu possibile compilare statistiche affidabili sulla morbilità e mortalità, ma il dottor Enrico Buonocore, il già citato Chirurgo associato della Direzione Generale Sanitaria italiana che allora collaborava con le autorità statunitensi, stimò che circa tre quinti della popolazione di Napoli avesse contratto l'influenza e che la mortalità tra gli infetti fosse stata pari a circa il 4%; sulla base di queste stime e tenendo conto del numero di abitanti a Napoli, cioè 726mila, complessivamente i morti per influenza nella città dovettero essere più di 17mila e quattrocento, 11mila dei quali registrati ufficialmente durante il picco epidemico. Tutte le classi sociali furono colpite dalla spagnola, ma la mortalità fu molto più alta tra i poveri e gli indigenti. Le autorità sanitarie, tra l'altro, si trovarono spesso nell'impossibilità di seppellire i cadaveri per molti giorni dopo il decesso; a causa del clima particolarmente caldo, inoltre, molti corpi si decomposero a tal punto che i familiari furono costretti ad abbandonare le abitazioni, quasi sempre composte da un'unica stanza, finché la salma non fu in qualche modo rimossa. Verso la fine di novembre l'incidenza dell'influenza diminuì rapidamente fino alla quasi totale cessazione dei contagi, per poi riprendere di nuovo, ma in forma meno letale, il mese successivo. Tra i pazienti furono registrate molte ricadute e fu osservata una diffusa conseguenza tra le giovani donne, ossia l'alopecia, che generalmente si verificava dalle tre alle cinque settimane dopo la guarigione e durante la convalescenza; occasionalmente la perdita di capelli era quasi totale, ma di norma la ricrescita avveniva in modo rigoglioso. Gli ultimi dati ricevuti dalla Direzione Generale della Sanità indicavano nell'arco dell'anno in Italia un totale di 1.580.400 decessi per influenza⁷⁴.

Tornando alle indagini epidemiologiche condotte su tutto il territorio nazionale degli Usa, le informazioni raccolte permisero intanto di cartografare l'ordine cronologico dell'avanzata dell'epidemia di spagnola in circa 376 località (cfr. *infra*, Fig. 1), con la certezza, tuttavia, che per l'assenza di analisi riguardanti molte altre zone la rappresentazione fosse carente di dettagli importanti riguardanti soprattutto i centri e i luoghi circostanti, che con molta probabilità costituivano aree in cui si erano potuti verificare i cosiddetti “movimenti radiali” dei contagi influenzali. Comunque, si trattava di studi fondamentali, perché consentivano di calcolare con ragionevole approssimazione statistica un indice di prevalenza della malattia da intrecciare con le valutazioni riguardanti la gravità dell'infezione e soprattutto con il tasso di mortalità⁷⁵.

Negli Usa, grazie a queste indagini si poté stabilire che nel 1918 a causa dell'influenza spagnola ci furono circa 400mila decessi accertati nelle aree in cui erano attivi quelli che oggi chiameremmo “registri di patologia”, e se il tasso di mortalità calcolato in queste zone fosse stato confermato anche per quelle denominate “di non registrazione”, negli Stati Uniti continentali si sarebbe potuto calcolare un numero totale di decessi dovuti alla pandemia influenzale sicuramente superiore al mezzo milione.

⁷³ Ivi, p. 136.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ Ivi, p. 176.

Il report dell'USPH, ancora non comprensivo delle vittime causate negli Usa dalla grave recidiva influenzale del 1919, riferiva inoltre che dai resoconti giornalistici che avevano fornito stime sul numero dei morti di influenza in tutto il mondo il numero complessivo delle vittime di spagnola al 1918 superava i sei milioni, con un tasso di mortalità tra l'uno e il 4%⁷⁶.

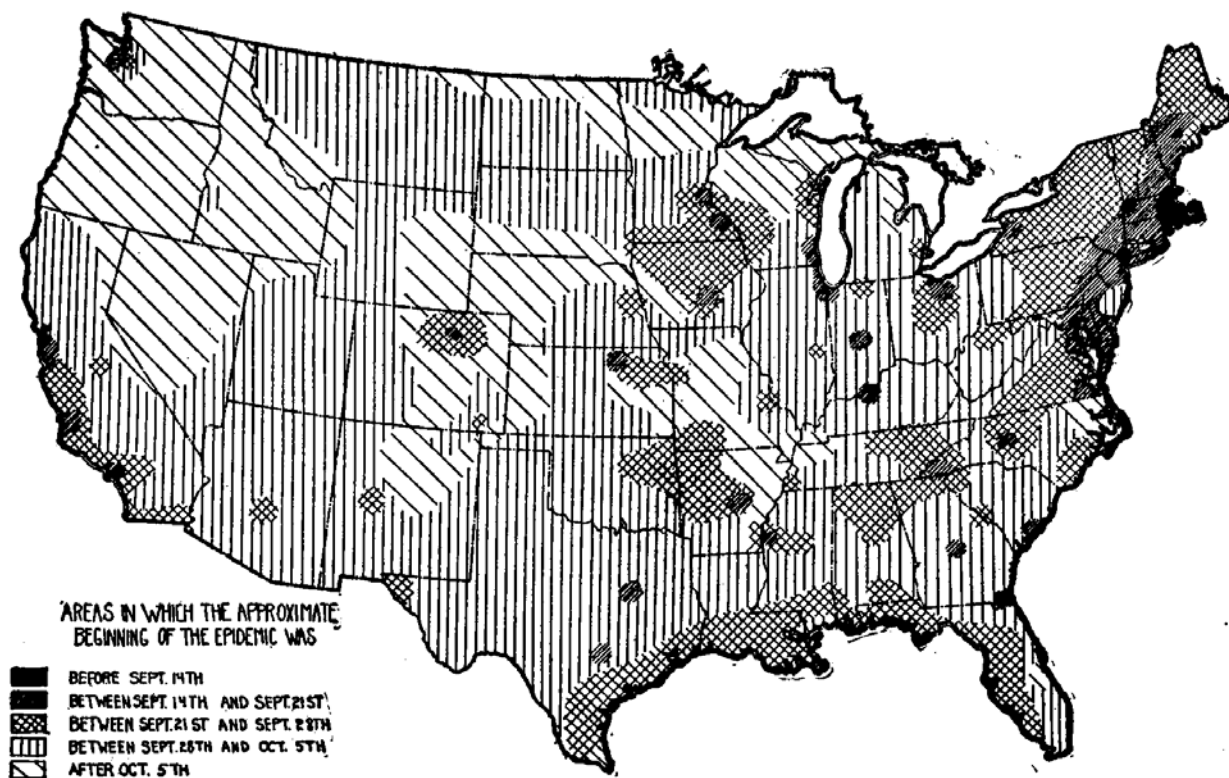


Fig. 1 La mappa è in *66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919*, cit. p. 177.

Furono pure condotti studi approfonditi su incidenza e distribuzione per età e sesso dell'influenza spagnola in aree campione prescindendo però dalle proiezioni ricavabili dai rapporti sulla mortalità al fine di evitare le notevoli alterazioni prodotte, per esempio, dall'impatto sulla densità di popolazione, e quindi sugli indicatori demografici, dall'applicazione della legge sulla leva, dall'ubicazione delle industrie di munizioni e da ogni altro fenomeno dalla guerra provocato sulla demografia in generale.

L'USPH, inoltre, avvertiva del rischio di interpretazioni errate, a causa, sempre per esempio, dell'apparente contraddizione rappresentata dal fatto che in alcune indagini in determinati segmenti d'età un elevato indice di morbilità non era affiancato da un altrettanto alto tasso di mortalità.

I risultati furono sicuramente molto interessanti, e grazie a essi si poté giungere alla conclusione che l'incidenza dei casi era più elevata nei bambini dai 5 ai 14 anni e

⁷⁶ Ivi, p. 178.

progressivamente decrescente nelle fasce d'età maggiore; leggermente più alta nelle femmine rispetto ai maschi della stessa età; il tasso di mortalità molto elevato nei bambini di età inferiore a un anno, negli adulti dai 20 ai 40 anni e nelle persone di età superiore a 60 anni, e più alto nei maschi rispetto alle femmine della stessa età⁷⁷.

Fig. 2

Number of persons canvassed in different sections of the United States, cases of influenza and pneumonia (all forms), and deaths from these diseases, by age and sex.

Age period.	Both sexes.			Males.			Females.		
	Persons.	Cases.	Deaths.	Persons.	Cases.	Deaths.	Persons.	Cases.	Deaths.
Under 1 year	2,849	684	39	1,417	304	23	1,432	280	16
Under 5 years	14,914	4,653	108	7,472	2,404	52	7,442	2,249	56
5 to 9 years	14,871	5,823	31	7,423	2,880	13	7,448	2,943	18
10 to 14 years	14,305	5,468	31	7,048	2,670	10	7,257	2,798	21
15 to 19 years	13,067	4,508	42	6,113	2,027	22	6,954	2,481	20
20 to 24 years	12,587	4,059	76	4,626	1,327	30	7,961	2,732	46
25 to 29 years	12,530	4,227	119	5,159	1,687	66	7,371	2,540	53
30 to 34 years	11,896	3,891	94	5,562	1,788	51	6,334	2,105	43
35 to 39 years	11,268	3,328	71	5,702	1,677	45	5,566	1,651	26
40 to 44 years	9,562	2,257	40	4,717	1,141	19	4,845	1,116	21
45 to 49 years	8,278	1,715	23	4,346	867	15	3,932	848	8
50 to 54 years	6,701	1,169	19	3,381	559	11	3,320	610	8
55 to 59 years	4,378	706	11	2,175	341	7	2,203	365	4
60 to 64 years	3,788	545	16	1,872	241	5	1,916	304	11
65 to 69 years	2,472	334	12	1,187	157	5	1,285	177	7
70 to 74 years	1,713	190	8	750	85	1	962	105	7
75 and over	1,649	143	5	703	58	4	946	85	1
Unknown	4,267	564	14	1,929	244	6	2,338	320	8
All ages	148,245	43,580	720	70,165	20,151	362	78,080	23,429	358

Fig. 3

Influenza and pneumonia (all forms).—Cases and deaths per 1,000 persons canvassed in different sections of the United States, by age and sex, and fatalities per 100 cases.

Age period.	Case rate per 1,000.			Death rate per 1,000.			Case fatality rate per 100.		
	Both sexes.	Male.	Female.	Both sexes.	Male.	Female.	Both sexes.	Male.	Female.
Under 1 year	205.0	214.5	195.5	13.7	16.2	11.2	6.7	7.6	5.7
Under 5 years	312.0	321.7	302.2	7.2	7.0	7.5	2.3	2.2	2.5
5 to 9 years	391.6	383.0	395.1	2.1	1.8	2.4	.5	.5	.6
10 to 14 years	352.2	378.8	355.6	2.2	1.4	2.9	.6	.4	.8
15 to 19 years	345.0	331.6	356.8	3.2	3.6	2.9	.9	1.1	.8
20 to 24 years	322.5	286.9	343.2	6.0	6.5	5.8	1.9	2.3	1.7
25 to 29 years	337.4	327.0	344.6	9.5	12.8	7.2	2.8	3.9	2.1
30 to 34 years	327.1	321.1	332.3	7.9	9.2	6.8	2.4	2.9	2.0
35 to 39 years	295.3	294.1	296.6	6.3	7.9	4.7	2.1	2.7	1.6
40 to 44 years	236.0	241.9	230.3	4.2	4.0	4.3	1.8	1.7	1.9
45 to 49 years	207.2	199.5	215.7	2.8	3.5	2.0	1.3	1.7	.9
50 to 54 years	174.5	165.3	183.7	2.8	3.3	2.4	1.6	2.0	1.3
55 to 59 years	161.3	156.8	165.7	2.5	3.2	1.8	1.6	2.0	1.1
60 to 64 years	143.9	128.7	158.7	4.2	2.7	5.7	2.9	2.1	3.6
65 to 69 years	135.1	132.3	137.7	4.9	4.2	5.4	3.6	3.2	4.0
70 to 74 years	111.0	113.3	109.1	4.7	1.3	7.3	4.2	1.2	6.7
75 and over	86.7	82.5	89.9	3.0	5.7	1.1	3.5	6.9	1.2
Unknown	132.2	126.5	136.9	3.3	3.1	3.4	2.5	2.5	2.5
All ages	294.0	287.2	300.1	4.9	5.2	4.6	1.7	1.8	1.5

Fig. 2-3. Le tabelle sono in 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919, cit. p. 179.

⁷⁷ Ivi, p. 179. I rilevamenti furono effettuati in alcune zone di Little Rock, Arkansas; San Francisco, California; New London, Connecticut; Augusta e Macon, Georgia; Des Moines, Iowa; Louisville, Kentucky; Spartanburg, South Carolina; City of San Antonio, Texas; Baltimora, Maryland; e in varie zone rurali e piccoli insediamenti urbani del Maryland.

Fig. 4

Influenza and pneumonia (all forms).—Cases reported in certain States during the last four months of 1918.

State.	September.	October.	November.	December.	Total.
Alabama.....	430	130,356	14,282	8,600	153,668
Arkansas ¹		39,724	5,008	3,943	
California.....		110,396	72,108	54,753	
Colorado.....		22,159	16,318	8,325	
Connecticut.....	9,098	83,521	6,980	8,265	107,864
Florida.....	43	9,681	1,918	652	12,294
Illinois.....	796	155,442	43,080	45,900	245,218
Indiana.....		47,649	28,184	28,519	
Iowa ¹		42,797	18,827	31,638	
Kansas.....	317	46,537	41,308	47,002	135,164
Louisiana.....	224	138,243	21,906	25,899	186,272
Maine.....	3,011	20,529	7,596	12,013	43,149
Maryland.....	1,794	53,305	17,012	14,189	86,300
Massachusetts ²		92,311	15,306	43,720	
Michigan.....		44,887	27,559	46,936	
Minnesota.....		62,806	45,446	22,976	
Montana ¹		19,980	12,193	5,471	
Nebraska.....	40	45,646	33,780	45,892	125,358
New Jersey.....		273,719	16,421	20,726	
New York.....	2,555	419,492	72,120	43,625	537,792
North Carolina ¹		103,349	10,136	11,092	
North Dakota.....	18	8,013	5,509	4,950	18,490
Ohio ²		53,606	55,150	69,303	
Oregon.....	3	8,710	10,661	9,015	28,389
Porto Rico.....		19,397	58,292	116,067	
Rhode Island ¹	9,645	16,581	1,702	3,607	31,535
South Carolina.....	2,773	77,747	18,450	2,772	101,742
South Dakota.....	268	22,212	12,102	10,534	45,116
Texas.....	487	47,724	9,311	14,853	72,406
Utah.....		16,952	17,067	10,103	
Vermont.....	5,825	27,016	1,454	3,386	37,664
Virginia ¹	19,512	139,439	46,563	54,302	259,816
Washington.....	260	21,531	19,922	16,272	57,985
West Virginia ¹	138	16,323	4,849	3,528	24,838
Wisconsin ¹	6	15,122	9,866	15,312	40,306

¹ Influenza cases only. ² Cases of lobar pneumonia only included with influenza.

Fig. 5

Influenza and pneumonia (all forms).—Deaths registered in certain States during the last four months of 1918.

State.	September.	October.	November.	December.	Total.
Alabama.....	125	3,703	2,221	1,805	7,854
Arizona.....	20	848	1,098	376	2,252
Arkansas.....	91	1,708	1,021	1,345	4,165
California.....	203	5,381	6,505	3,658	15,747
Connecticut.....	448	5,823	1,297	1,062	8,630
Delaware.....	75	1,223	97	110	1,505
District of Columbia.....	88	1,809	199	476	2,572
Florida.....	88	2,711	935	383	4,117
Hawaii.....	32	28	40	49	149
Illinois.....	1,233	14,077	5,525	5,263	26,098
Indiana.....	200	3,358	2,628	2,835	9,021
Iowa.....	111	2,770	2,063	3,010	7,954
Kansas.....	90	2,802	1,526	2,302	6,820
Kentucky.....	182	5,201	4,468	1,940	11,771
Louisiana.....	102	4,575	2,127	907	7,711
Maine.....	195	1,841	631	800	3,467
Maryland.....	210	7,689	826	789	9,494
Massachusetts ¹	2,293	11,449	1,558	2,647	17,947
Michigan ²	22	2,451	1,866	2,104	6,443
Minnesota.....	120	2,277	3,329	2,014	7,740
Nebraska.....	43	1,615	1,197	1,477	4,332
New Jersey.....	522	12,465	2,200	1,650	16,837
New York.....	1,185	31,246	9,411	5,151	46,993
North Dakota.....	1	745	987	634	2,367
Ohio.....	314	9,219	6,866	5,700	22,099
Oklahoma.....	37	2,540	1,424	1,303	5,304
Oregon.....	26	649	818	570	2,063
Pennsylvania.....	1,404	36,938	17,301	9,081	64,724
Porto Rico.....	101	214	2,502	4,338	7,155
Rhode Island.....	253	2,218	344	390	3,205
South Carolina.....	155	3,611	1,615	1,330	6,711
South Dakota.....	27	519	897	665	2,108
Texas.....	119	6,009	4,425	3,568	14,121
Utah.....	23	588	756	461	1,828
Vermont.....	104	1,268	182	215	1,769
Washington.....	86	1,389	1,571	1,742	4,788
Wisconsin.....	164	2,260	2,260	2,982	8,022
Wyoming.....	9	203	364	237	813
Total.....	10,481	195,876	94,990	75,349	376,696

¹ Deaths from lobar pneumonia only included with influenza deaths.
² Influenza deaths only.

Fig. 4-5. Le tabelle sono in 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919, cit., pp. 185 e 186.

Negli ultimi tre mesi del 1918, fu posta particolare attenzione all’andamento dei contagi di influenza e ai casi di polmonite in tutte le forme. Nei 35 Stati posti sotto osservazione, in quel solo arco di tempo gli infetti furono in totale 4.114.810 e i decessi 376.696⁷⁸.

Attenuazione, recrudescenza ed epilogo (1920)

Negli Stati Uniti l’influenza spagnola, dopo un momentaneo calo dei contagi, ricomparve agli inizi del 1920 e impegnò la *Division of Pathology and Bacteriology* dell’*Hygienic Laboratory* dell’USPH in una intensa serie di esperimenti nel tentativo di riprodurre nell’uomo l’infezione con colture del bacillo di Pfeiffer (*Haemophilus influenzae*), che in quegli anni, come si è già accennato, era erroneamente considerato l’agente patogeno della spagnola. Un numero elevato di determinazioni colturali fu iniettato in pazienti a Washington e in altre località nella speranza di ottenere finalmente il vaccino, «but without definite results. Neither our own work nor that carried on at other laboratories has seemed to elucidate many of the puzzling features of this important disease»⁷⁹.

Anche gli studi epidemiologici e statistici sull’influenza che erano stati avviati nel 1919 continuarono l’anno successivo sempre sotto la direzione generale del chirurgo W. H. Frost e dell’economista e statistico Edgar Sydenstricker. Si seguirono tre piste d’indagine generali: il ricampionamento tanto dei risultati degli studi condotti sul campo nel 1918 e nella prima parte del 1919 quanto dei dati inediti elaborati dai dipartimenti sanitari statali; l’analisi della ricomparsa dell’epidemia influenzale nel gennaio 1920 e la comparazione con il fenomeno epidemico del 1918-19 attraverso la ricerca organizzata a Baltimora su un campione di circa 35mila persone già coinvolte nelle osservazioni effettuate nel biennio precedente; infine, lo studio della recrudescenza dell’influenza nel 1920 con indagini specifiche su determinate fasi cliniche ed epidemiologiche⁸⁰. Si trattava di un lavoro quanto mai necessario, anche per la messa a punto di vari metodi statistici e censuari che correggessero le stime della popolazione del 1918 in modo che si tenesse conto dell’assenza di uomini in età militare e di tutte le perturbazioni demografiche provocate dallo sforzo bellico. I risultati finali di questo impegnativo lavoro di metodologia per le scienze statistiche furono pubblicati in un articolo intitolato *Difficulties in computing civil death rates for 1918, with especial reference to epidemic influenza*, scritto da Edgar Sydenstricker, dall’assistente di statistica dell’USPH Mary L. King e con il supporto di William H. Davis, capo della sezione sulle statistiche vitali del *Bureau of the Census*⁸¹. In effetti, nel 1918 si erano verificate particolari condizioni che avevano determinato una distribuzione anomala della popolazione nei vari gruppi

⁷⁸ Ivi, p. 185.

⁷⁹ 66th Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920*, Government Printing Office, Washington 1920, p. 77, consultabile all’URL: https://www.govinfo.gov/content/pkg/SERIALSET-07802_00_00-002-0864-0000/pdf/SERIALSET-07802_00_00-002-0864-0000.pdf (ultimo accesso il 3 settembre 2025).

⁸⁰ Ivi, p. 19.

⁸¹ Cfr. E. SYDENSTRICKER, M. L. KING, *Difficulties in computing civil death rates for 1918, with especial reference to epidemic influenza*, in *Public Health Reports*, Vol. 35, n. 7, February 13, 1920, pp. 330-345, consultabile all’URL: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/67997> (ultimo accesso il 5 settembre 2025).

demografici comunemente utilizzati nelle statistiche, come, per esempio, la destinazione di oltre quattro milioni di uomini appartenenti a determinate fasce d'età per la composizione delle forze armate da impiegare nella guerra contro la Germania. Gli effetti di tale fenomeno furono particolarmente marcati in alcune località rispetto ad altre, incidendo notevolmente sulla composizione per sesso ed età della popolazione in momenti diversi a partire dall'aprile del 1917. Anche lo spostamento di lavoratori nelle località dove erano concentrate le industrie per la produzione necessaria allo sforzo bellico aveva provocato cambiamenti nello status occupazionale della popolazione particolarmente importanti dal punto di vista del sesso e dell'età, dato che il numero di donne e il numero di uomini al di sopra dell'età lavorativa abituale erano aumentati notevolmente in alcune specifiche occupazioni, cui si aggiungeva un notevole spostamento di popolazione nera dagli Stati del Sud a quelli del Nord e dell'Est. Ne conseguiva che il calcolo dei tassi di mortalità e di altri indici demografici per il periodo riguardante la manifestazione dell'influenza spagnola avrebbe dovuto considerare gli effetti di tutti questi fattori, anche per la dimostrata infondatezza di qualsiasi ipotesi o supposizione che movimenti più o meno in controtendenza potessero avere avuto effetti compensatori⁸².

Nel 1918, negli Stati Uniti continentali il *Census Bureau* aveva registrato un numero complessivo di 1.471.367 decessi per malattia, pari a un tasso del 18,02‰, il più alto mai registrato. L'area di registrazione della mortalità comprendeva 30 Stati, il Distretto di Columbia e 27 città in Stati non compresi nella zona di rilevazione, per un numero di abitanti totale stimato in 81.868.104, pari al 77,8% di tutta la popolazione degli Stati Uniti (nel 1917, l'area di registrazione dei decessi negli Usa comprendeva 27 Stati, il Distretto di Columbia e 43 città in Stati esterni, con una popolazione totale stimata di 75milioni, ossia il 73% circa dell'intera popolazione)⁸³.

Del totale dei decessi, 477.467, cioè oltre il 32%, erano dovuti a influenza e polmonite (in tutte le forme, cioè primarie e secondarie), e 380.996 di questi si erano verificati negli ultimi quattro mesi del 1918. Il tasso di influenza e polmonite era stato di 583,2 ogni 100.000 abitanti: l'influenza aveva causato 244.681 decessi e la polmonite 232.786, con tassi rispettivamente di 298,9 e 284,3 ogni 100.000 abitanti, anche questi indici i più alti mai registrati per tali motivi (nel 1917, per esempio, il tasso di mortalità per l'influenza era stato del 17,2% e per la polmonite del 149,8%)⁸⁴.

In definitiva, le correzioni statistiche sulla mortalità provocata dalla epidemia influenzale riguardavano soprattutto il ricalcolo di indici e distribuzione territoriale dei decessi, ma non i valori assoluti di questi ultimi, che furono tragicamente confermati.

Intanto, la storia epidemiologica delle patologie influenzali indicava che si sarebbe potuta verificare una recidiva di spagnola durante l'inverno 1919-20, e per questo motivo il Servizio Sanitario Pubblico prestò particolare attenzione a tutti i rapporti provenienti dalle varie aree del Paese in modo da rilevare immediatamente l'eventuale ripresa dell'epidemia. Verso la metà del gennaio 1920, i rapporti da Chicago, nell'Illinois, indicavano un forte aumento del numero di casi, contemporaneamente verificatosi anche a Boise, nell'Idaho, a Washington e in altre località. Nell'ultima decade del mese furono inviati telegrammi a tutti i funzionari sanitari statali con la richiesta di rapporti quotidiani che fornissero il numero di infetti e di decessi per influenza e polmonite, e tali informazioni via telegrafo furono ricevute regolarmente da molte località fino a quando

⁸² Ivi, p. 330.

⁸³ Ivi, p. 346.

⁸⁴ *Ibidem*.

il contagio non fu definitivamente in declino. Dal confronto tra i dati dell'infezione influenzale del 1920 e quelli del 1918 emergeva che la malattia era stata meno virulenta nel 1920, che il picco epidemico si era verificato in meno tempo e che il calo del numero di casi e decessi era stato decisamente più rapido (Cfr. *infra*, *Appendice statistica*).

L'epidemia del 1920 si concluse in primavera e non fu seguita da ondate successive o da quelle recrudescenze che invece l'avevano caratterizzata dopo il suo esordio nel 1918 e durante l'inverno 1918-19⁸⁵.

Dal 12 al 20 dicembre del 1920 si svolse a Montevideo la Sesta Conferenza Sanitaria Internazionale. In quell'occasione, il report della Delegazione degli Stati Uniti d'America mise in evidenza come fino ad allora i ricercatori più qualificati non fossero stati in grado di determinare una cura per la malattia, né di individuarne l'agente patogeno (si cominciava comunque a ipotizzarne una specifica causa virale). Per quanto riguardava le misure preventive, l'efficacia di quelle che erano state effettuate negli ultimi mesi non era scientificamente dimostrata e si poteva solo continuare a seguire le pratiche che si erano mostrate di una certa validità. Del resto, appariva poco logico aspettarsi che una qualsiasi misura che non fosse un'efficace e specifica immunizzazione potesse garantire una protezione duratura per la popolazione in generale⁸⁶. Non c'erano dubbi, ovviamente, riguardo al fatto che il principale fattore di diffusione della malattia fosse da imputare a tutto ciò che aumentava il contatto personale, motivo per cui nell'autunno del 1919 il Servizio sanitario pubblico statunitense aveva inviato ai funzionari sanitari del Paese disposizioni in merito alle misure da intraprendere per affrontare eventuali ricomparsa dell'influenza. In particolare, ogni medico era obbligato a segnalare al funzionario sanitario tutti i casi di malattie analoghe all'influenza, venivano disposte misure di isolamento dei soggetti con sindrome simil-influenzale, si imponeva a tutto il personale sanitario l'uso di mascherine e la disinfezione delle mani, bisognava intensificare il controllo sistematico delle malattie trasmissibili per mezzo di ispezioni dei ristoranti pubblici e dei distributori di bevande gassate e curare l'emissione di specifiche ordinanze e regolamenti. Si riteneva, inoltre, che non si potessero trarre grandi benefici dalla chiusura delle scuole nei distretti ad alta concentrazione demografica, anche perché sarebbe stato impossibile negare ai bambini il permesso di correre per le strade, e dunque il pericolo di trasmettere l'infezione influenzale non sarebbe diminuito; al contrario, però, nei distretti suburbani la chiusura delle scuole avrebbe potuto rappresentare un mezzo molto auspicabile per il controllo dell'epidemia⁸⁷. I risultati degli esperimenti condotti dai funzionari del Servizio sanitario avevano inoltre stabilito con altissima probabilità che l'influenza poteva essere trasmessa dai soggetti infetti attraverso le secrezioni delle vie respiratorie superiori nelle fasi precoci della malattia, probabilmente entro le prime 12 ore dall'esordio; mentre, altri test attentamente controllati non avevano evidenziato alcuna utilità dei vaccini influenzali, per cui il loro utilizzo era stato fortemente sconsigliato. Le indagini statistiche, infine, avevano dimostrato che un'immunità di breve durata (mediamente da 7 a 10 mesi) veniva trasmessa dall'attacco di influenza, una protezione destinata però a scomparire del tutto in un tempo immediatamente successivo

⁸⁵ Ivi, p. 199.

⁸⁶ *Report of the Delegation from the United States of America to the Sixth international Sanitary Conference At Montevideo, December 12-20 1920*, Government Printing Office, Washington 1920, p. 36, consultabile all'URL:

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015069820440&seq=3> (ultimo accesso il 27 agosto 2025).

⁸⁷ Ivi, pp. 36-37.

inferiore o al massimo uguale alla sua persistenza⁸⁸.

A cavallo tra 1919 e 1920, il Servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti ricevette dal Governo quasi 23 milioni di dollari per la soppressione dell'influenza spagnola e di altre malattie trasmissibili, per la ricerca e i laboratori di igiene, la costruzione di strutture ospedaliere e le forniture sanitarie, gli stipendi di medici, funzionari, dipendenti ecc.

Il costo della pandemia in termini di vite umane era stato invece incalcolabile⁸⁹. L'evento biologico che negli Usa aveva scatenato la spagnola era stato lo *spillover* di un patogeno tra volatili e umani e il conflitto mondiale ne fu tanto l'efficacissimo sistema di contagio attraverso la grande mobilitazione interna e internazionale di popolazione, quanto un fattore della sua eccezionale letalità, avendo provocato l'abbassamento delle difese immunitarie di gran parte degli individui per gli stenti materiali cui li costrinse.

⁸⁸ Ivi, p. 37.

⁸⁹ *Combined Statement of the Receipts and Disbursements, Balances, etc., of the United States during the Fiscal Year ended June 30 1920*, Treasury Department, Document No. 2891, Division of Bookkeeping and Warrants, Washington Government Printing Office, 1921, pp. 52-53, consultabile all'URL: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=osu.32435063604276&seq=54&q1=Public+Health+Service> (ultimo accesso 5 settembre 2025).

Appendice statistica

Deaths from influenza and pneumonia (all forms) in certain large cities, by weeks, in January, February, and March, 1920.

City.	Week ended—												Total.
	January.					February.				March.			
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	6	13	20	
Albany, N. Y.	6	3	2	3	14	19	29	23	20	10	9	3	141
Atlanta, Ga.	7	19	11	10	15	32	75	104	75	46	26	22	442
Baltimore, Md.	30	20	35	24	59	122	268	231	123	80	65	34	1,091
Birmingham, Ala.	11	13	9	16	14	22	18	59	70	76	45	31	384
Boston, Mass.	24	28	28	45	85	158	255	216	136	80	48	37	1,140
Buffalo, N. Y.	13	10	7	10	17	67	141	145	98	50	38	24	635
Cambridge, Mass.	4	8	7	8	14	22	28	23	12	4	5	6	142
Chicago, Ill.	98	107	153	472	1,100	1,005	494	243	126	120	108	118	4,163
Cincinnati, Ohio.	18	14	12	17	25	38	62	81	90	73	34	37	510
Cleveland, Ohio.	28	21	25	26	41	158	258	177	125	71	57	52	1,039
Columbus, Ohio.	5	15	9	8	22	59	118	66	48	19	14	9	392
Dayton, Ohio.	7	4	7	13	46	47	32	24	7	5	6	9	207
Denver, Colo.	15	21	18	24	49	159	160	67	44	21	10	15	603
Detroit, Mich.	57	47	52	89	324	740	481	185	101	78	84	56	2,294
Fall River, Mass.	3	7	10	5	3	5	16	25	19	18	14	13	138
Grand Rapids, Mich.	3	1	4	2	6	31	37	32	14	11	5	3	149
Indianapolis, Ind.	13	-18	16	21	36	92	124	72	49	41	20	23	515
Kansas City, Mo.	12	13	29	96	120	220	167	74	53	29	23	34	870
Los Angeles, Calif.	18	10	18	19	22	42	88	74	57	49	20	21	444
Louisville, Ky.	9	10	10	9	18	40	52	48	30	20	18	12	276
Lowell, Mass.	3	5	4	2	7	12	10	30	20	27	16	7	158
Memphis, Tenn.	15	12	12	11	10	22	64	61	46	42	24	17	336
Milwaukee, Wis.	15	25	14	45	141	184	121	41	31	16	14	19	666
Minneapolis, Minn.	20	12	10	9	63	168	125	53	13	8	18	7	506
Nashville, Tenn.	4	6	11	6	12	8	23	47	62	33	26	16	254
Newark, N. J.	15	17	14	30	55	116	142	93	54	34	24	32	626
New Haven, Conn.	11	6	8	10	19	20	60	68	31	23	17	15	283
New Orleans, La.	18	27	27	27	32	36	62	89	76	56	59	53	562
New York, N. Y.	195	218	261	511	1,308	1,988	1,796	987	513	369	317	284	8,747
Oakland, Calif.	7	4	8	20	24	55	54	60	21	17	19	6	295
Omaha, Neb.	5	4	7	13	45	62	63	32	28	19	13	16	307
Philadelphia, Pa.	64	55	75	108	153	289	564	620	373	217	153	95	2,766
Pittsburgh, Pa.	55	47	53	55	76	168	417	290	193	105	77	62	1,588
Portland, Oreg.	4	13	8	9	17	21	57	52	41	28	13	15	278
Providence, R. I.	6	12	13	8	14	39	88	92	57	37	16	16	397
Richmond, Va.	6	2	9	6	21	35	38	28	13	8	7	6	179
Rochester, N. Y.	8	13	7	12	23	50	52	27	19	12	15	8	246
St. Louis, Mo.	47	57	41	73	236	401	282	129	60	35	33	33	1,427
St. Paul, Minn.	7	4	10	26	75	80	63	26	14	5	10	11	331
San Francisco, Calif.	20	14	26	48	59	115	137	113	89	54	32	23	730
Seattle, Wash.	9	12	4	7	12	32	98	78	59	34	15	8	358
Spokane, Wash.	0	4	3	3	12	32	64	33	17	10	7	0	185
Syracuse, N. Y.	6	9	8	10	31	89	78	29	23	11	6	13	313
Toledo, Ohio.	8	9	8	9	18	54	50	50	26	15	13	5	265
Washington, D. C.	32	22	27	81	181	164	92	55	30	23	20	22	749
Worcester, Mass.	5	10	9	7	14	15	44	52	34	59	18	12	279
Total.....	956	1,004	1,139	2,072	4,697	7,333	7,547	5,210	3,269	2,204	1,630	1,350	38,411

1 Deaths from pneumonia (all forms) only.

2 Deaths from influenza only.

Fig. 6. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 200.

Comparison of the excess¹ annual mortality rate per 100,000 from influenza and pneumonia (all forms) by weeks during the 1920 epidemic with that for corresponding weeks in the 1918 epidemic in cities included in the Weekly Health Index of the Bureau of the Census, considered as a whole.

Week ended—	Excess over rate for corresponding week of median year.	Week ended—	Excess over rate for corresponding week of median year.
1918.		1920.	
Sept. 14.....	-6	Jan. 3.....	-56
21.....	76	10.....	-55
28.....	328	17.....	-27
Oct. 5.....	1,028	24.....	184
12.....	2,557	31.....	741
19.....	4,592	Feb. 7.....	1,241
26.....	4,695	14.....	1,319
Nov. 2.....	3,332	21.....	867
9.....	1,832	28.....	422
16.....	980	Mar. 6.....	185
23.....	620	13.....	69
30.....	528	20.....	9
Dec. 7.....	617		
14.....	792		
21.....	801		
28.....	629		

¹ Excess over the mortality rate from the same causes in corresponding week of the median year in the period 1910-1916. The weekly rates for the median year have been approximated by plotting the rate for the median year for each month (thus affording a rough "normal" seasonal curve) for each city, and then by reading from the curve the indicated median rate at the midpoint for each week. The excess has been found by subtracting this median rate from the actual rate for the corresponding weeks in 1918 and 1920.

Fig. 7. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 201.

Cases of influenza reported by State health officers, December, 1919, to May, 1920, inclusive.

State.	December, 1919.	1920.				
		January.	February.	March.	April.	May.
Alabama.....	15	211	11,039	6,233	204	10
Arizona.....		160	800	439	31	171
Arkansas.....	137	3,526	22,718	6,533	575	101
California.....	111	9,522	46,857	7,944	457	175
Colorado.....		5,534	7,097	4		
Connecticut.....	26	7,732	15,055	880	62	6
Delaware.....	10	28	244	94		4
District of Columbia.....	23	2,980	1,004	43		
Florida.....	25	2,057	5,762	1,731	386	195
Idaho.....	13	4,147	2,890	312	4	2
Illinois.....	668	66,976	63,666	65,529	367	138
Indiana.....		5,175	18,217	3,080	279	
Iowa.....	9	4,848	71,093	134	11	
Kansas.....	67	9,037	48,285	6,666	163	11
Louisiana.....	75	968	12,117	6,419	83	12
Maine.....	10	517	11,474			15
Maryland.....	160	4,057	22,234	4,147	589	133
Massachusetts.....	147	5,076	28,340	2,215	227	98
Michigan.....			38,138	3,448		
Minnesota.....	36	7,275	24,607	2,575	130	57
Mississippi.....	1,628	3,078	20,270	17,482	1,085	520
Montana.....	6	1,603	5,191	401	4	2
Nebraska.....	5	2,988	16,815	2,758	258	6
New Jersey.....	124	8,570	16,208	1,055	89	24
New Mexico.....	12	335	3,771	395	59	21
New York.....	418	30,431	75,828	9,966	904	613
North Dakota.....	14	3,709	6,244	1,548	35	
Ohio.....	176	10,092	62,040	3,195	202	71
Oregon.....	7	1,345	5,965	598	4	
Rhode Island.....	8	1,170	5,799	242	9	
South Carolina.....	17		12,000	567	76	60
Vermont.....	5	118	3,584	1,281	43	8
Washington.....		2,892	18,530	703	20	9
West Virginia.....	128	3,530	32,157	3,052	296	90
Wisconsin.....	13	11,263	21,731	1,523	36	18
Wyoming.....		2,520	1,330		10	6
Total cases reported.....	4,093	239,082	759,030	163,192	7,604	2,567
Number of States reporting.....	30	34	36	34	31	27

Fig. 8. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 202.

Deaths from influenza and pneumonia (all forms) in 28 States September, 1918, to April, 1919, inclusive.

Month.	Number of deaths.	Annual death rate per 1,000 population.
September, 1918.....	8,229	1.5
October, 1918.....	140,543	25.1
November, 1918.....	61,186	11.3
December, 1918.....	51,471	9.2
January, 1919.....	43,734	7.8
February, 1919.....	22,959	4.5
March, 1919.....	22,378	4.0
April, 1919.....	12,780	2.4
Total.....	363,280	8.3

Influenza and pneumonia (all forms)—Cases reported in certain States during the first four months of 1919.

State.	January.	February.	March.	April.	Total.
Alabama.....	7,354	2,790	595	302	11,047
Arkansas ¹	4,235	2,146	205	.03	6,649
California.....	68,504	3,186	3,266	5,179	80,135
Colorado ¹	2,707	712	958	215	4,592
Connecticut.....	6,976	2,310	1,294	290	10,870
District of Columbia ¹	3,199	476	223	30	3,928
Florida.....	1,402	234	40	220	1,896
Georgia.....	3,938	2,137	878	323	7,276
Hawaii ¹	2,719	4,081	3,992	622	12,014
Illinois.....	16,774	7,396	6,237	1,486	31,893
Indiana.....	11,606	6,135	4,630	1,286	23,657
Kansas ¹	15,742	10,175	13,127	1,956	41,000
Louisiana.....	37,289	2,708	503	184	40,684
Maine.....	2,573	304	162	218	3,257
Maryland.....	18,924	6,247	2,367	770	28,308
Massachusetts ²	29,821	7,098	3,516	1,532	41,967
Michigan ³	463	268	401	185	1,317
Minnesota.....	7,430	1,900	3,037	932	13,305
Mississippi.....	45,769	15,552	4,655	2,174	68,150
Montana.....	1,797	662	2,223	950	5,632
Nebraska.....	12,419	2,924	6,190	1,066	22,589
New Jersey.....	13,843	6,601	4,431	1,852	26,727
New York.....	44,855	17,410	11,033	4,913	78,211
North Carolina.....	9,218	3,831	1,304	678	15,141
North Dakota.....	340	150	84	60	634
Ohio.....	26,871	26,252	29,871	8,441	91,435
Oregon.....	8,974	592	269	391	10,226
Rhode Island ¹	4,456	920	194	30	5,600
South Carolina.....	10,714	719	127	69	11,629
South Dakota.....	6,721	1,026	1,043	672	9,462
Vermont.....	5,332	1,255	1,042	180	7,809
Virginia ¹	40,747	17,711	5,333	1,610	65,401
Washington ⁴	6,917	1,327	792	193	9,229
West Virginia ¹	1,584	1,863	647	161	4,255
Wisconsin ¹	4,148	1,111	1,268	387	6,914
Wyoming.....	131	92	84	55	362
Total.....	486,548	160,913	116,081	39,675	803,217

¹ Cases of influenza only.² Cases of lobar pneumonia only included with influenza.³ Cases of pneumonia (all forms) only.⁴ Cases of pneumonia (all forms) in Seattle not included.

Fig. 9-10. Le tabelle sono in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 212.

Influenza and pneumonia (all forms)—Deaths registered in certain States during the first four months of 1919.

State.	January.	February.	March.	April.	Total.
Alabama.....	2,116	1,088	499	327	4,030
Arkansas.....	715	380	201	153	1,449
California.....	4,239	650	501	538	5,928
Colorado.....	650	469	596	261	1,976
Connecticut.....	989	536	546	296	2,367
Delaware.....	285	117	67	39	508
District of Columbia.....	411	142	138	53	744
Florida.....	569	341	158	97	1,165
Georgia.....	450	521	309	228	1,508
Hawaii ¹	80	190	154	35	459
Illinois.....	3,330	2,076	2,420	1,096	8,922
Indiana.....	1,450	1,026	1,779	692	4,957
Kansas.....	916	613	1,009	366	2,904
Louisiana.....	2,125	634	349	202	3,310
Maine.....	597	214	245	174	1,230
Maryland.....	1,303	710	371	220	2,604
Massachusetts ²	2,379	971	733	430	4,513
Michigan.....	2,082	1,156	1,102	657	4,997
Minnesota.....	1,176	573	821	485	3,055
Nebraska.....	488	318	527	345	1,678
New Jersey.....	2,086	1,416	1,203	630	5,344
New York.....	7,209	4,811	4,217	2,492	18,729
North Dakota.....	561	212	191	133	1,097
Ohio.....	2,779	2,315	3,089	1,721	9,904
Oklahoma.....	1,232	454	340	228	2,254
Oregon.....	831	133	102	92	1,158
Porto Rico ¹	1,229	416	152	76	1,873
South Carolina.....	1,577	848	354	233	3,012
Vermont.....	158	137	132	92	519
Virginia.....	2,750	1,208	810	403	5,171
Washington.....	1,085	348	251	220	1,904
Wisconsin.....	906	648	949	690	3,202
Wyoming.....	131	92	84	55	362
Total.....	48,893	25,763	24,399	13,789	112,844

¹ Deaths from influenza only.

² Deaths from lobar pneumonia only included with influenza deaths.

Fig. 11. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 213.

Il “virus dei bianchi”. Forme e momenti della negazione del “Covid” nell’Africa subsahariana

STEFANO PICCIAREDDA

L’Africa non è immune

Allo scoppio della pandemia da Covid 19, per alcune settimane agli inizi del 2020 si ipotizzò che i paesi dell’Africa subsahariana potessero essere in qualche modo “risparmiati”, e che gli effetti del virus sarebbero stati trascurabili. Alcune peculiarità continentali, come le caratteristiche climatiche, la giovane età della popolazione, la presenza di anticorpi generati da altre malattie infettive sembrarono autorizzare tale ottimistica previsione. Si comprese presto, tuttavia, che, pur senza presentare i ritmi di crescita esponenziale che si sperimentavano nell’emisfero settentrionale, il virus iniziava a propagarsi e mietere vittime anche a sud del Sahara¹. A quel punto l’ottimismo lasciò spazio a un pessimismo quasi apocalittico. Le immagini di centri sanitari scarsamente attrezzati, ricolmi di malati con difficoltà respiratorie, divennero “virali” sui social e lasciarono presagire scenari catastrofici, avvalorati da alcuni dati, come quello sulla quasi totale mancanza di apparecchi per la ventilazione, i cosiddetti “caschi respiratori”, in grado di tamponare la fase acuta della malattia. Lo Stato più giovane dell’Africa, il Sud Sudan, ne aveva a disposizione appena quattro.

Come spesso accade, nessuno dei due scenari estremi – immunità e catastrofe – si è poi realizzato. A dire il vero, a distanza di cinque anni dalla fase più acuta della pandemia, è ancora complicato tracciare un bilancio accurato e preciso dell’incidenza del Covid e dei suoi effetti nell’Africa subsahariana. Il fatto che i paesi che avevano un sistema sanitario più sviluppato – quelli dell’Africa australe, a partire dal Sudafrica, e realtà più piccole e ricche, come le isole Seychelles, o i possedimenti francesi di Réunion e Mayotte – siano risultati molto più colpiti, non è certo una coincidenza: mostra piuttosto che la raccolta delle informazioni è stata più accurata, perché più numerosi e performanti erano i centri sanitari che hanno affrontato l’emergenza. Senza entrare nella mole di dati, non sempre concordanti, a oggi disponibili sul numero totale di casi registrati in ogni paese e sul numero di decessi (è appena il caso di notare come anche in Europa sia ancora aperto il dibattito su come differenziare e conteggiare i morti *con* Covid e i morti *per* Covid), può essere utile per un raffronto considerare che, se a livello mondiale si sono registrati circa 90.000 casi per milione di abitanti (in Italia 443.000), nella maggior parte dei 49 paesi dell’Africa subsahariana l’indicatore è rimasto sotto i 10.000. I decessi sono stati invece 899 per milione di abitanti nel mondo, 3.261 in Italia, quasi sempre meno di 100 nel continente che ci interessa². Numeri assai bassi, per fortuna, ma quanto reali? Il Covid ha colpito di striscio il continente africano o ha agito nascostamente, senza lasciare traccia

¹ Fanno ancora eccezione il Lesotho e le isole Comore.

² Informazioni elaborate dall’a. sulla base dei dati forniti da OMS (Organizzazione mondiale della sanità), ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), AfricaCDC (African Centre for Disease Prevention and Control).

nelle cifre ufficiali³?

Lasciando ad altri esperti e ad altre discipline il compito di cercare risposte a queste importanti domande, le pagine che seguono intendono interrogarsi e fornire spunti di comprensione circa i modi con i quali diversi protagonisti, come le autorità civili, gli *opinion makers*, le realtà religiose, le popolazioni locali, hanno reagito all'apparire di questo male, prima, e alla possibilità di proteggersi da esso attraverso l'assunzione di vaccini mRNA poi. L'avvento di questo prodotto ha segnato un netto spartiacque nella storia della pandemia. La diffusione dei vaccini anticovid in Africa è stata però più lenta e ancora più contrastata di quanto sia accaduto altrove. I casi che saranno presi in considerazione non avranno ovviamente carattere di esaustività, né potranno essere rappresentativi di ogni paese, ma frutto di una selezione di situazioni che appaiono particolarmente degne di interesse. Il periodo preso in considerazione è quello del 2020-21, con le prime e più virulente ondate di contagi.

È possibile attuare il lockdown in Africa?

I 49 paesi dell'Africa subsahariana si sono distinti, in una prima fase, per la notevole varietà di provvedimenti assunti. Si va dal *lockdown* estremo deciso dal Sudafrica, che ha rapidamente introdotto questa misura al quinto e ultimo livello – il più restrittivo –, all'atteggiamento di superiorità mostrato dal Burundi, che, come spiegò il portavoce della Presidenza della Repubblica in un'intervista alla Bbc⁴, «fa eccezione tra le nazioni perché è un paese che pone Dio al primo posto, un Dio che lo scruta e lo protegge da ogni disagio». E di tale protezione vi sarebbe stato davvero bisogno, nei mesi che videro la popolazione accalcarsi nei comizi elettorali convocati in vista delle presidenziali del 20 maggio. Più in generale, i paesi che hanno scelto di conservare una qualche normalità e di lasciare libertà di movimento alla popolazione sono stati ben pochi, ovvero la Tanzania e il Benin. La maggior parte dei governi, anche a fronte di un esiguo numero di contagi, optò per misure di limitazione piuttosto nette, anche se non sempre estese alla totalità del territorio dello Stato. In Costa d'Avorio la capitale Abidjan venne “chiusa” in entrata e in uscita; a Kinshasa la “zona rossa” fu applicata al quartiere della Gombé, quello degli affari, dei ministeri e delle ambasciate. Il tratto comune delle misure adottate fu il divieto di assembramento, con limite fissato a 20, 50 o 100 persone.

A tale misura si aggiunse in molti casi, stante la difficoltà o l'impossibilità di praticare il *lockdown* – su cui si tornerà più avanti – la misura del coprifuoco (dalla Tunisia al Sudafrica, dalla Nigeria al Kenya). La circolazione era permessa per poche ore al giorno, e allo scattare dell'orario di chiusura l'esercito e le forze di ordine pubblico intervenivano per far rispettare le ordinanze, con casi di tiro ad alzo zero sulla popolazione. In Nigeria, nell'aprile 2020, il numero di vittime causate dal fuoco della polizia superò quello dei decessi per Covid⁵. Alcuni studi hanno recentemente indagato le dimensioni delle azioni

³ Per ovviare alla diversa densità di diagnosi dei vari paesi, l'OMS ha cercato di fare un bilancio dell'impatto del COVID a partire dall'eccesso di mortalità che si è verificato negli anni 2020-21 rispetto alla media dei 5 anni precedenti. Secondo questa analisi, in Africa si è verificato un eccesso di mortalità di circa l'8%, inferiore a quello osservato nei continenti più colpiti, come Americhe (22%), Sud Est asiatico (22%) ed Europa occidentale (17%). Cfr. W. MSEMBURI, A. KARLINSKY, V. KNUTSON ET AL., *The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic*, in «Nature», 613, 2023, pp. 130-137.

⁴ Dichiarazioni ascoltabili in <https://www.bbc.com/news/topics/ce1qrvlel07t/burundi>, consultato nel luglio 2025.

⁵ Tra le fonti da cui traggono questi dati e quelli che seguono segnalano: la rivista *Jeune Afrique*; le emittenti

repressive poste in essere dalle autorità, mettendo in evidenza come in diversi casi si siano registrati abusi ed eccessi, aumentando il tasso di violenza presente nelle società e diminuendo ulteriormente la fiducia delle popolazioni verso le forze dell’ordine⁶.

L’approccio fermo e deciso nel senso della chiusura ricalcò l’atteggiamento assunto dalla Cina e dai paesi europei. Senza tuttavia che i governi si fossero interrogati a sufficienza sulla riproducibilità di tali modelli nell’Africa subsahariana. È davvero possibile attuare il *lockdown* in Africa? Nella notte di giovedì 26 marzo 2020 questa domanda si pose con drammaticità nella capitale della Repubblica Democratica del Congo, Kinshasa. L’indomani mattina avrebbe dovuto avere inizio un periodo di tre settimane di *confinement total*, proclamato dal governatore della città-provincia Gentiny Ngobila. L’annuncio aveva scatenato nei giorni precedenti una corsa per dotarsi di riserve di cibo. I prezzi si erano impennati. Ma alla gara per l’approvvigionamento aveva partecipato forse una metà degli oltre dodici (il numero esatto non è calcolabile) milioni di abitanti. La maggioranza dei *kinois* vive infatti “alla giornata”. Le persone acquistano cibo per la sera con il provento delle attività della mattina: *obimi te okolia te* – se non esci, non mangi –, recita un detto in lingala. Immediatamente, associazioni della società civile e rappresentanti politici della coalizione di governo e dell’opposizione invocarono la revoca del provvedimento da parte del governo nazionale, revoca che giunse nella notte. La chiusura fu rinviata a data da destinarsi. Un’influenza significativa, se non decisiva, sulla decisione, si dovette all’intervento, sia pubblico che discreto, dell’arcivescovo cattolico, card. Fridolin Ambongo, figura che ha raccolto un’eredità politica, oltreché spirituale, di lungo periodo⁷. Egli chiese con vigore alle autorità che fossero garantiti per tutta la popolazione cibo e acqua potabile attraverso distribuzioni gratuite, in mancanza delle quali il confinamento avrebbe comportato una condanna a morte per molti. Il suo appello fu ascoltato, e quattro settimane dopo, il 22 aprile, il Presidente della Repubblica Felix Tshisekedi nominò il cardinale alla testa del coordinamento destinato a sovrintendere la struttura amministrativa del Fondo di solidarietà per la lotta al virus, con una dotazione economica consistente. Questa esperienza – è utile sottolinearlo – ha comportato ripercussioni sulle relazioni tra lo Stato congolese e le confessioni religiose. Il Presidente comprese l’importanza di coinvolgere tali soggetti nelle decisioni, e di evitare di calare dall’alto misure impopolari e che del resto, senza la partecipazione attiva della popolazione, non avrebbero sortito gli effetti sperati. Così, il 20 aprile, Tshisekedi convocò i responsabili delle Chiese e delle confessioni religiose per associarle, come recita il comunicato stampa ufficiale,

Radio France International, Bbc, Radio Okapi (gestita dalla missione ONU in RDC); le agenzie di stampa NAN (News Agency of Nigeria, governativa), SANews (South African Government News Agency); i siti fides.org, africanews.com, nigrizia.it; le pagine delle conferenze episcopali africane.

⁶ Cfr. ad esempio M.K. DZORDZORMENYOH, V.M. AHADZIE, *COVID-19 Health Measure Enforcement and Its Influence on Police Trust: Evidence from 15 African Countries*, in «International Criminology», 5, 2025, pp. 128-142; A.J. ALARAN ET AL., *Decisive or impulsive? Re-examining Africa’s lockdown response to COVID-19*, in «Tropical Medicine and Health», 50, 22, 2022 (open access); M. COLOMBINI ET AL., *Exploring the impact of COVID-19 hard lockdown on service provision for survivors of violence against women in South Africa: a qualitative study*, in «BMJ Open», 2025, 15, p. e095058. Si vedano poi i rapporti di organizzazioni internazionali come Human Rights Watch e dell’African Criminal Justice Reform, quest’ultimo reperibile online, <https://dullahomarinate.org.za/acjr/acjr-publications/combined-covid-19-report-13-10-2021-final.pdf>. Sito consultato nel luglio 2025.

⁷ Il riferimento è al fatto che, di fronte alle dittature e alle malversazioni, al prolungarsi dei conflitti interni e internazionali che hanno coinvolto il loro paese, suoi predecessori come Malula e Monsengwo hanno incarnato, volenti o nolenti, il ruolo dell’alternativa, della denuncia, dell’opposizione.

dans ce combat commun contre cet ennemi qu'est Covid-19. Malgré l'interdiction des cultes qui frappe les églises, Félix Tshisekedi a demandé aux confessions religieuses de continuer à intercéder pour le pays. Après échanges, les hommes d'églises ont promis qu'ils vont continuer à jouer leur rôle en tant que leaders d'opinions en sensibilisant les fidèles sur les risques réels du Covid-19⁸.

Come qui si sottolinea, uno degli effetti più visibili e avvertiti dai cittadini, in Congo come nel resto dell'Africa, delle misure di contrasto del contagio, fu la proibizione delle cerimonie religiose pubbliche di ogni tipo. Un aspetto del *lockdown* che ha influito non poco sulla generale attitudine delle popolazioni di fronte alle politiche pubbliche adottate per fronteggiare il Covid.

Una Pasqua e un Ramadan catodici

Abbiamo chiesto ai fedeli di sottolineare la preghiera personale e familiare. Poiché le celebrazioni si terranno senza la partecipazione del popolo di Dio, abbiamo chiesto ai sacerdoti di essere più creativi a livello pastorale per offrire riflessioni, omelie ed esortazioni ai fedeli attraverso i social network. Dobbiamo anche cogliere questa opportunità per vivere meglio la solidarietà in modo concreto. Non si tratta di visitare le persone, ma di avvicinarci a loro in vari modi: tramite chiamate, messaggi sulle reti, ecc. Dobbiamo anche aiutare coloro che hanno difficoltà a vivere nel contenimento per trovare i mezzi per farlo. Una buona parte delle nostre popolazioni vive in situazione precaria e non sarà in grado di sostenere le misure di contenimento. Sta a noi aiutarli⁹.

Così si esprimeva l'arcivescovo di Lomé, capitale del Togo, mons. Barrigah-Benissan. Più a sud, il segretario generale della Conferenza episcopale e membro dello Zimbabwe Council of Churches, p. Frederick Chiromba, annunciava la sospensione sine die dei culti di tutte le confessioni religiose, specificando che «i credenti potranno assistere a tutte le funzioni della Settimana Santa attraverso lo streaming live sul web»¹⁰. In Camerun per decisione dei vescovi le messe si tennero solo nelle parrocchie principali, mentre nelle chiese di missione furono sospese. «Per fortuna – dichiarò mons. Esua, emerito di Bamenda – abbiamo radio e tv cattoliche che trasmetteranno per intero le funzioni, la nostra gente è stata avvertita e invitata a restare a casa il più possibile»¹¹. In Guinea Bissau la radio cattolica è l'emittente più ascoltata, nonostante nel paese i fedeli siano circa il 10% della popolazione. Il direttore, un missionario italiano del Pime, allo scoppiare del virus decise di rivoluzionare il palinsesto inserendo programmi per catecumeni, preghiere per la fine della pandemia, trasmissioni per la quaresima con la possibilità di intervenire e la via crucis.

Molte parrocchie sudafricane, secondo l'arcivescovo emerito di Pretoria Slattery, furono in grado di trasmettere le funzioni in streaming, via radio e tv, unica soluzione possibile dopo la decisione dei vescovi di proibire le celebrazioni liturgiche pubbliche,

⁸ <https://www.radiookapi.net/2020/04/20/actualite/politique/lutte-contre-le-coronavirus-felix-tshisekedi-mobilise-les-confessions>. Sito consultato nel luglio 2025.

⁹ Cit. da L. ATTANASIO, *La Pasqua in Africa, tra Covid-19 e liturgia via radio*, in www.omnisterra.fides.org, 9.4.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

¹⁰ *Catholic Church in Zimbabwe to live stream Mass*, in «thezimbabwemail.com», March 21, 2020.

¹¹ Cit. da ATTANASIO, *op.cit.*

«nel pieno rispetto delle linee guida del governo, che è stato molto saggio». Anche in Uganda, le celebrazioni si svolsero obbligatoriamente senza popolo in tutte le diocesi, e i battesimi previsti per la notte di Pasqua furono rinviati. Il già menzionato card. Ambongo presiedette tutte le celebrazioni della settimana santa in cattedrale, trasmesse dalla radio e dalla tv cattolica. Sono esempi che mostrano l’attitudine generalmente rispettosa e accondiscendente dei responsabili religiosi rispetto a quelli civili in questo delicato frangente.

L’osservazione non vale solo per i cristiani, ma pure per i musulmani. Se nel 2020 i primi vissero il principale appuntamento della loro fede, la Pasqua, in una modalità definita “del cuore”, poche settimane dopo toccò ai fedeli musulmani sperimentare una modalità nuova di vivere il mese più sacro, quello del Ramadan, collocato tra il 23 aprile e il 23 maggio. Nell’occasione le città egiziane, e tra esse il Cairo con i suoi quasi 15 milioni di abitanti, abituate a popolarsi di luci, raduni, feste e preghiere per tutta la notte fino all’alba, si prepararono a modificare abitudini consolidate. Lo stesso accadde nelle moschee di tutti i paesi africani dove erano in vigore misure di contenimento. Ma nei paesi del Maghreb le autorità introdussero presto alleggerimenti, il 30 aprile in Algeria e il 3 maggio in Tunisia, dove il capo del governo dichiarò che la situazione era quasi del tutto sotto controllo. Il coprifuoco fu posticipato di due ore, dalle 18 alle 20. Le moschee restarono chiuse, ma le cronache riportarono una certa indisposizione a rispettare le norme di isolamento e distanziamento in quel mese di festa da parte della popolazione.

«Non ci sono più vecchi da uccidere, qui»

Nelle città africane l’apparizione del virus ha suscitato forti preoccupazioni. Oltre alla sofferenza fisica e al timore per la mancanza di cure, del resto economicamente insostenibili per la maggior parte della popolazione anche quando disponibili, chi manifestava i sintomi della malattia doveva anche affrontare lo stigma e la diffidenza dei vicini: le fonti riferirono di intere vie che si svuotavano, con i residenti che abbandonavano le case alla notizia – vera o presunta – del verificarsi di un caso di positività. Al contempo, si osservò l’apparire e il diffondersi di una narrazione di segno diverso, fortemente critica sull’adozione di misure “occidentali” in un contesto radicalmente altro, e quindi avversa alla accettazione “prona” da parte delle autorità di misure prese altrove. Se ne fece interprete con la consueta sagacia, dalle colonne di *Jeune Afrique*, lo scrittore ivoriano Gauz¹², secondo il quale l’Africa si stava chiudendo e confinando «come un cane impazzito nel vedere il padrone impaurito. [...] Con l’eccezione significativa del Benin, tutti i suoi dirigenti ripetono alla lettera i discorsi dei leader europei»¹³. Sarebbero la differenza demografica e la diversa struttura della piramide dell’età a rendere completamente imparagonabile la realtà africana rispetto a quella europea:

Al 30 marzo, in Francia, l’età media dei positivi era di 62,5 anni, l’84% dei deceduti avevano più di 70 anni. [...] In Francia il 20,3% della popolazione ha più di 65 anni, in Costa d’Avorio sono 3 su 100 [...]. In Africa l’aspettativa di vita non supera i 62

¹² Pseudonimo di Armand Patrick Gbaka-Brédé, premio Gibert Joseph dei librai francesi 2014 con *Debout-Payé*, Le Nouvel Attila, Paris.

¹³ *Le coronavirus n’a plus de vieux à tuer sur ce continent*, in «Jeune Afrique», 16 aprile 2020, rubrica *Tribune*.

anni, in Niger e Uganda l'età media è di 15 anni. Un cinquantenne a Bouaké è un miracolato.

Non senza polemica Gauz concludeva:

Il coronavirus in occidente è un problema molto grave. L'Africa non è coinvolta allo stesso modo per il semplice motivo che, da sessant'anni, l'incuria dei suoi politici, l'avidità dei sistemi finanziari, le sciocchezze dei piani di aggiustamento strutturale, le ambizioni di avventurieri senza fede né legge hanno già fatto il lavoro: non ci sono più vecchi da ammazzare nel nostro continente¹⁴.

Nelle sue amare considerazioni Gauz trascurava tuttavia di rilevare come nell'Africa subsahariana, al pari del resto del mondo, il numero assoluto e l'incidenza percentuale degli anziani è in costante aumento. Anche in Africa la loro vita è stata a rischio, e con la loro quella degli operatori sanitari, ancor meno protetti e ancor più esposti rispetto ai nostri, e chiave della sostenibilità generale. I popoli africani hanno già pagato, tra tutti, il prezzo più alto alla pandemia da Hiv-Aids e a Ebola, e continuano ad essere fiaccati dalla malaria, nelle sue varie forme, soffrendo tra l'altro dell'inferiore diritto di accesso alle cure rispetto agli altri.

Il "complotto" del Covid 19 e i rimedi soprannaturali

Proprio lo scarso rispetto del diritto universale alla salute da parte dei governi africani – obbligati, va ricordato, ad ottemperare a cogenti programmi di aggiustamento strutturale e rientro dal debito –, più che elementi relativi alla cultura e alla tradizione, spiegano il largo ricorso a metodi di cura alternativi, nonché l'affidarsi a improbabili figure di guaritori, *curanderos*, pastori e quanti lucrano sul bisogno di guarigione e benessere. È a questo livello che si colloca un ulteriore elemento di interesse della storia africana del Covid: la ricerca di cure "locali" e la diffidenza verso le modalità "occidentali" di risposta alla pandemia, fino al rifiuto del vaccino. Due vicende camerunesi aiutano a comprendere come tali risposte si siano manifestate.

La prima concerne l'iniziativa di un vescovo camerunese, Samuel Kleda, arcivescovo di Douala, che nell'aprile del 2020 iniziò a somministrare un prodotto, una miscela di erbe medicinali, a suo dire efficace contro il Covid 19. Il vescovado di Douala divenne rapidamente un indirizzo della speranza, attirando migliaia di persone desiderose di ottenere il ritrovato. In un'intervista rilasciata al quotidiano francese *La Croix* il 28 aprile 2020 il presule sostenne di interessarsi «da trent'anni alla cura dei malati attraverso piante medicinali della farmacopea africana». Intellettuali e media diedero risalto e positiva

¹⁴ *Ibidem*. Aggiunge Gauz: «Capiamo bene i popoli straziati d'Europa e d'America. Siamo solidali, e sappiamo che ne usciranno, loro che da così tanto tempo sono capaci di pensare solo a sé stessi, al loro benessere materiale, loro che hanno per secoli camminato nel mondo costruendo le loro preziose vite sulla negligenza di quelle degli altri. Ne usciranno. Hanno il materiale politico, storico e culturale per farlo. Noi non viviamo la stessa lotta. Proprio no. Non ci sono più vecchi da uccidere, qui. Povero virus!». Tra gli studi che pongono la minore percentuale di anziani sul totale della popolazione tra le cause principali della bassa mortalità da Covid nell'Africa subsahariana si vedano Y. LAWAL, *Africa's low COVID-19 mortality rate: A paradox?*, in «International Journal of Infectious Diseases», 102, 2021, pp.118-122; O.O. OLERIBE et aa., *Possible Reasons Why Sub-Saharan Africa Experienced a Less Severe COVID-19 Pandemic in 2020*, in «Journal of Multidisciplinary Healthcare», 14, 2021, pp. 3267-3271.

interpretazione a questa iniziativa, sottolineando il fatto che si realizzava così, finalmente, una “risposta africana”, che andava ad aggiungersi ad altre già apparse, come quella concepita dal Presidente del Madagascar, trasformatosi per l’occasione in erborista anti-covid, e creatore di un rimedio a base di artemisia¹⁵. Intanto, in Camerun, le testimonianze di malati guariti o ristorati si moltiplicavano, fatto che non deve stupire, in quanto l’assunzione di prodotti ricostituenti e antinfiammatori – sempre che non siano nocivi – può senz’altro produrre un miglioramento delle condizioni generali del paziente, senza contare, poi, che nella maggior parte dei casi la guarigione dal Covid avviene naturalmente.

A pochi passi dalla sede arcivescovile di Douala – venendo alla seconda vicenda esemplificativa – aveva il suo quartier generale il trentanovenne Franklin Ndifor, noto in Camerun per essere a capo della *Kingship International Ministries Church*, ma soprattutto per essersi candidato alle elezioni presidenziali del 2018. Allo scoppio della pandemia Ndifor aveva presieduto varie sessioni di preghiera taumaturgica nella sua Chiesa, convocando i malati di Covid 19 ed imponendo loro le mani per invocare la guarigione. Ndifor morì sabato 16 maggio 2020, dopo alcuni giorni di sofferenza e l’aggravarsi di difficoltà respiratorie. Il medico legale che constatò il decesso lo ascrisse proprio al Covid 19 e richiese l’intervento delle équipes di sanificazione e protezione, per il trasporto del corpo in sicurezza. Fu allora che la famiglia si barricò in casa, per impedire che Franklin fosse portato via. Nel frattempo la notizia, circolata rapidamente, attirò nel quartiere di Bonaberi centinaia di fedeli, che si riunirono attorno alla residenza di Franklin e iniziarono una sessione spontanea di canti e preghiere invocando la resurrezione del pastore. La folla impedì ai medici di accedere affermando che il pastore non era morto ma «in ritiro spirituale con Dio»¹⁶, e non doveva essere sepolto. Nel corso della giornata la tensione crebbe e solo in serata, con l’intervento di truppe e mezzi speciali e l’utilizzo di gas lacrimogeni, le autorità riuscirono a disperdere l’assembramento per consentire alle équipes mediche di accedere alla residenza e adottare le misure necessarie per la messa in sicurezza¹⁷. I giornalisti presenti hanno riferito lo sgomento e la preoccupazione diffusa tra i familiari dei malati che si erano affidati a Ndifor.

Questa seconda vicenda ci porta a considerare un attore rilevante di questa storia: la cosiddetta “terza Chiesa”. Ovvero quella costellazione di gruppi “neopentecostali”, “del risveglio”, o altrimenti definiti, che costituisce, specie in Africa ed in America latina, una galassia in continuo sviluppo, con migliaia di denominazioni grandi e piccole, dall’estensione multinazionale o limitate ad un singolo quartiere di periferia. Anticipazione, secondo alcuni, del cristianesimo del futuro¹⁸. In queste Chiese il rapporto con la medicina è spesso all’insegna della diffidenza. «Mi è stato diagnosticato il diabete,

¹⁵ Su questo cfr. tra gli altri E. SARI, *Andry Rajoelina, VRP en Afrique du Covid-Organics*, in «Jeune Afrique», 23.05.2020.

¹⁶ M.E. KINDZEKA, *Panic Grips Faithful After Cameroon COVID Pastor Dies*, in www.voanews.com, 17.05.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

¹⁷ J. NKOUAM, *Franklin Ndifor : des fidèles tentent de ressusciter le pasteur décédé du Covid-19*. In www.bbc.com/afrique, 17.05.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

¹⁸ Cfr. su questo fenomeno, nella vasta bibliografia, H.J. COX, *Fire from Heaven: The Rise of Pentecostal Spirituality and the Reshaping of Religion in the Twenty-First Century*, Reading (MA), Addison-Wesley, 1995; P. JENKINS, *La terza Chiesa. Il cristianesimo nel XXI secolo*, Roma, Fazi, 2004; P. SCHIRIPA, *Terapie religiose. Neoliberalismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo*, Roma, Edizioni CISU, 2012; J. ROBBINS, *The Globalization of Pentecostal and Charismatic Christianity*, in «Annual Review of Anthropology», 33, 2004, pp. 117-143; S. PICCIAREDDA, *Il cristianesimo del futuro? Cenni storici e linee di sviluppo del pentecostalismo contemporaneo*, in «Mantua Humanistic Studies», IX, 2020, pp. 215-240.

ma ora che mi sono avvicinata a Dio ho scoperto che il diabete è una malattia spirituale. Le medicine che prendevo non servivano a nulla, solo Dio guarisce», ha dichiarato Debora, congolese residente in Olanda, a Julie Ndaya che la intervistava¹⁹. Questo genere di convinzioni, per quanto riguarda l’Africa subsahariana, ha comportato risvolti drammatici nel caso di un’altra pandemia, quella dell’Hiv-Aids, specie nel momento in cui la cura più efficace – la cosiddetta triterapia – era finalmente divenuta disponibile.

Si osserva la sistematica e radicale richiesta ai fedeli di abbandonare ogni genere di mezzi diagnostici e di cure farmacologiche prescritte e somministrate sotto il controllo di un medico. Affidarsi a lui mostrerebbe una fede debole, un “tradimento” nei confronti del pastore e della sua capacità, quale intermediario, di mettere in atto la potenza taumaturgica di Dio: «C’est Dieu l’Unique Médecin», ripeteva Elisabeth Olangi Wosho, fondatrice di una delle più grandi Chiese del risveglio della Repubblica Democratica del Congo, il *Ministère du Combat spirituel*, oggi diffusa anche in Europa²⁰. Chi assume farmaci, insomma, disprezza Dio e non ha speranze di guarigione, secondo i pastori delle nuove Chiese dalle varie denominazioni.

Il quadro latinoamericano

Queste rapide note sulle ricadute sulla salute pubblica della diffusione delle “Chiese del risveglio” nell’Africa subsahariana possono essere messe a confronto con quanto accaduto nei paesi dell’America latina, dove la pandemia si è presentata con un volto particolarmente aggressivo e con elevati ritmi di diffusione. Tale è stato il caso del Brasile, il cui presidente di allora, notoriamente vicino alla principale Chiesa neopentecostale del paese, la *Igreja Universal do Reino de Deus* (Iurd), fece proprie alcune delle posizioni di disprezzo della medicina e della visione scientifica rappresentate nel caso africano²¹. Nel “credo” della Iurd, per quanto attiene al rapporto tra malattia e fede, la comparsa di patologie è sempre interpretata come segnale di presenza di forze maligne nel corpo dell’uomo, luogo in cui le forze fisiche e spirituali si incontrano e dove avviene lo scontro tra bene e male, ovvero tra Dio e il diavolo. Come ha scritto Eleonora Pagnotta, «il male è personificato dal diavolo, che agisce nel mondo e ogni miracolo, esorcismo o conversione si considerano una vittoria divina. La malattia, la sofferenza, i problemi fisici e mentali sono causati dalla possessione da parte degli spiriti maligni»²². Pilastro e punto di forza della Iurd, similmente ad altre esperienze della galassia neopentecostale, è proprio il potere della Chiesa, quale tramite della potenza divina, di “liberare” i fedeli da tale “possessione”. Il momento centrale delle lunghe sessioni di culto è quello dell’esorcismo, del miracolo “in diretta”, a cui i fedeli possono assistere verificando settimanalmente l’efficacia della comunità cui hanno aderito:

¹⁹ Cfr. J. NDAYA, «Prendre le bic». *Le combat spirituel congolais et les transformations sociales*, Leiden, CEA, 2008, p. 21.

²⁰ Ivi, p. 94. Vedi pure B. MEIERS, *Le Dieu de Maman Olangi. Ethnographie d’un combat spirituel transnational*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2013.

²¹ Circa l’esplosione del pentecostalismo in America latina e in Brasile in particolare cfr. J.-P. BASTIAN, *Pentecôtisme et médiation politique au Brésil*, in «Revue d’histoire et philosophie religieuses», 96/1, 2016, pp. 57-70; R. CHESNUT, *Competitive Spirits: Latin America’s New Religious Economy*, Oxford University Press, Oxford, 2003; M. RUSSO, *I protestanti brasiliani e la modernità*, in R. MOROZZO DELLA ROCCA (a cura di), *La modernità e i mondi cristiani*, Bologna, Il Mulino, 2010.

²² E. PAGNOTTA, *Dal pentecostalismo al transpentecostalismo. Il caso della Iglesia Universal del Reino de Dios in Messico*, Roma, Aracne, 2016, p. 151.

L'azione della Iurd si concretizza nell'offerta di un trattamento spirituale: ogni tempio è definito dall'organizzazione stessa come un “pronto soccorso spirituale”. Nella teologia della Iurd è lo Spirito Santo che realizza i miracoli di guarigione. [...] Per ottenere il miracolo è necessario risvegliare la fede del credente mediante una serie di atti e di comportamenti ben definiti dalla Chiesa: il contributo economico (decima e offerte), la frequenza al tempio, l'impiego di acqua benedetta, l'imposizione delle mani accompagnata dall'unzione con olio. Nella teologia, “curare” significa condurre le persone alla salvezza, allontanandole dalle cause del male, dai demoni. Ecco perché la cura dei malati e le pratiche esorcistiche rappresentano fondamentalmente due facce della stessa moneta²³.

Come è noto, il presidente Jair Bolsonaro si rifiutò a lungo di adottare misure rigide di contenimento, invocando teorie complottiste e chiedendo al popolo una resistenza spirituale. Le sue posizioni hanno riecheggiato quelle dei più noti pastori del paese, come il leader della *Igreja Mundial do Poder de Deus* Valdemiro Santiago (già membro della Iurd), secondo il quale il virus costituiva una punizione divina, e del fondatore e capo della Iurd Edir Macedo, cui si deve la gravissima affermazione secondo la quale il coronavirus – opera satanica – non aveva alcun potere sui fedeli che non nutrivano timore verso di esso²⁴. Quello che era considerato il pastore più vicino al Presidente, e sua guida spirituale, Silas Malafaia, intervenne quotidianamente contro il *lockdown*, fonte a suo avviso di disordini sociali che provocherebbero molte più vittime di quelle causate dal virus.

In questo caso, però, la popolazione non si è lasciata ingannare. Alcuni osservatori hanno notato come i templi – aperti nonostante i provvedimenti anti-assembramenti – fossero semivuoti, e come i pastori siano stati costretti a videotrasmettere le funzioni e ad escogitare nuovi sistemi per la raccolta delle decime. Al tempo stesso, come ha notato Francisco Borba Ribeiro Neto dell'Università Cattolica di Sao Paulo, l'esplosione della pandemia sembrò confermare, agli occhi di molti, la visione della realtà proposta dalle varie *Igrejas*: «I fondamentalisti vedono un mondo pieno di pericoli e nemici nascosti, nel quale l'unica via di scampo dal male è la stretta aderenza alle norme e alle dottrine della Chiesa. La pandemia è proprio funzionale al rafforzamento di questa terrificante visione del mondo»²⁵.

Un altro studioso del fenomeno pentecostale, il sociologo delle religioni Clemir Fernandes, ha invece sottolineato come alla base del contrasto alle misure di confinamento non vi fosse altro che una preoccupazione economica, e come un pastore come Malafaia vada considerato «un imprenditore religioso che cerca di proteggere i propri interessi come chiunque altro»²⁶. Va notato infine che del mondo evangelico, e della sua robusta rappresentanza parlamentare, fanno parte numerosi medici e personalità che «di scienza, due o tre cose le conoscono»²⁷, e che furono sempre meno disponibili ad accettare politiche così spudoratamente irrazionali. La realtà, come sempre, è complessa e contraddittoria. Ne è un esempio il sito internet della Iurd, che nella propria homepage proponeva, ponendolo in risalto, un panorama delle ricerche sui vaccini e le cure di

²³ Ivi, p. 152.

²⁴ Cit. da T. MILZ, *How evangelicals in Brazil are spinning COVID-19*, in www.dw.com, 06.04.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*.

contrasto al covid, senza alcuna critica²⁸. I responsabili della Chiesa erano troppo avvertiti per abbracciare una posizione di rigetto radicale delle teorie scientifiche. Preferirono piuttosto un atteggiamento più sfumato, che poteva colorarsi in un senso o nell'altro a seconda delle occasioni.

Il vaccino, l'arma dei "bianchi" per distruggere l'Africa

Torniamo, in conclusione, al continente africano, e al momento in cui fu reso disponibile il vaccino, seppure non con la medesima immediatezza e capillarità con le quali esso fu distribuito e somministrato in Europa. Dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'ottobre 2022 stimavano al 24% la percentuale di africani che avevano ricevuto almeno una dose. Una cifra molto lontana dall'obiettivo indicato dalla stessa organizzazione – il 70% – e da quella globale che si attestava al 64%. Erano appena tre i paesi dell'area subsahariana che facevano eccezione, ovvero la Liberia, le Mauritius e le Seychelles, tutti con percentuali superiori al 70%. Bisogna però ricordare che la disponibilità di vaccini si ebbe in Africa più tardi rispetto agli altri continenti, perché i primi stock realizzati furono immediatamente acquistati dall'Europa e dagli Stati Uniti. Il primo vaccino a raggiungere l'Africa subsahariana fu quello di produzione cinese (Sinopharm o Coronavac). In seguito, con la messa a regime del programma Covax, promosso dalle Nazioni Unite e dall'Oms con la partecipazione di 190 governi, divenne possibile destinare quote importanti di vaccini ai paesi a basso reddito. Le prime dosi giunsero in Ghana nel febbraio del 2021. Si trattò del più ampio e ambizioso programma di distribuzione di vaccini della storia, in questa parte del pianeta.

È doveroso osservare come, in questa temperie, tra i soggetti che mantennero una posizione stabile e in alcun modo ammiccante alle teorie negazioniste o cospirative, vada inclusa l'Unione Africana, da subito favorevole all'introduzione dei vaccini, attiva perché i trial clinici coinvolgessero anche le popolazioni africane, insistente nella richiesta di sospendere o mitigare il monopolio dei brevetti vaccinali da parte delle grandi multinazionali farmaceutiche²⁹. Nonostante tali sforzi, non fu possibile superare tutte le difficoltà. La logistica di una campagna vaccinale generalista era complessa, e si scontrò con alcuni problemi strutturali dell'Africa, come la non capillarità della rete elettrica e la precarietà delle infrastrutture dei trasporti. Organizzare in emergenza e in tempi rapidi sistemi di stoccaggio, trasporto, distribuzione e somministrazione non risultò sempre possibile, e ciò comportò la necessità di distruggere molte migliaia di dosi vaccinali giunte con date di scadenza troppo ravvicinate. Al di là di tali problematiche, e dopo avere osservato che dalla fine del 2021 poco sarebbe cambiato circa la quantità di vaccini somministrati, in seguito alla progressiva diminuzione degli effetti più devastanti della pandemia e all'accendersi di nuove crisi geopolitiche, occorre comprendere le ragioni dello scarsissimo successo delle campagne vaccinali, fatto che costituisce l'altra specificità del rapporto tra Africa e Covid. Rispondere a questa domanda costituisce oggi un compito importante, addirittura decisivo, non solo per quanti si pongono di fronte alla questione da un punto di vista storico, sociologico, antropologico o di storia della

²⁸ www.universal.org. Sito consultato nel luglio 2025.

²⁹ Cfr. su questo la documentazione presente sul sito dell'Africa CDC (Centre for Disease Control and Prevention), e K. NASH, *The African Union and Emerging Patterns of Global Health Governance*, In «Global Studies Quarterly», 10, 2023, <https://doi.org/10.1093/isagsq/ksad048>. Sito consultato nel luglio 2025.

medicina, ma soprattutto per gli esperti di medicina pubblica, statistica sanitaria, igiene: vanno individuati errori da non ripetere, dinamiche da modificare, meccanismi psicologici individuali e collettivi sui quali intervenire. Si tratta cioè di una questione complessa e di ampio respiro, al momento non abbastanza esaminata: è a tutt’oggi evidente la generale mancanza di bilanci e riflessioni sull’esperienza che l’Africa ha vissuto nel biennio 2020-21 con il diffondersi della pandemia. In questa sede ci si limiterà a fornire alcuni spunti di riflessione, premettendo che vanno distinte alcune problematiche generali, che con poche eccezioni si sono manifestate in tutti i paesi del subcontinente, da altre più specifiche che hanno riguardato singole realtà.

Una prima considerazione da fare riguarda il fatto che le posture e gli atteggiamenti descritti nei primi paragrafi ebbero pesanti conseguenze sulle campagne vaccinali. La ricerca di rimedi locali, la presunta specificità del continente rispetto agli altri, la diffidenza verso soluzioni concepite altrove e imposte dall’alto, i traumi del lockdown, la penetrante predicazione antiscientifica di movimenti religiosi più o meno recenti alla ricerca di popolarità a basso costo, contribuirono ad un’accoglienza negativa da parte delle popolazioni, e non solo, di fronte alle “fiale” che lentamente cominciavano a rendersi disponibili nei vari paesi.

Il fatto che – tra i vari disponibili – il prodotto che fu inviato in misura maggioritaria in Africa fosse il vaccino a vettore virale Vaxzevria, comunemente noto con il nome commerciale di AstraZeneca, prodotto in India su brevetto inglese (Oxford), presto abbandonato in vari paesi europei a causa di una più alta incidenza degli effetti collaterali e della minore efficacia protettiva, ingenerò la convinzione che i paesi del nord avessero riservato agli africani gli scarti delle loro campagne³⁰. E ciò, insieme alla constatazione del superamento della data di scadenza di molti lotti inviati, generò una comprensibile indignazione e un movimento di protesta e rifiuto. Teorie complottiste e apocalittiche tanto fantasiose e improbabili quanto intriganti e atte a una diffusione virale presero a circolare. Da quelle più neutre, secondo le quali il virus è una “malattia dei bianchi” che non necessita di cure in Africa, cure che vengono imposte per perpetuare la dipendenza e aumentare l’indebitamento, a quelle più estreme che vedevano nelle sostanze iniettate sotto spoglia di vaccino potenti veleni, inoculati al fine di sterminare le popolazioni africane e prendere il controllo delle risorse delle quali le loro terre sono così generosamente dotate³¹. Ugualmente e ancora più diffusa, la teoria secondo la quale i vaccini avessero intenzionalmente l’effetto di provocare sterilità, e servissero quindi a contrastare gli alti tassi di fertilità registrati in Africa, che tanto preoccupano le classi dirigenti europee.

Mentre queste voci si diffondevano, e si amplificavano i casi di effetti indesiderati gravi, le autorità moltiplicavano gli appelli pubblici perché la popolazione aderisse spontaneamente alle campagne di vaccinazione, come da raccomandazioni dell’Oms e della comunità scientifica. Appelli che in certi casi sortirono l’effetto opposto a quello desiderato. Fece scalpore, ancora una volta, il caso della Repubblica Democratica del Congo e del suo Presidente, il quale, subito dopo aver parlato alla nazione della necessità

³⁰ Occorre ricordare che i paesi dell’Africa, specie quella francofona, seguono con attenzione le vicende della ex metropoli. Le polemiche sviluppatasi nel continente europeo, le “fake news” diffuse dai social media, i dibattiti televisivi, hanno avuto un’eco immediata in questi paesi.

³¹ Si veda ad esempio l’inchiesta realizzata dall’emittente TV5 monde, reperibile sul sito <https://information.tv5monde.com/international/en-afrique-la-vaccination-lepreuve-du-complotisme-35630> (sito consultato nel luglio 2025). Cfr. poi B.B.B. ACKAH ET AL., *COVID-19 vaccine hesitancy in Africa: a scoping review*, in «Global Health Research and Policy», 19, 7, 2022.

del vaccino dai canali della tv pubblica, venne colto nel più classico dei “fuorionda” mentre affermava che mai egli avrebbe permesso all’ago di penetrare il suo organismo³².

È dunque evidente come sia stato un insieme di circostanze a infondere un vero e proprio terrore nei confronti della vaccinazione. Sentimenti che attraversarono la popolazione in maniera trasversale, colpendo le fasce più istruite come quelle meno alfabetizzate. Un funzionario statale congolese di 35 anni, Adalbert T., laureato, rilasciò la seguente testimonianza:

Dovendo recarmi in un altro paese africano per una missione di lavoro, mi trovai costretto a fare il vaccino. Provai in tutti i modi ad aggirare quest’obbligo, ma non fu possibile, e dovetti accettare l’imposizione. Il giorno dopo la somministrazione tutte le mie previsioni più negative si avverarono. Fui assalito da una febbre forte e debilitante, mi sentii davvero molto male. Ero certo di morire, così convocai i miei familiari, che sapevano quello che mi attendeva, e diedi istruzioni per il testamento³³.

In seguito, esaurita la reazione descritta, Adalbert recuperò rapidamente le forze, intraprese la missione a lui assegnata e gode a tutt’oggi di ottima salute. È facile intuire come molti suoi connazionali, non pressati da esigenze e obblighi, abbiano preferito evitare il rischio del vaccino. Sta in questo, a mio avviso, il principale effetto negativo delle informazioni contraddittorie e fuorvianti che sono circolate a proposito dei vaccini antiCovid: esse hanno impedito che una larga parte della popolazione avesse finalmente accesso a un servizio sanitario offerto gratuitamente dallo Stato e dalla comunità internazionale. Tutte le campagne erano infatti caratterizzate dalla totale fruibilità e – appunto – dalla gratuità del trattamento, evento assolutamente eccezionale all’interno di sistemi che non contemplano, se non in rari casi e per gruppi estremamente ristretti, forme di mutualità e di assistenza sanitaria gratuita: tutto è a pagamento, financo i servizi di primo soccorso per le vittime di incidenti stradali, cosa che esclude una parte notevole degli africani dalle cure di urgenza e di altro tipo, indipendentemente dalla patologia manifestata. È dunque possibile interpretare questa vicenda nei termini di una occasione persa, di una rivoluzione mancata, che avrebbe trasformato il rapporto della popolazione con i servizi sanitari, rendendo finalmente concreto un diritto umano universale e fondamentale come quello alla salute.

³² <https://www.france24.com/fr/afrique/20210703-covid-19-en-rd-congo-les-propos-anti-vaccin-du-pr%C3%A9sident-f%C3%A9lix-tshisekedi-font-pol%C3%A9mique>;
<https://www.rfi.fr/fr/afrique/20210702-rdc-le-refus-de-f%C3%A9lix-tshisekedi-de-se-faire-vacciner-contre-le-covid-19-fait-pol%C3%A9mique>, siti consultati nel luglio 2025.

³³ Testimonianza resa all’a., Kinshasa, 14.04.2022.

Gestione dell'emergenza, disinformazione e strategie politiche in Russia ai tempi del Covid-19. Le prime reazioni del Governo

MANUELA PELLEGRINO

Il 31 dicembre 2019 dalla città cinese di Wuhan viene segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un *cluster* di casi di polmonite «a eziologia ignota». Nel corso del mese successivo giunge la notizia, sempre dalla Cina, che l'RNA di questa forma di Coronavirus, diverso da tutti quelli fino ad allora conosciuti, è stato sequenziato. Viene inoltre confermato quanto già si sospettava: il virus si trasmette da uomo a uomo. Esiste dunque una nuova malattia, che verrà indicata con il nome di COVID-19 (*Coronavirus Disease*), mentre il nuovo virus verrà denominato, nelle settimane successive, SARS-CoV-2. A partire dal 23 gennaio, la Cina diventerà il Paese che sperimenterà «il primo lockdown di massa della storia»¹; un *lockdown* severissimo, quello cinese, mentre il resto del mondo guarda attonito e scioccato le immagini che giungono proprio dalla Cina, dove le persone crollano letteralmente per strada vittime dei sintomi della malattia. Sembrano immagini surreali, ancora non si ha la percezione che qualcosa di simile sarà sperimentato a breve in moltissimi altri luoghi nel resto del mondo.

Da quel 31 dicembre, infatti, ogni Paese dovrà, adottando diverse modalità, confrontarsi in qualche modo con questo nuovo virus e con la pandemia che di lì a poco si diffonderà a macchia d'olio e che porterà l'OMS a dichiarare, il 30 gennaio 2020, che il Covid-19 è ormai un'emergenza sanitaria per poi annunciare, il successivo 11 marzo, lo stato di pandemia. Come sappiamo, l'Italia sarà uno dei primi Paesi, dopo la Cina, ad essere colpito in misura devastante. Di come hanno reagito il Governo e la popolazione italiani alle misure restrittive che è stato necessario intraprendere qui da noi (con tutte le polemiche che sono seguite relativamente alla partenza più o meno ritardata, alle misure in sé, all'efficacia o meno di quelle misure, ecc.) siamo diretti testimoni.

Quelle che vorremmo proporre in questa sede sono considerazioni su alcune delle prime reazioni alla diffusione della malattia provenienti dalla Russia, soprattutto in riferimento all'immagine che il Paese ha puntato ad offrire di sé sul palcoscenico internazionale: alcuni esempi che ci facciano riflettere su cosa può aver motivato quelle reazioni in un Paese che ha una forma di governo e di gestione del potere differente dal nostro. Cercheremo, in riferimento alle prime reazioni del Presidente Vladimir Putin e, quindi, del Governo russo, di comprenderne le motivazioni, cosa le abbia caratterizzate, da cosa siano state ispirate; in una connessione, dunque, tra reazioni, forma di governo e gestione del potere.

Nel caso russo ci sembra infatti interessante vedere come ha risposto alla prima fase della pandemia un Paese che si professa democratico, ma, di fatto, non lo è (pur avendo

¹ La Fondazione Veronesi, a un anno dall'esplosione della pandemia da Covid-19, fissa le dieci date più significative di quel primo anno di pandemia; la citazione e le informazioni riportate nel testo sono in D. Banfi, *Covid-19, la pandemia in 10 date da ricordare, Un anno di pandemia. Dai primi casi a fine 2019 alla somministrazione delle prime dosi di vaccino a fine 2020. Le dieci date che hanno segnato l'anno, 29 dicembre 2020*, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/covid-19-la-pandemia-in-10-date-da-ricordare>. Tutti i *link* dei siti riportati sono accessibili al 19 ottobre 2025.

mantenuto alcune forme di apparente democrazia). Un Paese in cui il potere è ancora gestito dall'alto e dove il Governo cerca di influenzare l'opinione pubblica attraverso il controllo dell'informazione e dei mezzi di comunicazione. Per fare questo è necessario preliminarmente delineare alcune caratteristiche del "sistema Russia".

Il governo russo, la "dezinformacija" e il controllo dell'informazione

Prima di tutto, la forma di governo, che si considera e definisce, come dicevamo, democratico². Un indizio di questa quanto meno peculiare forma di democrazia possiamo trovarlo in una delle definizioni più note utilizzate da analisti e studiosi per indicare il tipo di sistema politico emerso in Russia dopo l'esperienza sovietica: democrazia sovrana. Tale definizione fu proposta tra il 2005 e il 2006 da Vladislav Surkov (all'epoca vicedirettore dell'Amministrazione presidenziale della Federazione russa, poi anche consigliere di Vladimir Putin) per riferirsi alla Russia come ad uno Stato sovrano del tutto capace di elaborare la propria politica interna ed estera in base a quelli che sono i propri interessi e senza dover soggiacere ad alcun potere esterno; sempre stando alla definizione di Surkov, le istituzioni democratiche russe si dovrebbero sviluppare facendo però riferimento alle tradizioni storico-culturali del Paese. In sostanza, nell'interpretazione di Putin e della sua cerchia, ciò vuol dire che la Russia continuerà a proporsi come ha sempre cercato di fare, sia all'interno che all'esterno: uno Stato forte e che va rafforzato per poter gestire il potere. Tale interpretazione, tuttavia, ha portato all'idea di gestione del potere in maniera verticistica e, di fatto, illiberale. Si tratta di una visione legata all'immagine secolare dell'Impero russo inteso anche come quel *ruskij mir* (mondo russo) al cui interno la Russia vuole ritagliarsi ancora un ruolo di primo piano, in quella sorta di mondo/Impero comprendente territori che storicamente considera di sua competenza e all'interno dei quali continua a riproporsi come fulcro e punto di riferimento³.

Sempre stando alla visione surkoviana, esistono diverse forme di democrazia e ogni Paese ha il diritto di scegliere quella che meglio si adatta alla sua tradizione storica. In quest'ottica andrebbero di conseguenza interpretati anche i diritti e le libertà individuali alla base della democrazia e dell'organizzazione sociale; come osserva C. Carpinelli: «In Russia, i diritti soggettivi astratti e universali non sono riconosciuti. I diritti (e le libertà) esistono, ma sono subordinati allo Stato, che può circoscriverli, se non reprimerli, quando esigenze superiori lo esigono. Se in Occidente, la *rule of law* ha tra i suoi fini quello di garantire libertà e diritti, in Russia, al contrario, essa serve prioritariamente a prevenire il

² L'articolo 1 della Costituzione russa recita «Российская Федерация - Россия есть демократическое федеративное правовое государство с республиканской формой правления [La Federazione Russa – la Russia è uno Stato federale democratico di diritto con forma di governo repubblicana]». Si può trovare il testo della Costituzione russa al *link* <http://www.constitution.ru/10003000/10003000-3.htm> e sul sito ufficiale del Cremlino al *link* <http://www.kremlin.ru/acts/constitution>. Ove non diversamente specificato, tutte le traduzioni sono dell'autore.

³ Vedi A. BORELLI, *Nella Russia di Putin. La costruzione di un'identità postsovietica*, Roma, Carocci, 2023, p. 18 e segg. Vedi anche A. ROCCUCCI, "Democrazia sovrana" e soggettività geopolitica. Il dibattito sulla sovranità in Russia nel primo decennio del XXI secolo, in «Parolechiave», vol. 62, n. 1, 2020, pp. 165-178 e, per una sintesi del dibattito iniziato in Russia nel maggio 2005, quando Vladislav Surkov propose la "democrazia sovrana" come teoria e pratica politica, e su come il concetto ancora influenzi il sistema politico russo, A. SALOMONI, *Teorie della sovranità nell'età di Putin*, in «DPCE online», vol. 44, n. 3, 2020, pp. 3983-3997, online al *link* <https://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/1102/1058>.

caos e il disordine sociale nell'interesse primario della collettività»⁴.

Partendo dunque da questa percezione di sé come Stato forte e dall'attuazione di una gestione verticistica del potere finalizzata, nelle intenzioni, alla prevenzione del disordine sociale e al conseguente interesse collettivo, la Russia si ritaglia peraltro la storica missione di Paese difensore e baluardo dei valori tradizionali, non solo all'interno di quel mondo/Impero, ma anche agli occhi di chi guarda da fuori; da quei valori la propaganda di Stato accusa l'Occidente, appartenente ad uno spazio culturale differente, di essersi allontanato sempre più, divenendo invece vittima, se non portavoce, di disvalori⁵. Da qui la diffidenza, rimarcata a più riprese già nei decenni sovietici, verso tutto ciò che proviene dall'Occidente corruttore e il timore che il mondo occidentale (soggiogato dagli USA) abbia ripetutamente mirato a destabilizzare l'ordine interno russo.

La destabilizzazione sarebbe avvenuta e continuerebbe a verificarsi, secondo il Cremlino, *anche* attraverso la manipolazione dell'informazione e delle notizie riguardanti la Russia: ovvero, in sostanza, attraverso la disinformazione (*dezinformacija*) attuata ai danni del Paese.

Senza nulla togliere al fatto che la manipolazione e la falsificazione di informazioni non sono monopolio della Russia, ma uno strumento ampiamente impiegato in politica estera da diversi Stati e da una varietà di attori (la differenza, come osserva S. Giusti, può essere data piuttosto dal modo in cui è messa in atto in Paesi democratici rispetto ad altri che non lo sono)⁶, quello che a noi qui interessa è sottolineare il fatto che la Russia se ne sia ampiamente servita come strategia politica in maniera massiccia. Lo ha fatto già in epoca sovietica e continua oggi ad utilizzare questi strumenti in risposta alle reali o presunte tecniche di controllo dell'informazione e alla disinformazione che sarebbero utilizzate dagli occidentali per danneggiarla. Il Cremlino, infatti, di fronte a quelle che sono considerate campagne di disinformazione in funzione antirusa, incoraggia a sua volta tecniche di disinformazione aventi tra gli obiettivi ultimi quello di fornire un'immagine positiva della propria politica e screditare le democrazie liberali come forme di governo, per «accredita[re] invece il modello autoritario putiniano»⁷. Si accusa dunque l'Occidente di fare disinformazione sulla Russia e allo stesso tempo si fa disinformazione sull'Occidente e nell'Occidente stesso. Lo si fa servendosi di una fitta rete composta da: canali mediatici filo-Cremlino creati a livello globale e finanziati dal governo russo (come il canale televisivo satellitare di informazione in varie lingue *Russia today*, creato nel 2005 e poi ribattezzato *RT*, o l'agenzia di informazione *Sputnik*, creata nel 2014, che comprende siti *web* di notizie e canali radio in oltre trenta lingue), giornalisti, personaggi pubblici e uomini politici più o meno consapevoli di essere degli «agenti di influenza» della Russia, ma anche fondazioni, centri di cultura, *think tank* creati all'estero e controllati dal Cremlino, anche se spesso, in apparenza, privi di un collegamento con la Federazione russa⁸.

⁴ C. CARPINELLI, *La "nuova Costituzione russa e il suo codice di civiltà*, in «NAD (Nuovi Autoritarismi e Democrazie: Diritti, Istituzioni, Civiltà)», n. 1, 2021, p. 55. Online al link <https://riviste.unimi.it/index.php/NAD/article/view/15642/332>.

⁵ Una lettura interessante sul tema dei valori tradizionali è il recente lavoro di M. ALLEVATO, *La Russia moralizzatrice. La crociata del Cremlino per i valori tradizionali*, Milano, edizioni Piemme, 2024.

⁶ Vedi su questo S. GIUSTI, *La disinformazione e la politica estera*, Milano, Vita e pensiero, Pubblicazioni dell'Università Cattolica, 2023. Il testo prende anche in esame l'attualissimo problema delle *fake news* e un intero capitolo è dedicato in particolare alla Russia (*La Russia e la disinformazione in politica estera*).

⁷ F. BIGAZZI, D. FERTILIO, S. GERMANO, *Bugie di guerra, La disinformazione russa dall'Unione Sovietica all'Ucraina*, Roma, Paesi Edizioni, 2022, p. 81.

⁸ *Ivi*, pp. 53, 77-78, 82 e *passim*. In questo testo si fa riferimento, oltre alle principali tematiche oggetto

Per quanto riguarda invece la gestione dell'informazione all'interno del Paese, esiste un organismo che è espressamente preposto a tale controllo; si chiama Roskomnadzor, (*Federal'naja služba po nadzoru v sfere svjazi, informacionnyh tehnologij i massovyh kommunikacij*) ovvero il Servizio federale per la Supervisione delle Comunicazioni, delle Tecnologie dell'informazione e della comunicazione di massa; si tratta di un'agenzia federale (istituita nel 2008 e afferente al Ministero dello Sviluppo Digitale, delle Comunicazioni e dei Mass-Media) che, di fatto, si occupa di controllare tutto ciò che può ma soprattutto *non* può essere riferito dai mezzi di comunicazione; in sostanza, è un organismo che esercita, a tutti gli effetti, la censura. Oggi, secondo la Costituzione, in Russia è vietata qualsiasi forma di censura anche se la divulgazione di segreti di Stato e militari è perseguita penalmente, come dimostra del resto l'introduzione, nel febbraio 2022, dopo l'invasione dell'Ucraina, di nuove leggi per censurare ogni forma di protesta contro la guerra.

Esiste poi dal 2012 la Legge sugli agenti stranieri, che individua e condanna come "agente straniero" una persona o un ente che fa gli interessi di Paesi terzi sul territorio russo, che riceve appoggio dall'estero, o che è sotto l'influenza di un Paese straniero. Questa legge ha costretto molte Ong a recidere i rapporti con l'estero, privandole di risorse e finanziamenti e ha imposto una forte pressione statale sulle persone fisiche che sono state classificate come agenti stranieri.

I riferimenti fatti alla gestione della comunicazione, sia al di fuori che all'interno del Paese, ci sembrano fondamentali per comprendere quanto sia complicato sia all'estero che per i cittadini russi che vivono nella Federazione, accedere all'informazione indipendente, non distorta. L'informazione, di conseguenza, è sempre controllata perché non sia mai lesiva del prestigio russo.

Questo ci permette di comprendere meglio come mai anche i dati sul Covid-19 forniti dagli organismi governativi russi, con le statistiche relative a infezione e mortalità, implicino, all'occhio esterno, sempre il dubbio della credibilità e come essi vadano certamente monitorati, ma con attenzione, e siano sempre necessariamente da confrontare con quelli provenienti da altre fonti ritenute più affidabili⁹.

È stato anche grazie a tutta la rete comunicativa di cui abbiamo parlato prima che in Russia e dalla Russia sono arrivate e sono state veicolate le prime reazioni alla diffusione

della disinformazione russa, anche a tutta la rete di cui il Cremlino si serve per attuare tale disinformazione e della quale riporteremo qualche esempio nel testo.

⁹ Ci limitiamo, in questa sede, a citare il nome di uno dei siti indipendenti che si occupano di statistiche e ritenuti tra i più affidabili per quanto riguarda l'attendibilità dei dati, nel nostro caso quelli relativi al Covid, da confrontare con quelli ufficiali russi: *Worldometer*. Si tratta di un sito *web* di statistica in tempo reale, gestito da un *team* internazionale di sviluppatori, ricercatori e volontari «con l'obiettivo di rendere le statistiche mondiali disponibili in un formato stimolante e temporalmente pertinente a un vasto pubblico in tutto il mondo». È pubblicato da una piccola società di *media* digitali che si dichiara «senza affiliazioni politiche, governative o aziendali», nonché senza «investitori, donatori, sovvenzioni o finanziatori di alcun tipo», indipendente e autofinanziato «attraverso la pubblicità programmatica automatizzata venduta in tempo reale attraverso molteplici borse pubblicitarie» (tutte le citazioni sono tratte dalla pagina ufficiale del sito, alla voce *about*, disponibile in diverse lingue; vedi <https://www.worldometers.info/about/>). *Worldometer* dichiara inoltre di essere stato riconosciuto «come uno dei migliori siti web di riferimento gratuiti dall'American Library Association (ALA), la più antica e grande associazione bibliotecaria del mondo» e che nel corso dei suoi venti anni di storia «le sue statistiche sono state utilizzate da governi di tutto il mondo e da prestigiose istituzioni, tra cui il World Wide Web Consortium (W3C), il CERN, la Oxford University Press, Wiley, Pearson, [...] e importanti *media* come la BBC; aziende leader come Morgan Stanley, PricewaterhouseCoopers, Dell, Kaspersky, Amazon Alexa, Google Translate e IBM e in eventi come la Conferenza delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Sostenibile (Rio+20), World Expo [...] e molti altri»; *ibidem*).

del Covid-19, con le relative ripercussioni sia all'interno del Paese che al di fuori di esso.

La “dezinformacija” russa come strategia politica nelle fasi iniziali della pandemia: il caso italiano.

Per quanto riguarda il Covid-19, come è stato notato¹⁰, la strategia di disinformazione russa ha cercato di sfruttare da subito la crisi sanitaria avendo come obiettivo il pubblico europeo, italiano in particolare: l'Italia, come già detto, è stata all'inizio uno dei Paesi maggiormente colpiti dalla pandemia ed era peraltro percepita dai russi come l'anello debole dell'Unione europea. Per questo motivo la disinformazione russa a favore del Cremlino si è fatta più intensa nel nostro Paese proprio all'inizio del 2020, con la diffusione della pandemia. Servendosi dei suoi canali mediatici, la Russia faceva infatti circolare da noi (ma non solo) l'idea che l'Europa, a differenza di governi autoritari come quello russo e cinese, aveva fallito nel gestire l'emergenza e si cercava al contempo di alimentare sentimenti ostili nei confronti dell'Ue, della Nato e degli Stati Uniti. Uno dei principali canali utilizzati a tal fine nel nostro Paese era *Sputnik Italia*, una delle affiliazioni nazionali dell'agenzia di informazione russa *Sputnik*, che è anche sito di notizie ed emittente radiofonica, gestita dal Cremlino e creata, come accennato, nel 2014 proprio a fini disinformativi per migliorare l'opinione pubblica mondiale sulla Russia. Le notizie diffuse, nello specifico, da *Sputnik Italia* proprio all'inizio della pandemia puntavano ad avallare «verità alternative» sul Covid19, come quelle secondo cui il virus era una normale influenza. Attraverso la sua rete mediatica pro-Cremlino, la Russia è andata anche oltre, facendo circolare informazioni su teorie complottistiche come quella secondo cui il Coronavirus era stato prodotto artificialmente dall'esercito statunitense come arma biologica contro la Cina e l'Iran, o quella secondo cui il Covid-19 sarebbe stato «una falsa pandemia creata segretamente dalla solita élite globalista al fine di rafforzare le vaccinazioni di massa e iniettare nano-chip nel corpo delle persone».

Sempre nel nostro Paese, il sito *Geopolitika.ru*, versione italiana del portale non governativo russo legato al filosofo e ideologo Aleksandr Dugin¹¹, ha fortemente contribuito a questa narrazione con articoli dedicati proprio al Coronavirus come arma

¹⁰ BIGAZZI, FERTILIO, GERMANO, *op. cit.*, pp. 90-92; da qui le citazioni presenti nel paragrafo.

¹¹ Dugin è un esponente di spicco della corrente eurasista del nazionalismo russo, è critico verso l'Occidente ed è spesso indicato come il “Rasputin” o il “cervello” di Putin, per quanto in passato sia stato anche critico nei confronti della politica putiniana di collaborazione con l'Occidente e in Russia la sua reale vicinanza al Presidente sia stata spesso messa in discussione. Il portale in italiano di ispirazione duginiana *Geopolitika.ru* dichiara espressamente di seguire «la linea dell'approccio eurasiatico e il gruppo analitico che se ne occupa collabora strettamente con il Movimento Eurasiatico Internazionale». Cfr. <https://www.geopolitika.ru/it/nostra-missione>. Interessante, in questo contesto, un articolo pubblicato sul portale il 17 marzo 2020, a firma proprio di Dugin ma in traduzione italiana, in cui l'ideologo russo afferma che «Lo scoppio dell'epidemia da coronavirus rappresenta un momento decisivo nella distruzione del mondo unipolare e nel collasso della globalizzazione» [...] «Ora possiamo iniziare un conto alla rovescia per un ordine mondiale multipolare e il punto di partenza è proprio l'epidemia del coronavirus. La pandemia ha sepolto la globalizzazione, la società aperta e il sistema capitalistico globale». Seguono una serie di osservazioni su come gli Stati europei, Italia inclusa, nonché gli Stati Uniti, abbiano iniziato ad applicare misure di gestione dell'epidemia tra loro differenti, se non in contrasto, e inefficaci e sul mondo multipolare che emergerà dall'esperienza della pandemia, la cui diffusione «rappresenta un momento decisivo nella distruzione del mondo unipolare e nel collasso della globalizzazione». Cfr. A DUGIN [traduz. di A. Mancusi], *Il Coronavirus e l'orizzonte di un mondo multipolare: le possibilità geopolitiche dell'epidemia*, in *Geopolitika.ru*, 17 marzo 2020, in <https://www.geopolitika.ru/it/article/il-coronavirus-e-lorizzonte-di-un-mondo-multipolare-le-possibilita-geopolitiche-dellepidemia>.

biologica prodotta dall'*élite* statunitense al potere al fine di ridurre la popolazione mondiale e con altri articoli in cui si sostiene che i governi occidentali abbiano volutamente instillato il timore per la pandemia per estromettere piccole e medie imprese a favore di corporazioni globali e gruppi finanziari¹².

Il virus è diventato dunque per la Russia, nelle prime fasi della pandemia, uno strumento di strategia geopolitica.

La Russia, come osservano anche, tra gli altri, Giusti, Tafuro Ambrosetti e Herd, ha infatti cercato di sfruttare la crisi pandemica per migliorare la sua immagine e il suo *soft power* all'esterno e contemporaneamente, come dicevamo, per ampliare la sua influenza. Lo ha fatto attraverso accorte strategie di politica estera che si sono servite della cosiddetta «diplomazia della salute» per presentarsi come uno Stato benevolo che inviava aiuti a Paesi in difficoltà; l'obiettivo era in realtà ridefinire la sua reputazione e ridurre le tensioni soprattutto con quella parte dell'Occidente che negli anni precedenti aveva condannato Mosca per il suo mancato rispetto dei diritti umani¹³.

Un caso esemplare di questa strategia è stata una delle prime iniziative del governo di Putin, allo scoppio dell'emergenza sanitaria, che ha coinvolto proprio il nostro Paese: l'operazione ribattezzata dallo stesso Cremlino *Dalla Russia con amore*, partita dopo una telefonata tra Putin e l'allora Presidente del Consiglio Giuseppe Conte. Tutti ricordiamo le immagini dell'arrivo a Pratica di Mare, il 22 marzo 2020, quando soprattutto l'Italia settentrionale era martoriata dalla diffusione del virus, dei 13 quadrireattori Iljušin che trasportavano attrezzature mediche e di decontaminazione e oltre 100 esperti militari russi inviati in Italia per sostenere la sua lotta contro la pandemia. Le immagini che ritraevano successivamente i camion militari russi che da Pratica di Mare si spostavano verso Bergamo hanno sicuramente contribuito a rafforzare in quel momento l'idea che la NATO e l'Unione europea avessero invece abbandonato il nostro Paese quando più era necessario. Testimonianza dell'efficacia della strategia russa è stata il fatto che, subito dopo l'arrivo degli aiuti russi, hanno iniziato a circolare *online* video e *meme* a favore di Mosca e contro l'UE, mentre i *media* pro-Cremlino cercavano di fomentare atteggiamenti antitedeschi e antifrancesi¹⁴.

In seguito, sono stati forniti maggiori dettagli su quell'iniziativa, che ne hanno ridimensionato decisamente la portata. Si è venuto dunque a sapere della presenza, nel contingente inviato dalla Russia, di due autorevoli esponenti dell'ente federale russo *Rospotrebnadzor*¹⁵, che si occupa dei diritti dei consumatori, della salute pubblica e delle

¹² BIGAZZI, FERTILIO, GERMANO, *op. cit.*, p. 92.

¹³ Cfr. S. GIUSTI, E. TAFURO AMBROSETTI, *Making the Best Out of a Crisis: Russia's Health Diplomacy during COVID-19*, in «Social Sciences», n. 11/53, 2020, p. 1, *download* disponibile in *open access* in <https://doi.org/10.3390/socsci11020053>. Parlando di *soft power*, nell'articolo si fa riferimento al termine nel concetto elaborato da J. Nye nel 1990, per indicare «un particolare mezzo di influenza: quello che un paese può ottenere attraverso la sua cultura, i suoi valori, le sue pratiche interne e la percezione della legittimità delle sue politiche estere (le tre fonti del *soft power*)». Riguardo alla «diplomazia della salute» si fa riferimento invece al concetto espresso da T. Fazal in un articolo del 2020, in cui la strategia della salute è definita come «aiuti o cooperazione internazionale destinati a promuovere la salute o che utilizzano programmi sanitari per promuovere obiettivi esteri non legati alla salute» (p. 3). Sulla strategia russa di utilizzare il Covid per la sua politica estera vedi anche G. HERD, *Covid-19, Russian Responses, and President Putin's Operational Code*, in «Security insights», George C. Marshall European Center for Security Studies; www.marshallcenter.org/en/publications/security-insights/covid-19-russian-responses-and-president-putins-operational-code.

¹⁴ BIGAZZI, FERTILIO, GERMANO, *op. cit.*, p. 91.

¹⁵ Il *Rospotrebnadzor* (Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека - Servizio federale [russo] di vigilanza nel campo della tutela dei diritti dei

epidemie; ma, soprattutto, nelle settimane successive hanno iniziato a circolare informazioni riguardanti il fatto che gli esperti inviati dalla Russia erano per lo più specialisti in guerra biologica – solo in piccola parte la missione era composta da personale medico-sanitario – e che in realtà gli aiuti russi tanto decantati erano esigui e praticamente insignificanti. Si sottolineava dunque da più parti che la “missione” russa più che portare aiuti all'Italia puntasse a carpire informazioni sulla gestione della pandemia nonché, probabilmente, prelevare campioni di virus per procedere in seguito a sviluppare il vaccino russo, quello che effettivamente sarà poi lo *Sputnik V* (che verrà registrato in Russia nell'agosto del 2020), ancora una volta con il probabile obiettivo di arrivare prima di tutti alla soluzione vaccinale¹⁶.

consumatori e del benessere delle persone), come scrive Anna Popova - Capo medico sanitario del Servizio Federale nella pagina di apertura in inglese del sito *web* -, è l'agenzia federale russa che si occupa della supervisione e del controllo del benessere e dei diritti dei consumatori e della tutela dei cittadini della Federazione Russa. *Rospotrebnadzor* riferisce direttamente al Governo della Federazione Russa e, nello specifico, è l'organo esecutivo che svolge le funzioni di formulazione e applicazione della politica e della legislazione statale nel campo della tutela dei diritti dei consumatori, nonché di elaborazione e approvazione delle linee guida sanitarie ed epidemiologiche e delle norme igieniche statali (<https://www.rospotrebnadzor.ru/en/>). Notiamo però che questa versione in inglese del sito non corrisponde nei contenuti a quella russa (<https://rospotrebnadzor.ru/>): l'aggiornamento della sezione *News* è infatti fermo al 2017 e la pagina inglese sembra in generale creata appositamente per approcciarsi ad un pubblico internazionale sia nella descrizione dell'ente, con la sottolineatura costante dello scopo ultimo mirante alla tutela del cittadino russo, che nel rilievo riservato proprio alla vocazione internazionalistica dell'ente stesso, dal momento che nella versione in inglese vengono evidenziate le collaborazioni con organismi internazionali tra cui l'OMS, l'UNICEF, l'UNEP (Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente) e la DG SANTE (Direzione generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione Europea). Non ci sembra inoltre superfluo osservare il modo in cui viene ricordata la data alla quale, in entrambe le versioni, si fa riferimento per indicare la creazione in Russia dei primi organismi che si occupavano della sorveglianza sanitaria: nella versione inglese, nel messaggio di apertura del sito, la Popova fa un semplice riferimento senza specificare data esatta o altro, dicendo che il *Rospotrebnadzor* esiste da più di novant'anni: «*For its more than 90 years of existence, Rospotrebnadzor has guarded sanitary and epidemiological wellbeing working to solve problems and protect the health of the population*» (dunque ponendone le origini all'inizio degli anni Venti); nella versione russa, alla pagina *История* del sito c'è invece un chiaro riferimento alla derivazione dell'ente da una struttura nata in epoca sovietica: «*История государственного санитарно-эпидемиологического надзора, как системы мер, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний и улучшение санитарного состояния страны, началась с Декрета Совета Народных Комиссаров РСФСР от «О санитарных органах Республики» 15 сентября 1922 г.* [La storia della sorveglianza sanitaria ed epidemiologica statale, come sistema di misure volte a prevenire le malattie infettive e a migliorare le condizioni sanitarie del Paese, ha inizio con il Decreto del Consiglio dei commissari del popolo della RSFSR “Sugli enti sanitari della Repubblica” del 15 settembre 1922]». Nell'ambito del discorso che qui stiamo portando avanti, sembra dunque che si possa trattare anche in questo caso di una strategia comunicativa utilizzata dalle autorità russe per convogliare davanti al pubblico internazionale (con una versione *ad hoc* del sito ufficiale dell'ente) una determinata immagine della Russia: Paese che si prende cura dei suoi cittadini, e della loro salute, e lo fa di concerto con affermate istituzioni internazionali, aggirando l'informazione che la pone in continuità con un organismo nato in epoca sovietica, direttamente per decreto del Consiglio dei Commissari del Popolo. Per un riferimento normativo inerente anche la struttura del *Rospotrebnadzor* si veda A. DI GREGORIO, *L'emergenza Coronavirus in Russia. Poteri, fonti, responsabilità*, in «DPCE online», 2, 2020, pp. 1913-1942, in particolare le pp. 1922-1928.

¹⁶ Vedi, sulla missione russa in Italia, M. SANTORELLI, *Dalla Russia con amore. Aiuti covid o spionaggio dalla Russia? Cosa c'è dietro la missione dell'esercito russo a Bergamo*, in «Agenda Digitale», 17 gennaio 2022, <https://www.agendadigitale.eu/cultura-digitale/aiuti-covid-o-spionaggio-dalla-russia-cosa-ce-dietro-la-missione-dellesercito-russo-a-bergamo/>. Si occupò del caso, in particolare, il giornalista Jacopo Jacobini de «La Stampa», vedi il suo articolo *Coronavirus, la telefonata Conte-Putin agita il governo: “Più che aiuti arrivano militari russi in Italia”* del 24 marzo 2020, in <https://www.lastampa.it/topnews/primopiano/2020/03/25/news/coronavirus-la-telefonata-conte-putin-agita-il-governo-piu-che-aiuti-arrivano->

Certo è che la Russia, malgrado le polemiche sopravvenute in seguito su quanto l'allora Presidente Conte e le persone incaricate di gestire la situazione del momento sapessero sulle reali intenzioni dei russi e malgrado il fatto che presumibilmente puntasse anche a carpire informazioni strategiche sul virus presente in Italia con una vera e propria operazione di spionaggio¹⁷, ha indubbiamente, nell'immediato, ottenuto un'importante vittoria propagandistica a suo favore, proponendosi, agli occhi della platea internazionale, come un Paese che offriva il suo *know-how* e il suo sostegno concreto a Paesi, come l'Italia, che stavano attraversando un momento di crisi pesantissima.

Sicuramente avrebbe potuto ottenere un successo ancora maggiore arrivando per prima alla registrazione di un vaccino. Ed effettivamente la Russia riuscì ad essere la prima: la registrazione avvenne nell'agosto 2020, e il vaccino, sviluppato dall'Istituto Gamaleja, venne chiamato *Sputnik V*. Il nome non poteva essere più calzante: in ricordo dei successi sovietici nel lancio in orbita del primo satellite artificiale, quel nome sottolineava come ancora una volta la Russia fosse arrivata per prima rispetto all'Occidente¹⁸. Con questo evento, seguiva una nuova fase della diplomazia della salute: la "diplomazia dei vaccini", che avrebbe dovuto contribuire a dar lustro all'immagine della Russia sul piano internazionale. Purtroppo, però, il vaccino russo non ha ottenuto il successo sperato, né all'interno del Paese, né fuori: malgrado l'elevata quantità di medici presenti nel sistema sanitario, le strutture russe erano rimaste inadeguate e i finanziamenti insufficienti, e forte era lo scetticismo sia tra i confini federali che al di là di essi. Sebbene un'analisi provvisoria dello studio clinico pubblicata su «*The Lancet*» (la maggiore rivista medica a livello globale) avesse dichiarato che il vaccino era «sicuro ed efficace», garantendo una protezione di circa il 91,6% contro il Covid-19 senza effetti collaterali significativi, la comunità scientifica internazionale ha continuato a nutrire dubbi sullo *Sputnik V* a causa della mancanza di solide ricerche scientifiche che ne confermassero l'efficacia. In Russia, poi, il 58% degli intervistati in un sondaggio d'opinione condotto dal Levada Center¹⁹ nel

militari-russi-in-italia-1.38633327/. A testimonianza di quanto quelle inchieste fossero poco gradite al Cremlino (il che sembrerebbe confermare i dubbi sulla missione), il 3 aprile il Ministero della Difesa russo pubblicò questa nota in italiano sulla pagina Facebook dell'Ambasciata russa a Roma: «Per quanto riguarda i rapporti con i reali committenti della russofobia de La Stampa, i quali sono a noi noti, raccomandiamo loro di fare propria un'antica massima: Qui fodit foveam, incidet in eam (chi scava la fossa, in essa precipita). Per essere più chiari: bad penny always comes back», cfr. M. IERVOLINO, *La Russia "con amore" che nessuno ha voluto vedere*, 23 marzo 2022, in «Huffington Post», https://www.huffingtonpost.it/blog/2022/03/23/news/la_russia_con_amore_che_nessuno_ha_voluto_vedere-9018600/. La stampa italiana ha dedicato poi alla vicenda, negli anni, moltissimi articoli e approfondimenti.

¹⁷ Vedi su questo C. Bertolotti, *Le minacce emergenti per l'Italia e il ruolo della Russia (cyber, sanitaria, disinformazione, spionaggio)*, in *La Russia nel contesto post-bipolare (RUSPOL). I rapporti con l'Europa tra competizione e cooperazione*, a cura di M. MORINI, 2° Geopolitical Brief, in collaborazione con Geopolitica.info, la Sapienza, Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2023, pp. 32-36.

¹⁸ *Sputnik*, in russo, significa letteralmente "compagno di viaggio" e ha originariamente il medesimo significato di *poputčik*, ovvero «persona che compie un cammino insieme con un'altra»; ma il termine, già nel '700, era utilizzato in Russia per indicare un «satellite naturale», col significato di «corpo celeste che gira intorno a un pianeta». A partire da questa definizione, dal 1957 entrerà nell'uso comune per indicare invece un «satellite artificiale», in riferimento al primo apparecchio in assoluto di questo genere (il cui nome completo era in realtà *Satellite Artificiale della Terra I*, noto come *Sputnik I*) messo in orbita intorno alla Terra dall'Unione Sovietica il 4 ottobre 1957. Da allora vennero poi chiamati *sputnik* tutti i satelliti artificiali lanciati nello spazio dai sovietici. Cfr. G.M. NICOLAI, *Viaggio lessicale nel Paese dei Soviet. Da Lenin a Gorbačëv*, Roma, Bulzoni, 1994, pp. 148-150.

¹⁹ Il *Levada-Analytical Center* (Levada Center) è un'organizzazione indipendente non governativa russa creata nel 1987, che monitora periodicamente l'opinione pubblica russa attraverso sondaggi e ricerche

marzo 2021, ha dichiarato di non essere disposto a vaccinarsi con lo *Sputnik V* e alla fine del 2021 solo il 45% della popolazione aveva ricevuto almeno una dose di vaccino. L'esitazione dei russi potrebbe essere derivata dalle «teorie del complotto di lunga data e disinformazione deliberata» diffuse in Russia e spesso deliberatamente propagate dal governo sin dall'epoca sovietica. D'altro canto, la campagna russa intesa a promuovere il vaccino *Sputnik V* ha coinvolto l'intero governo, comprese autorità statali, aziende statali e *mass-media*, in interventi quasi quotidiani. La promozione di *Sputnik V* è stata peraltro accompagnata dall'enfasi posta sull'inefficienza dell'Ue, sulle divisioni tra i membri dell'Unione e sui ritardi nella ricerca scientifica occidentale. I *media* pro-Cremlino, infine, hanno ripetutamente preso di mira l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) per aver deliberatamente ritardato la revisione del vaccino *Sputnik V* e per i suoi pregiudizi politici²⁰.

Il clima di diffidenza generale creatosi intorno al vaccino *Sputnik V* non ha certo giovato nella fase della “diplomazia dei vaccini”, che avrebbe invece dovuto dare un contributo significativo alla strategia comunicativa russa volta ad offrire al mondo un'immagine positiva del Paese.

Ci sembra condivisibile allora la conclusione di Gel'man secondo cui il fallimento russo nel far utilizzare il vaccino *Sputnik V* sarebbe dunque da attribuire al fatto che il Cremlino abbia interpretato il vaccino «non come una medicina [...] per combattere la pandemia, ma piuttosto come uno strumento di *soft power* finalizzato a promuovere la posizione della Russia nell'arena internazionale»²¹.

Putin, il leader decisionista e i ritardi nella partenza dell'emergenza

Tornando alla definizione iniziale che abbiamo dato della Russia come Stato forte, con un potere forte, dobbiamo aggiungere che questa concezione va di pari passo con quella del *leader*, nella fattispecie Putin, proposta sempre come altrettanto forte e autorevole. È questa l'immagine che Putin si è compiaciuto sia circolata negli oltre venti anni della sua presidenza. Quel machismo dell'uomo sicuro di sé e in grado di fare tutto (pilotare aerei, addomesticare animali selvatici, praticare ed eccellere negli sport più vari, oltre che, chiaramente, riportare la Russia al centro del panorama internazionale), misto all'aura di uomo seducente che ha un particolare ascendente sulla componente femminile della popolazione russa.

Proprio in considerazione di questa immagine, è sembrato decisamente strano vedere un Putin quasi spaesato di fronte all'ormai acclarata diffusione della pandemia. In Russia, infatti, le misure di contenimento sono partite in ritardo, rispetto al rapido diffondersi del

sociologiche (vedi il sito ufficiale <https://www.levada.ru/en/>); dal 2016 è stato inserito dl Ministero della Giustizia russo nell'elenco degli “agenti stranieri”.

²⁰ Sulla “diplomazia dei vaccini” e relativamente ai dati riportati, vedi GIUSTI, TAFURO AMBROSETTI, *op. cit.*, pp. 4-7 (da qui le citazioni nel testo) e V. GEL'MAN, *Bad Governance in Times of Exogenous Shocks. The Case of the COVID-19 Pandemic in Russia*, in *The Politics of the Pandemic in Eastern Europe and Eurasia. Blame Game and Governance*, (ed. M. Zavadskaya), London-New York, Routledge, 2024, pp. 84-85. Sulla resistenza dei russi alla vaccinazione vedi anche A. RUMIANTSEVA, A. ARKHIPOVA, I. KOZLOVA, B. PEIGIN, *Protest as an Appeal. How and Why Russians Struggled with Vaccinations in 2021*, *Ibidem*, pp. 145-165. Sul sistema sanitario russo vedi J. TWIGG, *Russia's Health Care System and the Covid-19 Pandemic*, in «Russian Analytical Digest», n. 251, 20 aprile 2020, pp. 2-4. Download disponibile in open access in <https://doi.org/10.3929/ethz-b-000411027>.

²¹ V. GEL'MAN, *op. cit.*, p. 85.

virus. Se il primo caso confermato dal Governo di un cittadino russo testato positivamente è stato segnalato il 2 marzo 2020 (ma già dal gennaio erano segnalati casi di residenti stranieri, provenienti dall'estero, che avevano contratto il virus), l'inizio del distanziamento sociale generale ha avuto effettivamente il via ufficiale solo il 30 marzo. Prima di quella data erano state messe in atto esclusivamente misure regionali che miravano a ridurre i rischi di importazione del virus e che si erano fatte poi via via più restrittive, come i controlli sanitari negli aeroporti, l'autoisolamento di cittadini che tornavano dall'estero con sintomi, l'incoraggiamento e poi l'obbligo di usare tecnologie a distanza per l'istruzione universitaria, la limitazione e poi il divieto di eventi pubblici con molti partecipanti²².

Anche in altri Paesi non si è avuta una risposta immediata introducendo subito misure contenitive, ma nel contesto russo, dove il Presidente ha sempre dato l'immagine di sicurezza cui accennavamo, quello smarrimento ha destato scalpore. Putin è stato descritto da osservatori autorevoli addirittura come «terrorizzato dal COVID-19», tanto da trascorrere i primi due anni dalla diffusione della pandemia «in un volontario lockdown al Cremlino», incontrando solo raramente qualcuno e a chi era consentito incontrarlo veniva imposta una quarantena vera e propria (come, ad esempio, al Presidente del Kazakistan che dovette trascorrere due settimane appunto in quarantena prima di essere ricevuto)²³.

G. Herd ha osservato a tal proposito che proprio «la comprensione di Putin e del putinismo può essere ridefinita attraverso un'analisi delle risposte russe alla sfida del Covid-19». All'inizio di marzo 2020, Putin ha infatti delegato la gestione quotidiana delle risposte alla crisi al sindaco di Mosca Sobjanin, al primo ministro Mišustin e ai governatori regionali. In parte, questa decisione si poteva spiegare con il fatto che nel vastissimo territorio federale l'evoluzione e la diffusione della malattia avevano esiti assai diversi; quindi, affidare agli amministratori locali la gestione dell'emergenza non sembrava un'idea priva di una sua logica. Quel che ha fatto pensare è stato, ancora una volta, come «Putin [sia] apparso indeciso e incoerente, l'esatto opposto delle narrazioni di Stato sul "leader forte"». Eppure, quell'apparente indecisione poteva significare altro; il fatto che un decisionista come Putin sembrasse delegare ad altri poteva in realtà esser frutto di un calcolo preciso: prendersi tempo per cercare delle risposte a quello che effettivamente riconosceva come un problema serio, dall'esito imprevedibile ed incerto e contestualmente spostare la colpa (di una cattiva gestione) e le responsabilità sugli amministratori locali, preservando così la sua «reputazione di figura paterna e la sua immagine di persona competente e astuta» per poi tornare in campo come «arbitro neutrale» e licenziare i governatori incompetenti. Da qui l'atteggiamento ambiguo con il quale nei primi mesi, fino ancora poi alla terza ondata della pandemia nel 2021, ha reagito il Governo russo, che puntava appunto a prendere tempo: per ora era importante distogliere in qualche modo l'opinione pubblica e fare propaganda contro l'Occidente ritenuto colpevole, come abbiamo visto, di aver fatto circolare il virus e incapace di gestirlo. Il risultato è stato però, all'interno, «paradossale» a partire dalle statistiche che erano poco chiare per arrivare alle informazioni contrastanti che circolavano per bocca dei portavoce del governo: da una parte minimizzando gli effetti della pandemia e, dall'altro, invitando le persone a vaccinarsi, mentre i *media* di Stato continuavano a

²² Cfr. I. GALIMOVA, *Russia Covid-19. Documentazione normativa. Elenco delle misure adottate alla data del 20 marzo 2020*, in «NOMOS Le attualità del diritto», n.1, 2020, pp. 1-3.

²³ O. FIGES, *Storia della Russia. Mito e potere in Russia da Vladimir il Grande a Vladimir Putin*, Milano Mondadori, 2023 [tit. orig. *The Story of Russia*, 2023], p. 339.

ridicolizzare le misure restrittive imposte in Occidente. Secondo Herd, Putin non poteva non essere stato informato dai suoi servizi di *intelligence* degli effetti che la pandemia stava registrando a livello globale, pertanto il suo pensiero «predittivo» lo avrebbe spinto a non mobilitare subito fondi per il contrasto al Covid, ma piuttosto a tenere da parte risorse per proteggere le imprese statali guidate dalla cerchia ristretta del suo *entourage*, per poi utilizzarle quando si fosse verificata la vera emergenza (nel caso in cui, dunque, si fosse arrivati ad un periodo di depressione a livello globale)²⁴.

Questo sarebbe uno dei motivi che spiegherebbero come mai il Governo, per non essere costretto a mobilitare subito le sue risorse, sosteneva anche con insistenza, attraverso la sua rete mediatica sia in patria che all'estero, che la Russia aveva meno vittime del Covid rispetto agli altri Paesi. In realtà, è stato dimostrato che le cifre ufficiali erano state alterate, anche perché molti decessi non erano stati imputati al virus, ma a malattie pregresse che il virus avrebbe solo eventualmente aggravato, attribuendo quindi in ultima analisi a quelle condizioni preesistenti la causa della morte. Non sono peraltro neanche mancate critiche a livello internazionale all'OMS per l'atteggiamento condiscendente di fronte a questa spiegazione da parte russa e, in generale, ai dati ufficiali russi²⁵.

Va comunque osservato che, se una delle motivazioni che aveva spinto il Presidente russo a ritardare le misure più severe era la volontà di tutelare la sua immagine, affidando alle autorità locali la gestione iniziale e le eventuali critiche, un sondaggio del Levada Center rilevava che la percentuale di gradimento del presidente russo Vladimir Putin era invece in quel momento scesa al livello più basso degli ultimi vent'anni (59% in aprile, dal 63% di marzo) a causa della crisi del Coronavirus, nonostante fosse, al contrario, aumentato il sostegno al suo piano di prolungare il proprio mandato per gli anni a venire. Se pur alto rispetto agli standard occidentali, era comunque il peggior risultato registrato da Levada per il Presidente russo dal settembre 1999, quando era un primo ministro alle prime armi, con un indice di gradimento del 53%²⁶.

²⁴ Gr. P. HERD, *Understanding Russian Behaviour. Imperial strategic culture and Putin's Operational Code*, London-New York, Routledge, 2022, pp. 128-9 e 192-195.

²⁵ Molto è stato scritto sulla stampa internazionale in merito alle cifre ufficiali russe sottodimensionate rilasciate dal Servizio federale di Statistica russa *Rosstat*. Qui ci limitiamo a fare riferimento ad alcuni degli articoli comparsi su «The Moscow Times», che, riportando i dati ufficiali russi, mettevano in evidenza queste discrepanze. Vedi ad es. E. GERSHKOVICH, P. SAUER, *Russia Says It Has Very Few Coronavirus Cases. The Numbers Don't Tell the Full Story. Experts say Russia's testing procedures have been hampered by bureaucracy*, in «The Moscow Times», 18 marzo 2020, <https://www.themoscowtimes.com/2020/03/18/russia-says-it-has-very-few-coronavirus-cases-the-numbers-dont-tell-the-full-story-a69661> o P. SAUER, *Moscow Sees 20% Surge in Mortality in April: Official Data*, in «The Moscow Times», 10 maggio, 2020, <https://www.themoscowtimes.com/2020/05/10/moscow-sees-20-surge-in-mortality-in-april-official-data-a70235>; ma anche, a proposito dell'atteggiamento dell'OMS verso la Russia, P. SAUER, J. CORDELL, *Is the WHO Too Soft on Russia? Critics fear Russia is using the WHO's structural weaknesses to validate its coronavirus approach*, in «The Moscow Times», 24 novembre 2020, <https://www.themoscowtimes.com/2020/11/24/is-the-who-too-soft-on-russia-a72137>. Per la stampa italiana ci limitiamo qui a segnalare solo un articolo apparso su «la Repubblica» in cui viene intervistato il demografo russo Aleksej Rakša, che aveva segnalato le incongruenze sui numeri rilasciati e per questo era stato costretto a lasciare il *Rosstat*: R. CASTELLETTI, *Russia, la denuncia di Raksha: "Dati sulle morti da Covid falsati in modo intenzionale per aiutare Putin a vincere alle urne"*, in «la Repubblica», 30 dicembre 2020, https://www.repubblica.it/esteri/2020/12/30/news/russia_il_demografo_raksha_dati_sulle_morti_da_covid_falsati_in_modo_intenzionale_per_aiutare_putin_a_vincere_alle_urne_-280412286/.

²⁶ Vedi A. OSBORN, M. BALMFORTH, *Putin's rating dips to low, but poll shows rising support for extending rule*, sul sito di «Reuters» 6 maggio 2020, <https://www.reuters.com/article/us-russia-putin-poll/russian-president-vladimir-putins-approval-rating-dips-to-low-point-poll-idUSKBN22I18J/>.

Una delle spiegazioni principali, comunque, del temporeggiare di Putin nell'avviare misure di contenimento restrittive, va sicuramente individuata nel fatto che il 22 aprile, ovvero in piena prima ondata pandemica, si sarebbe dovuto tenere il referendum che emendava la Costituzione del 1993, proponendo, tra l'altro, che fosse eliminato il vincolo dei mandati presidenziali. Era di fatto un modo per consentire a Putin di restare ancora alla guida del Cremlino fino al 2036.

Prima di approfondire questo argomento, dobbiamo ricordare che in Russia la risposta alla pandemia sarebbe stata pesantemente condizionata dalle conseguenze di una cattiva amministrazione consolidatasi già prima del Covid-19. La Russia, in realtà, secondo quanto afferma V. Gel'man²⁷, avrebbe avuto il potenziale per fronteggiare la crisi: la densità della popolazione piuttosto bassa, le grandi distanze fra le città principali e le connessioni nel sistema dei trasporti non particolarmente sviluppate erano condizioni potenzialmente favorevoli per una lenta diffusione della malattia. Malgrado ciò, la Russia si è ritrovata ben presto ad essere il Paese con uno dei tassi di mortalità più elevati a causa delle priorità politiche del Governo. E in questo risiede una delle differenze fra Paesi gestiti da regimi democratici e altri in cui sono presenti condizioni di autoritarismo. Ci sembra effettivamente valida l'osservazione riportata sempre da Gel'man, con il supporto di altri studi, secondo la quale in condizioni di autoritarismo la perdita di vite umane non è uno dei fattori che mettono in discussione il mantenimento di quel tipo di regime politico: la priorità, in quel caso, non sono le vite umane e la pandemia in sé, ma evitare lo squilibrio politico che la pandemia può comportare per un sistema di governo che punta invece a preservare lo *status quo*. E lo vuole fare malgrado quelli che vengono definiti «shock esogeni», ovvero che provengono dal di fuori, proprio come per il Covid-19. Nel caso della Russia, la priorità della politica di mantenere quello *status quo* è stata particolarmente evidente con la prima ondata della pandemia, quando avrebbe dovuto, come accennavamo, tenersi il referendum costituzionale. Obiettivo del Governo russo, che aveva «costruito la sua legittimazione agli occhi dei cittadini attraverso il supporto del voto popolare per un leader non democratico»²⁸, era che quel voto, per essere incisivo, doveva essere anche plebiscitario (cosa che di regola è effettivamente sempre accaduta nelle elezioni presidenziali con Putin candidato, con tutti i dubbi che a livello internazionale sono sorti in merito alla bontà di quelle elezioni). Era quindi indispensabile, alle elezioni dell'aprile, ottenere quel voto plebiscitario che avrebbe dimostrato quanto il Presidente russo fosse appoggiato e legittimato dalla popolazione che, quindi, non poteva che approvare platealmente le riforme costituzionali: gli emendamenti alla costituzione che estendevano anche il mandato presidenziale erano in quel momento la priorità del governo.

Dunque, la ricerca del consenso e dell'approvazione popolare alle nuove norme previste dalla Costituzione, e il conseguente generale appoggio al Governo, erano tra i motivi fondamentali del temporeggiamento da parte di Putin nell'avviare una vera e propria campagna di restrizioni e di contenimento a livello nazionale, che andasse al di là delle misure prese fino ad allora a livello locale, mentre in altri Paesi era già partito il *lockdown*. Se la campagna fosse partita, le elezioni si sarebbero dovute posticipare.

Il voto fu effettivamente rimandato a luglio, ma si tenne comunque nel bel mezzo della pandemia e il ritardo non fece che aggravare una situazione ormai compromessa, che avrebbe portato il Paese a diventare, a maggio, il secondo al mondo, dopo gli Stati Uniti, per numero di tamponi positivi. Sulla base dei dati sulla mortalità forniti dal Ministero

²⁷ Cfr. V. GEL'MAN, *op. cit.*, pp. 80-91.

²⁸ Ivi, p. 83.

della Salute russo, il «Financial Times» stimava poi che i decessi per Coronavirus potrebbero in realtà essere stati superiori del 70% rispetto alle statistiche ufficiali²⁹. La terza e la quarta ondata avrebbero colpito il Paese in maniera ancora più dura.

Malgrado il plebiscito del voto di luglio, peraltro, il Governo ha continuato la sua strategia di risposta alla pandemia servendosi ancora di un approccio minimalista rispetto alle spese (supportando piuttosto le grandi imprese statali rispetto a quelle piccole e medie) e cercando di evitare misure impopolari come i *lockdown* e le vaccinazioni forzate della popolazione. In tal modo, però, i cittadini comuni si sono sentiti soli, senza regole ben definite, poco motivati a vaccinarsi e con una politica di sostegno alle famiglie e alle piccole imprese che si è rivelata insufficiente³⁰.

Questo clima di sbandamento può essere stato alimentato anche dal fatto che durante la pandemia le informazioni relative ai dati riguardanti la diffusione del Covid erano forniti dal Roskomnadzor attraverso un sito creato *ad hoc*, già il 16 marzo 2020: il *Стопкоронавирус.рф* (Stopcoronavirus.rf)³¹. Di fatto, in Russia, il governo affidava la gestione dell'informazione relativa alla pandemia non, come generalmente accadeva in Occidente, al Ministero della Salute, ma piuttosto ad un organismo di controllo mediatico. Questo può aver contribuito in maniera non secondaria alla percezione, da parte del cittadino russo, di un'informazione ancora una volta mediata, controllata e suscettibile di manipolazione.

Conclusioni

Dai cenni e dagli esempi che abbiamo riportato, emerge come l'atteggiamento delle autorità russe all'inizio della pandemia sia stato ambivalente, ma abbia di fatto confermato alcune caratteristiche di un regime politico del tutto peculiare, che ormai sembrano abbastanza chiare e che sono riconducibili ad atteggiamenti tipici di un governo che, pur professandosi democratico, applica una forma di democrazia in cui le libertà e i diritti dell'individuo sono, come dicevamo in apertura, subordinati a quelli dello Stato, che può quindi decidere di circoscriverli o addirittura reprimerli, se necessario.

Nel nostro caso le caratteristiche emerse, soprattutto guardando alle strategie di *dezinformacija*, sono in particolare due. Da una parte il controllo quasi ossessivo della comunicazione sia interna che all'esterno. Internamente, puntando a sminuire la portata dei rischi della pandemia, perché era prioritario in quel momento andare al voto per il *referendum* costituzionale con il massimo della partecipazione popolare, bypassando dunque i diritti dei cittadini ad essere tutelati e messi quanto prima in sicurezza con misure adeguate alla gravità della situazione; all'esterno, con l'obiettivo primario di far emergere il ruolo della Russia come punto di riferimento per la comunità internazionale nella lotta contro il virus (cosa che si cercò di ottenere sia inviando presunti aiuti all'Italia, sia producendo il primo vaccino).

L'altra caratteristica emersa era la costante preoccupazione del Governo di dover fornire

²⁹ Daily Focus, *Russia: Covid al Cremlino*, 13 maggio 2020,

<https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/russia-covid-al-cremlino-26123>

³⁰ V. GEL'MAN, *op. cit.*, p. 84,

³¹ *Стопкоронавирус, Официальный интернет-ресурс для информирования о социально-экономической ситуации в России*. (Stopcoronavirus, Risorsa Internet ufficiale per l'informazione sulla situazione socioeconomica in Russia). La pagina dedicata ai dati si trova attualmente in https://объясняем.рф/stopcoronavirus/?PAGEN_1=8 Vedi il riferimento alla sua creazione in G. HERD, *Covid-19 ...*, cit., p. 3.

della Russia sempre un'immagine positiva, contrapposta a quella di un Occidente di cui, ancora una volta, in questo caso nell'affrontare la pandemia, si voleva dimostrare l'inefficacia e scarsa coesione.

GLI ABSTRACTS

“Il mal di contagio”: peste, governo dell'emergenza e forme di assistenza nell'Abruzzo moderno, di Silvia Mantini

Il contributo analizza la gestione delle epidemie in Abruzzo in età moderna, con particolare attenzione alla peste del 1656-1657, interpretata come momento rivelatore delle dinamiche di governo dell'emergenza in un contesto periferico e di confine del Regno di Napoli. L'Abruzzo, caratterizzato da frammentazione istituzionale, scarsità di risorse e forte interdipendenza tra centro e periferia, viene indagato come laboratorio privilegiato per osservare le modalità di adattamento politico, amministrativo e sociale di fronte a crisi sanitarie ricorrenti, spesso intrecciate a calamità sismiche. Attraverso l'analisi delle strutture straordinarie di governo – in particolare i Tribunali della Peste –, delle relazioni tra autorità centrali, magistrature locali e istituzioni ecclesiastiche, e delle pratiche di controllo sanitario, il saggio mette in luce i limiti e le potenzialità di un modello di co-gestione policentrica dell'emergenza. Il caso dell'Aquila nel 1656 evidenzia le tensioni tra tutela della salute pubblica ed esigenze economiche, la difficoltà di coordinamento tra competenze sovrapposte e il ruolo cruciale degli attori locali nella concreta applicazione delle norme. Ampio spazio è inoltre dedicato alle forme di assistenza medica, alle risposte emotive e alle pratiche religiose, intese non solo come reazioni spirituali al contagio, ma come strumenti di ricomposizione simbolica e sociale delle comunità colpite. L'analisi comparativa di altri centri abruzzesi tra il 1656 e il 1658 consente di cogliere elementi comuni e specificità locali nelle strategie di contenimento e di ripresa. Nel quadro delle più recenti prospettive dei *Disaster Studies* e della storia delle emozioni, il saggio sostiene che le epidemie non costituiscono parentesi emergenziali, ma fattori strutturali di trasformazione istituzionale, sociale e culturale, offrendo una lente privilegiata per comprendere i processi di formazione dello Stato moderno e le pratiche della convivenza civile in condizioni di precarietà.

This article examines the management of epidemics in early modern Abruzzo, with particular focus on the plague of 1656–1657, interpreted as a revealing moment for understanding the governance of emergency in a peripheral and border region of the Kingdom of Naples. Characterised by institutional fragmentation, limited resources, and strong interdependence between centre and periphery, Abruzzo emerges as a privileged observatory for analysing political, administrative, and social adaptation to recurring health crises, often intertwined with seismic disasters. Through the analysis of extraordinary governing bodies—most notably the plague tribunals—the relationships between central authorities, local magistracies, and ecclesiastical institutions, and the concrete practices of sanitary control, the article highlights both the limitations and the potential of a polycentric model of emergency co-governance. The case of L'Aquila in 1656 reveals the persistent tension between public health imperatives and economic survival, the difficulties of coordinating overlapping jurisdictions, and the crucial role played by local actors in the practical enforcement of health measures. Particular attention is devoted to medical assistance, emotional responses, and religious practices, understood not merely as spiritual reactions to contagion, but as instruments of symbolic and social

recomposition within communities affected by the epidemic. A comparative analysis of other Abruzzese centres between 1656 and 1658 further allows the identification of shared patterns and local specificities in strategies of containment and recovery. Drawing on recent approaches in disaster studies and the history of emotions, the article argues that epidemics should not be treated as exceptional interruptions, but as structural factors of institutional, social, and cultural transformation, offering a privileged lens through which to observe state formation processes and practices of civil coexistence under conditions of prolonged precariousness.

Parole chiave: Abruzzo; età moderna; epidemie; peste del 1656-1657; governo dell'emergenza; istituzioni sanitarie.

Keywords: Abruzzo; early modern history; epidemics; plague of 1656-1657; emergency governance; health institutions.

“Tutto ciò che serve per estirpare questa esecrabile razza”. Gli inglesi, il vaiolo, e la questione amerindia in America del Nord (1713-1763), di Fausto Ermete Carbone

Il saggio analizza il ruolo del vaiolo come strumento politico e militare nel contesto della colonizzazione britannica del Nord America tra il XVII e il XVIII secolo, con particolare attenzione al periodo compreso tra il Trattato di Utrecht (1713) e la ribellione di Pontiac (1763). Attraverso un'analisi incrociata di fonti militari, giuridiche, mediche e testimonianze coeve, il contributo ricostruisce il progressivo mutamento della percezione della malattia: da evento naturale o segno della provvidenza divina a risorsa strategica deliberatamente manipolabile. L'episodio di Fort Pitt, tradizionalmente interpretato come un caso isolato di guerra batteriologica *ante litteram*, viene invece inserito in una più ampia genealogia di pratiche e rappresentazioni che rendono plausibile e legittimo l'uso del contagio contro le popolazioni amerindie. Il saggio mostra come la diffusione dell'inoculazione, la conoscenza empirica della trasmissibilità del vaiolo, la deumanizzazione degli indigeni e la codificazione giuridica della guerra contro i “popoli barbari” abbiano concorso a creare le condizioni per l'impiego intenzionale della malattia come arma.

The essay examines the role of smallpox as a political and military instrument in the context of British colonization of North America between the seventeenth and eighteenth centuries, with particular attention to the period between the Treaty of Utrecht (1713) and Pontiac's Rebellion (1763). Through a cross-analysis of military, legal, medical, and contemporary testimonial sources, the study reconstructs the gradual transformation in the perception of disease: from a natural event or a sign of divine providence to a strategic resource that could be deliberately manipulated. The episode of Fort Pitt, traditionally interpreted as an isolated case of early biological warfare, is instead situated within a broader genealogy of practices and representations that rendered the use of contagion against Indigenous populations both plausible and legitimate. The essay shows how the spread of inoculation practices, empirical knowledge of smallpox transmissibility, the dehumanization of Indigenous peoples, and the legal codification of warfare against so-called “barbarous” populations jointly contributed to create the conditions for the intentional use of disease as a weapon.

Parole chiave: Colonizzazione britannica, America del Nord, XVIII secolo, Vaiolo, guerra batteriologica

Keywords: British colonization, North America, 18th century, Smallpox, Biological warfare

Il colera in Terra d'Otranto in età liberale: ordine pubblico, sfiducia e azioni di protesta, di Elisabetta Caroppo

All'interno del variegato quadro delle epidemie e delle pandemie che hanno interessato l'Italia in età contemporanea, il saggio si sofferma sul caso del colera, uno dei più interessanti da privilegiare poiché esercitò un forte impatto sociale, andando ad incidere profondamente nell'immaginario collettivo tanto da essere considerato una «malattia di tutti». In particolare, attraverso l'adozione della prospettiva microanalitica, il contributo privilegia un'area del Mezzogiorno d'Italia come l'antica provincia di Terra d'Otranto (coincidente con le attuali province di Brindisi, Lecce e Taranto) e in un arco cronologico compreso orientativamente tra gli anni '60 dell'800 e la Prima guerra mondiale, indagando sulla gestione dell'emergenza sanitaria e dell'ordine pubblico e ricostruendo i meccanismi di fiducia/sfiducia e le azioni di protesta che si vennero a creare.

Within the diverse and complex landscape of epidemics and pandemics that affected Italy in the contemporary era, this article focuses on cholera, one of the most significant cases to examine due to its profound social impact. Cholera deeply shaped the collective imagination, to the point of being regarded as a “disease of all”. Adopting a micro-analytical perspective, the study concentrates on a specific area of southern Italy, namely the former province of Terra d'Otranto (corresponding to the present-day provinces of Brindisi, Lecce, and Taranto), and on a chronological framework roughly spanning from the 1860s to the First World War. The article examines the management of the public health emergency and the maintenance of public order, while also reconstructing the dynamics of trust and mistrust and the forms of protest that emerged in response to the epidemic.

Parole chiave: colera; gestione dell'emergenza sanitaria; ordine pubblico; meccanismi di fiducia/sfiducia; conflitti sociali e politici

Key words: cholera; management of the health emergency; public order; mechanisms of trust/distrust; social and political conflicts

L'influenza “spagnola” in Sicilia (1918-1919) tra emergenza sanitaria, risposta istituzionale e opinione popolare, di Antonio Baglio e Fabio Milazzo

Il presente contributo nasce dall'obiettivo di valutare l'impatto della diffusione dell'influenza “spagnola” in una regione, la Sicilia, apparentemente periferica rispetto all'Italia delle trincee, ma fortemente impegnata nello sforzo bellico a tal punto che si è parlato di “una frontiera senza trincee”. L'attenzione si è focalizzata sulle politiche sanitarie e la profilassi messe in campo per fronteggiare l'emergenza nelle varie realtà provinciali isolate, senza trascurare al contempo di gettare lo sguardo verso quell'insieme

di atteggiamenti, pratiche e opinioni adottate dai segmenti popolari.

This paper aims to assess the impact of the spread of the "Spanish" flu in a region, Sicily, seemingly peripheral to the Italy of the trenches, yet so heavily engaged in the war effort that it has been described as "a frontier without trenches." Attention is focused on the health policies and prophylaxis implemented to address the emergency in the island's various provincial areas, while also examining the complex set of attitudes, practices, and opinions adopted by popular segments.

Parole chiave: Influenza "spagnola", Sicilia, Emergenza sanitaria, Opinione popolare
Keywords: Spanish Flu, Sicily, Health Emergency, Popular Opinion

Storia epidemiologica del "morbo crudele" (1918-20). Studi di caso su esordio, sorveglianza e profilassi dell'influenza spagnola (gli Stati Uniti), di Michele Romano

Molto è stato scritto, soprattutto nell'ultimo decennio, sul "morbo crudele", ossia l'epidemia di spagnola scatenata da un agente infettivo influenzale che dilagò su scala intercontinentale in tre ondate successive dall'inverno del 1918 alla primavera del 1920. Questo lavoro propone qualche elemento aggiuntivo di conoscenza e suggerisce alcuni spunti di riflessione nell'ambito dell'ampio panorama di approcci metodologici al tema e nel conseguente dibattito storiografico che si è all'improvviso vivacizzato per due motivi fondamentali che, tra l'altro, hanno finito casualmente e sotto molti aspetti quasi per sovrapporsi: il primo è stato il centenario dalla manifestazione di influenza spagnola, che attorno al biennio 2018-20 ha sollecitato, soprattutto in Europa e in Nord America, un po' meno intensamente in altre parti del mondo, un grande numero di pubblicazioni; il secondo motivo, che ha impattato drasticamente sul contesto scientifico e culturale internazionale approntato dal primo, la recente, terribile pandemia da Covid-19.

Di conseguenza, la mescolanza, la reciproca integrazione e l'ibridazione degli studi mono e interdisciplinari sui due eventi lontani un secolo l'uno dall'altro, ma entrambi straordinari specialmente per mortalità e quindi per ogni livello, istituzione e forma della vita associata, rendono ancora adesso davvero difficile, specificatamente per l'epidemia di spagnola, un'operazione di sintesi interpretativa e metodologica che sia – al di là dell'intrinseca perfettibilità di qualsiasi ricerca di storia – ampiamente condivisa già solo per i criteri che orientano la scelta, il trattamento e l'interpretazione delle fonti.

Much has been written, especially in the last decade, about the "cruel disease," that is, the Spanish flu epidemic triggered by an influenza infectious agent which spread on an intercontinental scale in three subsequent waves from the winter of 1918 to the spring of 1920. This work offers some additional elements of knowledge and suggests a few points for reflection within the broad panorama of methodological approaches to the subject and in the resulting historiographical debate, which suddenly became more animated for two fundamental reasons that, moreover, have almost accidentally and in many ways overlapped: the first was the centenary of the Spanish flu outbreak, which, around 2018-2020, prompted a large number of publications, especially in Europe and North America, and somewhat less intensely in other parts of the world; the second reason, which drastically impacted the scientific and cultural context prepared by the first, was the

recent, terrible Covid-19 pandemic.

As a consequence, the blending, mutual integration, and hybridization of mono- and interdisciplinary studies on the two events separated by a century yet both extraordinary, especially for their rate of death, and therefore for every level, establishment, and form of social life, still make it truly difficult, specifically regarding the Spanish flu epidemic, to achieve an interpretive and methodological synthesis which – beyond the intrinsic potential for improvement of any historical research – is widely shared even just in terms of the criteria guiding the selection, treatment, and interpretation of sources.

Parole chiave: epidemia, pandemia, Prima guerra mondiale, catastrofe, crisi, influenza spagnola, emergenza sanitaria, governo dell'emergenza, interdisciplinarietà, Usa, Italia, Europa, storia epidemiologica, profilassi.

Keywords: epidemic, pandemic, First World War, catastrophe, crisis, Spanish flu, health emergency, emergency government, interdisciplinarity, USA, Italy, Europe, epidemiological history, prophylaxis.

Il "virus dei bianchi". Forme e momenti della negazione del "Covid" nell'Africa subsahariana, di Stefano Picciaredda

Se l'Italia e l'Europa hanno conosciuto durante la pandemia del coronavirus forme inattese di negazionismo, rifiuto dell'evidenza, posizioni di contrasto aperto alla scienza e ai suoi metodi, senza che tali posture raggiungessero le istituzioni civili e religiose, nel grande mondo le cose sono andate molto diversamente. Dal Burundi "immune per volontà divina" al Brasile di Bolsonaro che ha affidato i cittadini alle cure spirituali delle Chiese neopentecostali, al Presidente della Repubblica Democratica del Congo, che immediatamente dopo avere rivolto un appello alla popolazione per vincere la resistenza al vaccino viene sorpreso e registrato "fuori onda" nell'affermare che mai si sarebbe lasciato avvicinare da un ago, le teorie più fantasiose e diverse si sono propagate per bocca dei responsabili politici e religiosi. Nell'Africa subsahariana, in particolare, si sono registrate molteplici forme di rifiuto verso una malattia avvertita come "occidentale", e verso il misterioso e costoso vaccino ideato dai "bianchi" per decimare, o comunque indebolire, le popolazioni altre. Al di là della propaganda e della diffusione social delle più incredibili teorie, vi è poi da considerare la quotidianità di paesi che hanno visto applicarsi misure simili a quelle nostrane – il lockdown nei suoi vari gradi di intensità – a società nelle quali la stragrande maggioranza della popolazione non aveva possibilità di lavorare o studiare a distanza, fare scorta di cibo e di acqua, e financo di acquistare dispositivi di protezione. Il contributo prende in esame i casi più esemplari ed eclatanti di questo fenomeno, utilizzando, data la scarsità di studi dedicati, specie di taglio storico, fonti locali e degli organi di informazione, dati statistici e analisi dei vari enti sanitari nazionali e sovranazionali, testimonianze orali raccolte nel corso di missioni svolte a pandemia ancora in essere.

Italy and Europe have experienced unexpected forms of denial and open resistance to the scientific approach to the coronavirus pandemic, while these attitudes have not reached civil and religious institutions. In the rest of the world, things have been very different. From Burundi, which is "immune by divine will", to Bolsonaro's Brazil, which

has entrusted its citizens to the spiritual care of neo-Pentecostal churches, to the President of the Democratic Republic of Congo, who was caught "off camera" declaring that he would never let a needle near him immediately after his appeal to the population to overcome resistance to the vaccine. From the mouths of political and religious leaders, the most imaginative and diverse theories were spread. Sub-Saharan Africa particularly experienced rejection of a disease perceived as "Western" and of the mysterious and expensive vaccine developed by "whites" to decimate or at least weaken other populations. Apart from the propaganda and the spread of the most incredible theories, we must also look at the daily life of countries where measures similar to ours- lockdowns of varying intensity - were applied to societies where the vast majority of the population was unable to work or study remotely, obtain food and water or even buy protective equipment. This article analyses the most exemplary and striking cases of this phenomenon. It draws on local and media sources, statistical data and analyses from various national and supranational health authorities, as well as oral testimonies collected during operations during the pandemic, given the lack of relevant studies, especially historical ones.

Parole chiave: Storia delle epidemie, Covid-19, Africa subsahariana, Negazionismo, Vaccinazione, immaginario coloniale

Keywords: History of epidemics, Covid-19, Sub-Saharan Africa, denialism, vaccination, colonial imaginaries

Gestione dell'emergenza, disinformazione e strategie politiche in Russia ai tempi del Covid-19. Le prime reazioni del Governo, di Manuela Pellegrino

Il contributo analizza le prime fasi della gestione della pandemia di Covid-19 nella Federazione Russa, concentrandosi sul rapporto tra forma di governo, controllo dell'informazione e strategie politiche messe in atto dal Cremlino. Attraverso l'esame delle reazioni iniziali del presidente Vladimir Putin e delle autorità federali, il saggio indaga come la crisi sanitaria sia stata affrontata da uno Stato che si definisce democratico ma che, di fatto, adotta una gestione verticistica e illiberale del potere. Particolare attenzione è dedicata al ruolo della *dezinformacija* come strumento di politica interna ed estera, sia nel controllo del consenso interno sia nella costruzione di una narrazione internazionale volta a rafforzare l'immagine della Russia e a screditare l'Occidente. Il saggio ricostruisce inoltre le strategie di soft power legate alla cosiddetta "diplomazia della salute" e alla successiva "diplomazia dei vaccini", con un focus specifico sul caso italiano e sull'operazione *Dalla Russia con amore*. L'analisi mette in luce come la gestione ambigua dell'emergenza, i ritardi nell'adozione delle misure restrittive, la manipolazione dei dati sanitari e l'uso politico del vaccino Sputnik V siano stati funzionali alla preservazione dello status quo e alla ricerca del consenso, anche a costo di un elevato impatto in termini di mortalità. Il caso russo emerge così come un osservatorio privilegiato per comprendere le dinamiche tra autoritarismo, informazione controllata e governo delle crisi nel mondo contemporaneo.

This article examines the initial management of the Covid-19 pandemic in the Russian Federation, focusing on the relationship between political regime, information control,

and the strategies adopted by the Kremlin. By analysing the early responses of President Vladimir Putin and the federal authorities, the study explores how a state that formally defines itself as democratic but operates through a highly centralized and illiberal system confronted the health crisis. Particular attention is paid to the role of *dezinformacija* as a tool of both domestic and foreign policy, employed to shape internal consensus and to construct an international narrative aimed at enhancing Russia's image while discrediting Western democracies. The article also investigates the use of soft power through so-called "health diplomacy" and later "vaccine diplomacy", with a specific focus on the Italian case and the operation *From Russia with Love*. The analysis highlights how delayed containment measures, ambiguous communication, manipulation of health data, and the political instrumentalization of the Sputnik V vaccine served the preservation of political stability and popular support, even at the cost of high mortality rates. The Russian case thus offers a key perspective for understanding the interaction between authoritarian governance, controlled information, and crisis management in the contemporary world.

Parole chiave: Covid-19, Russia, Dezinformacija, Autoritarismo, Gestione dell'emergenza

Keywords: Covid-19, Russia, Disinformation, Authoritarianism, Crisis management

GLI AUTORI

ANTONIO BAGLIO insegna Storia contemporanea presso il Dipartimento di Civiltà antiche e moderne (DICAM) dell'Università di Messina. Nei suoi studi ha privilegiato l'interesse nei confronti della storia sindacale e politica, con speciale riguardo alle vicende del movimento anarchico e socialista, del partito fascista e dell'antifascismo in esilio. Altri suoi campi d'indagine sono rappresentati dal filone pacifista, in riferimento agli anni di Comiso, e dalla storia del territorio, con la rivisitazione critica di alcuni passaggi nodali nella vicenda di Messina e dell'area nebroidea durante il Novecento.

E-mail: abaglio@unime.it

FAUSTO ERMETE CARBONE è dottore di ricerca in *Human and Social sciences*, assegnista di ricerca e docente a contratto in Storia moderna presso l'Università del Salento. Insegna nei percorsi universitari di formazione e abilitazione dei docenti di scuola superiore di I e II grado nelle CdC A022, A019, A012. Tra le sue pubblicazioni *Storia della schiavitù* (con G. Patisso), Firenze, D'Anna 2018; *L'impero britannico e il governo delle colonie. Il Board of Trade and Plantations* (secc. XVII-XVIII), Roma, Carocci 2019; *La Corona, gli schiavi, l'impero. Gli inglesi e il mondo atlantico*, Galatina, Congedo 2023. Relatore in diversi convegni nazionali e internazionali, è in possesso dell'abilitazione scientifica nazionale come docente di seconda fascia di Storia moderna.

E-mail: faustoermete.carbone@unisalento.it

ELISABETTA CAROPPO è professore associato di Storia contemporanea presso l'Università del Salento. Ha svolto esperienze di ricerca all'estero (Francia, Portogallo, Germania e Canada) e ha partecipato a diversi progetti nazionali e stranieri. Autrice di vari saggi sulle piccole borghesie, sul turismo, sui processi di emigrazione e di politicizzazione del Mezzogiorno, ha pubblicato le monografie *Sulle tracce delle "classi medie". Espropri e fallimenti in Terra d'Otranto (1861-1914)*, Galatina (Le), Congedo, 2008, 330 pp. e *Per la pace sociale. L'Istituto internazionale per le classi medie nel primo Novecento*, Galatina (Le), Congedo, 2013, 212 pp. Negli ultimi ha fatto parte del Comitato di redazione della rivista *Il Mestiere di Storico* (semestrale della Società Italiana per lo Studio della Storia Contemporanea - Sissco) e ha curato il seminario Sissco *I ceti medi nell'Italia del Novecento. Politica, rappresentanza, impresa e welfare in una prospettiva internazionale*. Attualmente è membro del Collegio dei docenti del Dottorato di ricerca in *Human and Social Sciences* presso l'Ateneo salentino e del Comitato di redazione della rivista *Itinerari di ricerca storica* (semestrale del Dipartimento di Scienze Umane e Sociali dell'Università del Salento).

e-mail: elisabetta.caroppo@unisalento.it

SILVIA MARIA MANTINI è professore associato di Storia Moderna presso il Dipartimento di Scienze Umane dell'Università degli Studi dell'Aquila. La sua attività di ricerca si concentra sui rapporti tra istituzioni, società e culture politiche tra XV e XVIII secolo, con particolare attenzione ai territori di confine del Regno di Napoli e alle dinamiche di governo in contesti caratterizzati da frammentazione amministrativa e pluralità di giurisdizioni. A partire dallo studio del governo spagnolo in Abruzzo, ha sviluppato un articolato filone di ricerca dedicato alle reti politiche, istituzionali e culturali di un'area segnata da ricorrenti situazioni di crisi, approfondendo in particolare il ruolo delle magistrature straordinarie, delle strutture assistenziali e dei saperi medici nella gestione delle emergenze. In questo ambito ha pubblicato, tra gli altri, il saggio *Storiografia e fonti sull'assistenza nell'Abruzzo Ulteriore (secc. XIII–XVII)* («RiMe. Rivista dell'Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea») e contributi sulle nuove narrazioni storiche dopo le catastrofi, tra cui *Gru, tunnel e manoscritti: trame di storie oltre ai sismi* («Memoria e Ricerca», 2020). Negli ultimi anni ha sviluppato un filone di ricerca dedicato allo studio delle catastrofi nella storia, interpretando epidemie e terremoti come snodi critici capaci di rendere visibili le pratiche di governo dell'emergenza, le forme di assistenza e i processi di riorganizzazione emotiva e religiosa delle comunità colpite. È responsabile scientifica dell'Unità di Ricerca dell'Università dell'Aquila nel PRIN-PNRR 2022–2025 intitolato *Institutional controls and health actions to control endemical and epidemic morbidity in Italian states between the 15th century and National Unity*. È membro del direttivo dell'Accademia Medica della Provincia dell'Aquila.

E-mail: silviamaria.mantini@univaq.it

FABIO MILAZZO è docente a contratto di Integrazione politica dell'Unione Europea nell'Università per stranieri “Dante Alighieri” di Reggio Calabria. Si è occupato principalmente di storia della psichiatria e di rappresentazioni della devianza, in particolare nell'ambito militare della Grande Guerra; di storia delle istituzioni manicomiali, di storia della violenza negli stadi e del tifo estremo, di storia e critica della storiografia.

E-mail: f.milazzo@unidarc.it

MANUELA PELLEGRINO è professore associato nel settore Storia dell'Europa orientale presso il Dipartimento di Scienze Umane e Sociali dell'Università del Salento. Dal 2003 insegna nell'Ateneo salentino dove è titolare degli insegnamenti di “Storia della cultura e della civiltà russa” (nel corso di laurea triennale in Scienza e tecnica della mediazione linguistica), “Storia della Russia” (nel corso di laurea magistrale in Studi geopolitici e internazionali) e “Storia dell'Europa orientale” (corso di laurea magistrale in Traduzione tecnico-scientifica e Interpretariato). Nel 2002 entra nell'Università degli Studi di Lecce in qualità di Ricercatore nel settore scientifico disciplinare M-STO/03 - Storia dell'Europa orientale. Nel 2001 è Dottore di ricerca in “Culture, storia e relazioni internazionali nell'area del Pacifico”, Dipartimento di Storia Moderna e Contemporanea, Università degli Studi di Roma “La Sapienza” (dove si è laureata in

Lingue e letterature straniere moderne). È stata membro del Collegio dei Docenti: del Dottorato di Ricerca in “Studi storici, geografici e delle Relazioni internazionali” (Università del Salento, Dipartimento di Studi Storici dal Medioevo all’Età Contemporanea); del Corso di Perfezionamento in “Storia regionale pugliese” (promosso dal Dipartimento di studi storici dal Medioevo all’Età Contemporanea, Università degli studi di Lecce) e del Dottorato di Ricerca in “Storia delle Relazioni e delle Organizzazioni internazionali” (Università degli Studi di Lecce, Dipartimento di Studi Storici dal Medioevo all’Età Contemporanea). Ha partecipato a Progetti di ricerca internazionali e nazionali. Tra i suoi principali interessi di studio e ricerca, nel corso degli anni: rapporti tra Santa Sede e Russia sovietica; politica e società nella Russia sovietica e contemporanea; antisemitismo in Russia in epoca sovietica e umorismo ebraico nella tradizione culturale russa (*anekdot*); politica e cultura in Russia (regime totalitario, cultura, censura e propaganda); modernizzazione, totalitarismo e persecuzioni religiose in Russia; storia e cultura russo-siberiane; separatismo ucraino e problematiche relative al cattolicesimo ruteno dal crollo dello zarismo ai primi anni Venti del Novecento.

E-mail: manuela.pellegrino@unisalento.it

STEFANO PICCIAREDDA è professore ordinario di Storia contemporanea nell’Università di Foggia. Tra suoi temi di ricerca figurano la storia del cristianesimo e delle religioni nell’Africa subsahariana, con particolare attenzione alle espressioni autoctone e alle loro ricadute politiche, sociali e culturali; l’umanitarismo contemporaneo, in generale e nell’azione del Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra; il processo di integrazione europea; il rapporto tra centro e periferia nella Chiesa cattolica del XX e XXI secolo; la Capitanata nel secondo dopoguerra.

E-mail: stefano.picciaredda@unifg.it

MICHELE ROMANO insegna Storia Contemporanea presso l’Università del Salento. Ha pubblicato lavori su borghesie e nobiltà meridionali, sul rapporto fra gli elementi costitutivi della Repubblica e, in particolare, sulla conflittualità Stato/Regione, sulla caratterizzazione produttiva e sulla geografia dell’industria nel Mezzogiorno d’Italia del secondo ‘900, sull’evoluzione del metodo storico in rapporto all’uso di tecnologie informatiche e di fonti non convenzionali nella ricerca. Attualmente, si sta occupando di temi riguardanti il *nonlinear change*, la storia e la memoria degli eventi di rottura, il governo delle emergenze, i processi di ricostruzione.

E-mail: michele.romano@unisalento.it

