

Epidemie e coscienza sociale nel lungo periodo¹

Come cambiano
le pratiche, i valori e le
domande dell'abitare

Lucia Carle*

* EHESS, Paris; mail: lcarle@ehess.fr

Abstract. *Since antiquity, humanity has been facing epidemics, one of the great recurring fears in the society of the Ancient Régime. In the long run they have generated or accelerated new collective behaviours, as well as the repetition and perpetuation of ancient reactions and behaviours. The fundamental measures – distancing, isolation, hygiene – generated by the confrontation and coexistence with the disease, are the corpus of long-lasting collective behaviours, handed down and dusted off with each epidemic/pandemic resurgence. Long-term epidemics affect territories, contributing to the definition of their peculiarities. Once imported, they assume precise and different features peculiar to each area, creating short duration spatial and social boundaries. They leave marks in social collective consciousness, modifying during their incidence the related, circumscribed and enlarged horizons defined by anthropic components. Every pandemic crisis affects social collective consciousness. In populations there is always both a rejection of the disease, although evident, up to its denial, and the insistent desire to 'behave as before'. This is one of the major issues political and health authorities face, today as in the past, fighting against the infection spread and attempting to overcome it. The epidemic accelerates ongoing or underlying processes, influencing collective evolutions and changes. In a long-term perspective, epidemics are 'bottlenecks' that have forced societies to concretely deal with the consequences of their fundamental deficiencies.*

Keywords: *Covid; epidemic/pandemic; social consciousness; history; long period.*

Riassunto. *Fin dall'antichità l'umanità si misura con le epidemie, una delle grandi paure ricorrenti nella società di Antico Regime. Sul lungo periodo hanno sia generato o accelerato nuovi comportamenti collettivi, che il ripetersi e il perpetuarsi di reazioni e comportamenti antichi. Le misure fondamentali - distanziamento, isolamento, igiene - nate dal confronto e dalla convivenza con la malattia, sono il corpus di comportamenti collettivi di lunga durata, tramandato e rispolverato ad ogni recrudescenza epidemica/pandemica. Le epidemie sul lungo periodo incidono sui territori, contribuendo alla definizione delle loro specificità. Importate, vi assumono caratteristiche precise e diverse fra le aree, creando delimitazioni spaziali e sociali di breve durata. Lasciano tracce nella coscienza sociale collettiva, modificando nel periodo di incidenza gli orizzonti relativi, circoscritti e allargati delle componenti antropiche. Ogni crisi pandemica incide sulla coscienza sociale collettiva. Nelle popolazioni appare sempre sia il rifiuto della malattia, benché evidente, fino alla sua negazione, sia l'insistente volersi 'comportare come prima'. Questa è una delle difficoltà maggiori che le autorità politiche e sanitarie incontrano, oggi come in passato, nella lotta al diffondersi del contagio e per riuscire a vincerlo. L'epidemia accelera processi in atto, o soggiacenti, influenzando evoluzioni e cambiamenti collettivi. In una prospettiva di lungo periodo, le epidemie sono 'strettezze' che hanno obbligato le società a misurarsi concretamente con le conseguenze di loro carenze fondamentali.*

Parole-chiave: *Covid; epidemia/pandemia; coscienza sociale; storia; lungo periodo.*

Fin dall'antichità l'umanità si è misurata con le epidemie. Quelle che ritornano ciclicamente oppure interessano l'intero mondo conosciuto sono state definite in tempi relativamente recenti dall'OMS rispettivamente endemie o pandemie. Le loro cause sono state, nel secolo scorso, identificate in batteri o in virus. Il microscopio e il genio di vari studiosi hanno visualizzato i primi nell'Ottocento, mentre solo il microscopio elettronico ha permesso, a partire dal Novecento, di vedere i secondi.

¹ Ringrazio per il suo aiuto fondamentale Flavia Carle, della Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche. Senza la sua competenza di epidemiologa non avrei potuto svolgere la ricerca alla base di questo testo, in particolare in un momento in cui l'accesso alle fonti si rivela particolarmente difficile.

Open access scientific article
edited by *Scienze del Territorio*
and distributed by Firenze University Press under CC BY-4.0



Ma l'esistenza di entrambi, anche se ancora senza nome, era ipotizzata anche prima. Così come lo stretto rapporto fra mondo vegetale e animale e realtà umana nel campo delle epidemie, che da sempre passano dall'uno all'altro, seppur con caratteristiche diverse.

A posteriori, alcune di esse sono considerate causa di determinati cambiamenti collettivi o perlomeno correlati con questi. Un'epidemia è spesso valutata storicamente in relazione a mutazioni o trasformazioni di stretto o largo raggio e di più o meno lungo periodo.

Nel mondo occidentale contemporaneo la tendenza è quella di vedere e leggere le epidemie, e le pandemie, anche passate, come spartiacque all'origine di cambiamenti essenziali e definitivi economici, sociali ed anche politici. Un prima e un dopo insomma rispetto, ad esempio, alla peste giustiniana, alla peste 'manzoniana' seicentesca o al colera che arriva in Europa nell'Ottocento. Anche se, curiosamente, nel caso del Covid-19, una delle preoccupazioni e ansie collettive fin dall'inizio è stato 'il ritorno alla normalità'. Contraddizione reale o apparente? O modo diverso di rapportarsi e di vedere le cose nel privato e nel pubblico?

Per lungo tempo, in antico regime, le ricorrenze delle epidemie hanno scandito nelle realtà locali i ritmi del tempo lungo.

Nella società di antico regime, cosciente dell'impossibilità di controllare la morte come la malattia, le epidemie sono una realtà che ogni uomo incontra almeno una volta nella vita.² È abituato a convivere con la paura e per lui l'epidemia nella sua forma massiccia e subitanea fa parte delle grandi paure che periodicamente ritornano su un fondo permanente di paure quotidiane.³ L'antico regime deve convivere e ciclicamente soccombere alle varie epidemie, peste, tifo, sifilide o vaiolo. Dopo il secolo dei lumi, l'Ottocento combatte accanitamente la malattia in tutte le sue forme riuscendo vincitore solo in parte ma iniziando a mettere in atto atteggiamenti collettivi e individuali diversi nei confronti delle epidemie. Soprattutto inizia ad inseguire il mito del controllo sulla malattia, che collega alla conoscenza scientifica, ma che non significa affatto vittoria su di essa. Arrivare a conoscere le cause delle epidemie e le loro origini, processo faticoso e parziale ancora incompiuto due secoli dopo, rassicura tuttavia sulle possibilità di controllarle e di vincerle. Le vicende delle epidemie ottocentesche e novecentesche fino all'ultima che stiamo vivendo lo confermano.

Conoscere le cause e i modi di diffusione non serve a fermare il colera che arriva nell'Ottocento a più riprese in Europa né l'influenza spagnola nel Novecento, le più importanti pandemie degli ultimi due secoli. I vaccini, la grande arma del mondo contemporaneo di prevenzione e controllo della malattia, riusciranno a eradicare solo il vaiolo, e solo nel 1977.

Il progresso non è estraneo alla diffusione delle epidemie, e quindi alla facilitazione della loro trasformazione in pandemie. Nel 1347 la peste nera, partendo dal mar Nero, impiega sei anni ad arrivare in ogni parte d'Europa, seguendo la via marittima sulle lunghe distanze⁴ e la via terrestre dalle coste verso l'interno. Progressione ritmata dalle stagioni, che si ferma o diminuisce sensibilmente in quelle fredde e riprende forza in primavera.

² In antico regime "ogni uomo di 25 anni ha incontrato la peste almeno una volta nella sua vita" (J.N. Biraben in HILDESHEIMER 1993, 51).

³ "Che si tratti della notte e degli spiriti, del mare, del prossimo e del vecchio, dell'escatologia, dei malefici di Satana e dei suoi agenti, dell'insicurezza generale, delle sedizioni, della guerra, della fame, del fisco" (ivi, 50).

⁴ Fra il 1347 e l'inizio del 1348 raggiunge dal mar Nero, passando per Costantinopoli, i porti del Mediterraneo.

Si accelera lungo i grandi assi di comunicazione, come alla discesa dei fiumi, rallentando sulle vie secondarie, con una velocità media di 75 km al giorno. Impiega così 115 giorni a percorrere i 226 Km fra Avignone e Lione. “La marcia effettiva della peste fu più lenta della propagazione della notizia del suo arrivo che la precedette e influenzò i comportamenti delle popolazioni: fuga, reclusione, violenza contro gli ebrei e i lebbrosi, eccessi dei flagellanti”. In tre o quattro anni l’Europa perderà allora fra un terzo e la metà della popolazione. Nei secoli seguenti la peste continuerà a colpire secondo una logica precisa che distingue fra due zone, separate e insieme unite dal contagio dal Mediterraneo: le regioni nord occidentali (praticamente tutti i Paesi europei meno i Balcani e il sud dell’Ucraina) con 31 ritorni fra 1347 e 1772, in cui si distinguono tre periodi, e la regione sud orientale dei paesi mediterranei a maggioranza musulmana, dal Maghreb all’Ucraina e ai Balcani, passando per il Medio Oriente. Su questi vi sono poche informazioni sul periodo medievale, ma dal 1500 al 1842, si distinguono 20 ritorni distribuiti in tre periodi. (HILDESHEIMER 1993, 8-10).⁵

Rispetto ai tempi di diffusione della peste all’inizio del Trecento, le vie e i mezzi di comunicazione ottocenteschi faranno viaggiare il colera con una maggiore rapidità. Dal 1817 al 1960 se ne contano sette epidemie, di cui la prima (1817-1824) e l’ultima (dal 1960) non riguardano l’Europa, mentre la sesta (1899-1921) la tocca solo marginalmente, in Europa centrale e nei Balcani (Bourdelaïs in BARDET ET AL. 1988, 18). Arriva per la prima volta in Europa nel 1832, noto e descritto fin dal Settecento, in opere di studiosi italiani ed inglesi. Gli Europei dispongono anche di numerose descrizioni di medici o mercanti, redatte soprattutto a seguito della recrudescenza del colera nel 1817 in India. Vi si elencano sintomi, ci si interroga sulla natura e l’origine del male, si preconizzano cure. Se la prima epidemia di colera (1817-1824) viene considerata in Europa una sorta di malattia esotica, che si arresta ad Astrakhan, la seconda colpisce violentemente e rapidamente il continente (1829-1837). Dalla sua “culla” in India si diffonde attraverso l’Afghanistan e la Russia, grazie “all’espansione commerciale favorita dall’industrializzazione britannica e dalla creazione della British Raj”. Arrivato in Europa, il colera dilaga rapidamente seguendo i corsi d’acqua e poi le ferrovie,

arterie principali di un commercio allora in pieno sviluppo. [...] Nelle città che si sviluppavano ad alta velocità nei dolori di una rapida urbanizzazione, approfittò dello stato di sovrappopolamento delle abitazioni, delle cattive condizioni di igiene e dell’insalubrità del sistema di distribuzione dell’acqua, a tal punto che si poté credere che queste condizioni erano quasi state previste per lui (Bourdelaïs in Bardet et Al. 1988, 109).

Il colera asiatico può davvero “essere considerato come l’epidemia classica del XIX secolo, soprattutto in Europa all’epoca dell’industrializzazione” (*ibidem*).

L’Europa ottocentesca prima rifiuta e poi accetta a fatica l’idea di essere stata contagiata da un male che considera proprio di Paesi e abitudini arretrate, meno evoluti. Gli stessi medici faranno allora fatica a far accettare le misure di sicurezza che sono, in mancanza di cure sicure, quelle che hanno mostrato una loro utilità per contrastare la peste: essenzialmente, l’isolamento e il confinamento, la pulizia e la soppressione degli oggetti infetti.

Anche se i dati quantitativi sono difficilmente calcolabili, e non solo in antico regime, alcuni di questi possono fornire un’idea dell’incidenza sociale delle diverse epidemie/pandemie sul lungo periodo.

⁵“L’ultima epidemia nel 1842 segna la fine dell’era della peste in Occidente”. Questa continua a colpire in altre parti del mondo (HILDESHEIMER 1993, 10).

Per la peste bubbonica trecentesca si stimano in Europa 20 milioni di morti. Diverse città, come Parigi, perdono più della metà della popolazione, diverse aree si spopolano. Un terzo della popolazione europea muore in tre anni. La precedono gravi carestie (dal 1315 al 1317, nel 1338 e 1343) e l'inizio, nel 1337, della guerra dei cent'anni fra Francia e Inghilterra. Alla vigilia del suo arrivo i raccolti sono cattivi e la carestia si diffonde in Inghilterra, Italia, Austria e Germania.

Nel quattro secoli seguenti le successive epidemie sono fortemente letali. Nel 1630 nel nord Italia muore il 32% della popolazione a Venezia, il 51% a Milano, il 63% a Verona e il 77% a Mantova.⁶

La ricorrenza della peste può colpire localmente a intervalli relativamente brevi. A Londra nel 1563 uccide tra 20.000 e 26.000 persone. Vi torna nel 1578 (8000 morti) e nel 1593 (17000 morti). Nei primi quarant'anni del Seicento, tre grandi epidemie, scoppiate sulle navi arrivate in porto, uccideranno 100.000 Londinesi. Ed è un bastimento all'origine dell'ultima manifestazione epidemica di peste nell'Europa nord-occidentale: quella di Marsiglia (1720-1722), con almeno 40.000 morti in città e 80.000 in Provenza. Dall'antichità è la ventiseiesima volta che la città ne viene colpita (CUNHA UJVARI, BAMBINI 2012, 134)

Le epidemie di vaiolo, in Europa dal VI sec. d.C., causano la morte dal 20 al 40% degli ammalati e lasciano ai sopravvissuti profonde cicatrici indelebili sulla pelle o la cecità. Nel XVII e XVIII secolo un terzo dei Londinesi è segnato da orribili cicatrici e due terzi sono rimasti ciechi.

Per la spagnola nel Novecento il tasso di mortalità globale è stimato tra il 10 e il 20% degli infetti. I colpiti sono 500 milioni, un abitante su tre. Tra il primo caso registrato, 4 marzo 1918, e l'ultimo nel marzo 1920, uccide tra 50 e 100 milioni di persone, cioè tra il 2,5 % e il 5% della popolazione mondiale. (SPINNEY 2018, 8)

Cifre da rapportare al numero degli abitanti e alla mortalità, difficile da calcolare soprattutto in antico regime, ma che danno comunque una misura della drammaticità di questi episodi per chi vi era coinvolto, e di cui restano molte testimonianze. Diverse fonti – come memorie, annotazioni dei medici, documenti amministrativi, testamenti, testimonianze letterarie – restituiscono la drammaticità della vita nel corso delle epidemie, ritraendone la dimensione apocalittica e lasciando trasparire sentimenti, convinzioni, comportamenti di chi ne è protagonista. Integrarle e incrociarle con i dati quantitativi permette di contestualizzarle, arrivando ad identificare i contenuti della coscienza sociale collettiva, cioè l'insieme delle credenze e dei sentimenti comuni alla media dei membri di una società. e le sue modalità evolutive.⁷

Fede e peccato, scienza e trasgressione

In antico regime il sentimento religioso accomuna l'insieme della società e la convinzione che l'epidemia sia una punizione celeste è condivisa da popolazioni di diverse latitudini. La preghiera collettiva, il 'voto' fatto alla Madonna, le varie funzioni religiose (processioni, penitenze, messe, rosari) sono diffusi in tutta la vastissima area cattolica e la restante parte europea di fede cristiana non si comporta diversamente con le sue manifestazioni.

⁶L'epidemia scoppia durante la guerra dei Trent'anni (1618-1648).

⁷Per Émile Durkheim la coscienza collettiva è l'insieme delle credenze e dei sentimenti comuni alla media dei membri di una società.

Pregare il proprio dio o i propri dei e considerare l'epidemia una sorta di punizione divina sono comportamenti che, dall'era antica a quella moderna, accomunano le popolazioni colpite, sull'arco di più secoli. Ci si sente in parte o totalmente responsabili per i propri peccati della catastrofe collettiva che devasta la società in cui si vive e si considerano la penitenza e la preghiera, unitamente alla supplica di usare misericordia rivolta al proprio dio, un atteggiamento doveroso e necessario da parte di tutti. Sono questi sentimenti condivisi dai vari strati sociali, all'origine di manifestazioni e comportamenti collettivi. Anche se non tutti i suoi membri si comportano di conseguenza, la Chiesa è la componente sociale che resta più vicina ai malati durante le epidemie. Accettando innanzi tutto i rischi del contagio per amministrare i sacramenti, soprattutto confessando i moribondi. Spesso le autorità civili impongono regole strette e precise per le sepolture che non permettono i funerali, almeno non sempre e non per tutti. Fosse comuni senza alcuna benedizione, morti abbandonati nelle strade, carri che passano carichi di cadaveri scomposti, fanno parte delle descrizioni di tutte le epidemie. Come il terrore del contagio che, più forte di tutto, porta ad abbandonare anche i propri familiari malati. Permettere ai malati quello che viene chiamato il conforto della fede, come anche dare loro la possibilità di rispettare i precetti religiosi, è una preoccupazione che si rileva, in manifestazioni diverse, in tutto l'Antico Regime. I lazzaretti, ad esempio, prevedono uno spazio per la religione ed il culto. Come quello di Ancona costruito da Luigi Vanvitelli fra il 1733 e il 1743.

Le epidemie hanno spesso prodotto interventi sul territorio, cioè anche pianificazione. Lo si vede un po' dappertutto, nel costruito e talvolta nell'organizzazione dello spazio urbano e non. Le chiese edificate in ringraziamento della protezione divina o della liberazione dalla peste hanno rimodellato con la loro presenza interi quartieri, modificando percezioni spaziali del territorio urbano, modalità abitative e altro, ma anche favorito la nascita di pratiche sociali collettive non solo legate al culto. Un esempio fra tanti. La chiesa della Madonna della Salute a Venezia viene eretta alla Punta della Dogana, dopo aver eliminato un edificio preesistente, a seguito del voto del doge Nicolò Contarini e del patriarca Giovanni Tiepolo per la liberazione della città dalla peste del 1630 e 1631, con la conseguente erezione di altre chiese 'sorelle' nei territori della Serenissima. La festa del 21 novembre verrà da allora celebrata non solo a Venezia, ma anche nei suoi ex-territori, con pratiche sociali, religiose, alimentari arrivate fino ad oggi.

Le grandi epidemie dell'epoca contemporanea vanno di pari passo con la ricerca generalizzata del controllo su di esse da parte innanzi tutto delle componenti scientifiche delle società, che non sono necessariamente laiche. L'affidarsi alla volontà divina, in un contesto in cui le modalità del contagio, il suo decorso e l'esito letale della malattia sfuggono spesso al controllo, resta un atteggiamento diffuso, soprattutto nelle classi sociali non alfabetizzate e povere. Nei due secoli dell'età contemporanea la dimensione laica sempre più presente modifica soprattutto i risvolti collettivi e la solennità istituzionale di queste pratiche. Le manifestazioni cerimoniali del culto assumono un valore minore e la dimensione familiare e individuale risulta accentuata. Tra gli ex-voto del Santuario della Consolata a Torino, diversi testimoniano gratitudine per la guarigione individuale o di un essere caro dalle epidemie di colera e spagnola.

Durante la fase critica della primavera 2020 della epidemia di Covid, vescovi cattolici e lo stesso Pontefice hanno insistito sull'importanza della preghiera individuale o familiare (recita del rosario), annullando le pratiche religiose collettive (messa, sacramenti, funerali). I sacerdoti, per la prima volta nella storia, non hanno avuto accesso al capezzale dei moribondi. Lo stesso Papa ha compiuto in solitudine – seppure visibile a tutto il mondo grazie ai media – gesti di preghiera e supplica per ottenere la protezione divina.

Tutte le epidemie sono state all'origine o hanno visto l'accelerazione di nuovi comportamenti collettivi, in contesti diversi, come pure il ripetersi e il perpetuarsi di reazioni e comportamenti antichi. Le stesse misure fondamentali - distanziamento, isolamento, igiene - nate dall'esperienza collettiva del confronto e della convivenza con la malattia, molto prima della scoperta di veri rapporti causa-effetto, dei microbi e dei virus, si sono consolidate come comportamenti generali. Costituiscono il corpus di comportamenti collettivi di lunga durata che è stato tramandato e rispolverato ad ogni recrudescenza epidemica/pandemica. Una specie di costante collettiva contro cui peraltro non sono mai mancate le resistenze, da parte delle popolazioni colpite, malgrado la loro comprovata efficacia e l'affermazione della loro validità, secondo i periodi storici, dalla maggioranza o dalla totalità del corpo sanitario.

Problemi atavici nel comune sentire: evidenza certa, soluzione incerta

Ma oltre a questo è possibile constatare un impatto delle epidemie sulla coscienza sociale collettiva e in che cosa consiste?

Le epidemie sono uno dei fenomeni ricorrenti sul lungo periodo storico che hanno inciso sui territori, contribuendo alla definizione delle loro specificità. Importate da fuori, hanno assunto localmente caratteristiche precise e diverse fra aree e aree, contribuendo a creare delimitazioni spaziali e sociali che sono di breve durata, ma che hanno lasciato tracce importanti nella coscienza sociale collettiva, modificando nel periodo di incidenza gli orizzonti relativi, circoscritti e allargati delle componenti antropiche dei luoghi interessati.⁸

Ogni epidemia appare a posteriori collegata a specifici cambiamenti collettivi, economici, politici, comportamentali. In questo senso va valutata come un fattore importante all'origine di 'novità' che, immediatamente e temporaneamente, coinvolgono tutte le componenti di un territorio, fisiche e antropiche. Sul lungo periodo si può dire che ogni crisi pandemica incide sulla coscienza sociale collettiva, in altre parole sul 'comune sentire', anche se questa non ne è nel suo insieme immediatamente consapevole. Il rifiuto di adeguarsi ai comportamenti di sicurezza, e/o la volontà di ritornare a 'fare come prima' va letto anche come il rifiuto di una nuova quotidianità e la volontà di ritornare a quella nota. Una sorta di paura dell'ignoto e dei possibili stravolgimenti della realtà nota e abituale in cui si vive. In tutte le epidemie è presente nelle popolazioni sia il rifiuto della malattia arrivando alla sua negazione malgrado le evidenze, sia l'insistenza ricorrente nel 'comportarsi come prima' durante la crisi pandemica. Ed è questa una delle difficoltà maggiori che le autorità politiche e sanitarie incontrano, oggi come in passato, nella lotta che ingaggiano per contrastare il diffondersi del contagio e per riuscire a vincerlo.

I cambiamenti considerati come causati dalle epidemie sono in realtà già preesistenti in parte delle società interessate o come tendenza. L'epidemia accelera processi già in atto, o soggiacenti, influenzando certe evoluzioni, e cambiamenti collettivi, piuttosto che altri.

Le condizioni insalubri delle abitazioni dei quartieri popolari di Londra e le condizioni igieniche di vita dei loro abitanti erano già note e denunciate prima dell'arrivo del colera in Europa. Ragioni umanitarie, constatazione del degrado ambientale o anche preoccupazioni ricorrenti per la sicurezza degli abitanti dei quartieri 'bene' della città ne erano all'origine.

⁸Per il rapporto fra coscienza sociale collettiva e orizzonti relativi, circoscritti e allargati, v. CARLE 2012, 41-66.

Le epidemie/pandemie ottocentesche di colera evidenziano il rapporto di causa-effetto e contribuiscono ad accelerare processi di sanificazione e bonifica territoriale nelle grandi città industriali. Costruire 'sano', principio plurisecolare applicato dagli architetti alle case e ai quartieri dei ceti superiori, viene, in quanto esigenza di prevenzione, applicato sempre più all'edilizia a cui si attribuisce l'aggettivo di 'popolare'. L'abbattimento dei cosiddetti quartieri insalubri sarà una pratica comune a tutte le città europee, che arriverà fino alla seconda metà del Novecento.

Fin dalle prime pratiche settecentesche di inoculazione, la scienza ha tentato di limitare la mortalità delle epidemie, cercando cure appropriate e vaccini. La convinzione dell'inevitabilità delle epidemie propria dell'antico regime persiste in larga parte della popolazione occidentale anche nei primi due secoli dell'età contemporanea. La battaglia del mondo scientifico e colto contro tale convinzione, iniziata nel Settecento, caratterizza anche i due secoli successivi. Lo sviluppo, la diffusione e la messa a punto delle pratiche di prevenzione ne costituisce un elemento fondamentale. Prima i provvedimenti messi in atto al momento dello scoppio dell'epidemia, in luoghi più o meno lontani, servivano ad evitarne l'entrata prima e a limitarne la diffusione poi nei luoghi che si volevano proteggere. Diventa in seguito importante mostrare che il cambiamento di diverse pratiche e modi di vita permette di evitare che una epidemia scoppi. La scoperta dei batteri, a fine Ottocento, rafforza fortemente queste convinzioni, mostrando tra l'altro le ragioni per cui da sempre le epidemie, che colpiscono soprattutto i più poveri e miserabili, non risparmiano tuttavia i ceti superiori. Fare in modo che tutti vivano in modo 'sano' – pulizia, nutrizione corretta, abitazioni salubri, condizioni di lavoro non disumane – aumenta le possibilità di essere sani per tutti quanti condividano gli spazi delle concentrazioni urbane, trasformate in megalopoli. Dove nell'Ottocento e Novecento si concentrano i nodi vitali dell'organizzazione politica, economica e sociale del mondo occidentale. La fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento sono caratterizzati da iniziative di sanità pubblica che mirano a prevenire. Non solo la diffusione dell'edilizia popolare, le vaccinazioni obbligatorie di massa, la diffusione della ginnastica, la nascita delle pratiche sportive, ma anche le colonie estive per i figli dei lavoratori, i sanatori, il controllo sulle abitudini alimentari degli scolari, sia da parte dei regimi democratici, come la Francia o gli USA, che dittatoriali, come l'Italia fascista e la Germania nazista o comunisti come l'Unione Sovietica o la Cina.

Tutto questo comporta un vastissimo e lungo processo di introduzione di nuovi comportamenti e atteggiamenti nella coscienza sociale collettiva. Assecondati e stimolati da vecchi e nuovi mezzi di comunicazione: libri, quotidiani, radio, televisione, cinema, pubblicità. Tutti questi contribuiscono a diffonderli, veicolandoli in modi sempre più capillari. 'Poveri ma puliti'; 'il sole fa bene'; 'mangiare ad orari regolari'; 'lavarsi le mani'; 'bagno e doccia'; 'camere separate per genitori e figli'; 'cambiarsi d'abito quando si rientra dal lavoro'; 'servizi igienici all'interno delle case' e poi 'in ogni appartamento'; 'stare all'aria aperta'... sono alcune delle pratiche che diventeranno convinzioni collettive, modi di essere identificati con il progresso e intrinseci alla società occidentale. Mentre queste pratiche e comportamenti si generalizzano nella società occidentale e diventano su più generazioni parte della quotidianità e della 'normalità' la gestione delle malattie infettive, che continuano a insorgere, è sempre più correlata all'individuazione di medicine appropriate e di vaccini preventivi.

Il paradigma del germe invasivo e delle conseguenti misure da prendere si prese praticamente tutto il merito, diventando la forza dominante nella medicina occidentale.

[...] Le cure tipo *magic bullet* che ha reso possibile rientravano bene nella logica del capitalismo industriale, in cui le divisioni fra noi e loro, fra puro e contaminato, erano chiare – e, altrettanto significativamente, potevano essere affrontate per mezzo della compravendita di beni e servizi biomedici (SHAH 2020, 2).

Medicinali e vaccini, su cui si sono concentrati gli sforzi della scienza, hanno dalla fine dell'Ottocento limitato i danni causati dalle epidemie da allora succedutesi, soprattutto nelle società occidentali. Ma non li hanno risolti pur aumentando significativamente il controllo su di esse. Hanno anche aiutato a individuare la complessità del problema e le relazioni che intercorrono fra certi comportamenti collettivi e l'insorgenza di epidemie. Ora la richiesta di letture e approcci diversi è una delle manifestazioni della coscienza sociale collettiva che, già presente prima dell'attuale pandemia, si sta rafforzando. Le pandemie sarebbero presentate sia come una realtà biologica che come un fenomeno sociale plasmato dall'azione umana. L'attenzione all'ambiente e la crescita di movimenti in questo senso spiega la diffusione di informazioni dapprima relegate a ristretti ambiti scientifici e il proliferare di richieste concrete ai poteri pubblici di applicazione di questo atteggiamento.⁹ La compresenza di atteggiamenti e convinzioni anche di segno opposto nella coscienza collettiva nei confronti della pandemia è un'altra realtà attuale, particolarmente marcata rispetto a situazioni di antico regime o anche dei due ultimi secoli. Accanto alle richieste di interventi basati sulla constatazione scientifica della complessità, di cui sopra, troviamo l'atteggiamento negazionista, diffuso praticamente in tutti i Paesi, che arriva a negare l'esistenza del virus, con le conseguenze comportamentali note e pericolose per la salute pubblica, legato alla sfiducia palese nei confronti della scienza e dei suoi rappresentanti.

Nel caso italiano specifico, indice evidente di questa sono sia la valutazione impropria generalizzata del lavoro degli scienziati e dei medici, nell'ignoranza delle caratteristiche di questo, che il proliferare di una informazione scorretta sulla malattia e le sue caratteristiche. In Italia la prima vaccinazione obbligatoria, contro il vaiolo dall'inizio dell'800¹⁰ fino al 1977, ha effetti drastici sulla riduzione della mortalità e le conseguenze invalidanti della malattia. Ancora nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento, le cosiddette malattie infantili (morbillo, pertosse, varicella, parotite, rosolia) continuano ad essere la causa principale della mortalità infantile, sovente molto elevata. A questa si aggiunge la poliomelite che ha nel biennio '59-'60 un picco di 8000 casi dichiarati. Con la vaccinazione di massa, per gli 0-20 anni, obbligatoria dal 1966, diventano circa 3000 nel 1964 e 500 nel 1965.¹¹ I successi della medicina sulla poliomelite vengono unanimemente salutati come una vittoria della scienza, verso cui c'è allora una generale fiducia. Insieme alle vaccinazioni negli anni '50 e '60 per le malattie infantili, che già negli anni del dopoguerra sono curabili e molto raramente letali,¹² e per cui si mettono a punto i vaccini, alimentano un generale sentimento di vittoria contro nemici fino ad allora atavici.

⁹V. il crescente peso anche politico delle reti One Health in vari Paesi: "il progresso verso questo nuovo paradigma è già iniziato: grazie ad un approccio innovativo, dal nome One Health, che considera la salute umana nel contesto della salute della fauna selvatica, del bestiame e degli ecosistemi" (SHAH 2020).

¹⁰ Sono i Francesi ad introdurre le vaccinazioni di massa, nelle aree rurali come urbane, nel periodo dell'occupazione napoleonica.

¹¹ L'ultimo caso autoctono è stato segnalato nel 1982 a cui seguirono due casi nel 1984 e 1988 importati rispettivamente dall'Iran e dall'India.

¹² Negli anni '50 e '60 le epidemie stagionali di queste malattie non fanno più paura. Decimano le classi elementari, e si propagano come sempre all'interno delle famiglie fra fratellini, sorelline e cuginetti. Sono vissute come una sorta di riti di passaggio che è meglio 'fare' a tempo debito.

Le coppie sposatesi fra gli anni '30 e gli anni '60, insieme ai ricordi di un'infanzia di guerra, condividono quella di fratelli e sorelle morti in tenera età, perché uccisi da malattie ora evitabili con una semplice puntura. Le conseguenze della poliomelite sono ancora sotto gli occhi di tutti negli adulti che l'hanno contratta. In Italia, l'obbligatorietà dei vaccini, salutata come tappa del progresso, non incontra ostacoli. E l'autorità dei medici, fra cui aumentano e si diffondono i pediatri, non vi viene mai messa in discussione. Bisogna aspettare la fine del Novecento per vedere l'affermazione di opinioni antivacciniste nel nostro Paese.¹³

Nell'attuale pandemia riscontrando l'apparente contraddizione fra la richiesta pressante di soluzioni rapide alle strutture scientifiche ufficiali e l'attenzione ad opinioni non verificate né verificabili, gli stessi epidemiologi sono intervenuti, sottolineando i pericoli insiti in questi atteggiamenti e indicando delle vie immediatamente praticabili per porvi rimedio. La definizione di infodemia - "*Circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili.*" - viene riportata in quanto "coerente con il diluvio di informazione, vere, credibili, incredibili, false a cui stiamo assistendo" (CARLE ET AL. 2020, 14). Definizione e commento, sono pienamente applicabili alle situazioni epidemiche di antico regime e anche dei due ultimi secoli precedentemente accennate. Eppure le possibilità di informazione sono abissalmente diverse nel Trecento, nel Cinquecento, nel Settecento e nel Novecento. Ed è evidente che non vi sia alcun paragone possibile fra l'era di internet, dei social e dei telefoni cellulari e quelle precedenti.

Occorre forzatamente in tutte queste situazioni sul lungo periodo considerare la differenza che fa la cultura, intesa come capacità di uso delle informazioni rispetto alla selezione che ne viene fatta. Il che ci porta a dover constatare che le soluzioni messe massicciamente in atto dalle società occidentali (quali innalzamento dell'età per l'istruzione obbligatoria, possibilità di accesso all'istruzione superiori per la quasi totalità della popolazione, libero accesso ai mezzi di informazione e comunicazione), per migliorare il livello di apprendimento e dotare la popolazione di strumenti appropriati di scelta, non sono stati efficaci. In altre parole la società occidentale è lungi dall'aver vinto la scommessa formativa.

Ancora una volta, come già in passato, una pandemia contribuisce a evidenziare dei limiti importanti all'interno delle società che ne sono state colpite.

È il caso di varie carenze strutturali come quelle del sistema scolastico (cronica mancanza di insegnanti; spazi educativi inadeguati; ritardi tecnologici); del sistema commerciale e distributivo (crisi dei grandi centri commerciali e di conseguenza di vari marchi); delle modalità abitative (popolazione urbana concentrata in spazi ristretti e sovrappopolati, nonché obbligata a spostamenti quotidiani importanti).

¹³ Le motivazioni dei primi contrari alla vaccinazione furono di carattere ideologico (essa implicava di fatto l'inserimento di materia 'animale' nel corpo umano) e di carattere religioso: entravano in gioco, infatti, la concezione del male, della predestinazione e del diritto di opporsi alla natura. Tali convinzioni permanevano nonostante le percentuali di morti di vaiolo variassero tra il 30 e il 40% contro il 3% di coloro che venivano vaccinati. Le associazioni di oppositori alla vaccinazione (*anti-vaxxers*) nacquero nel 1853, in Inghilterra, quando venne introdotto l'obbligo di vaccinare contro il vaiolo i bambini di tre mesi, e riuscirono, dopo varie proteste, a ottenerne l'eliminazione. Il numero dei vaccinati si ridusse della metà ed aumentarono i casi di malattia e di morte per malattie infettive. Il movimento degli antivaccinisti trovò un consenso tanto alto che nel 1863, a Londra fu fondata un'associazione internazionale contro la vaccinazione, la *Societas Universa contra Vaccinum Virus*. Nel 1885 a Leicester ci fu una grande manifestazione antivaccinista con oltre 80 000 partecipanti. Secondo gli oppositori la vaccinazione, oltre ad essere inutile e dannosa, era una violazione della libertà personale che lo Stato non aveva il diritto di imporre e pertanto paragonabile ad un crimine intollerabile.

Queste e altre erano già manifeste o latenti nella società italiana prima del Covid-19. L'urgenza di competenze diffuse e puntuali a tutti i livelli organizzativi e dirigenziali ha mostrato la non funzionalità del sistema universitario alla formazione di una classe dirigente adeguata.

In un recente documentato studio sulle epidemie dall'antichità ad oggi, traspare la visione secondo cui in fondo queste sarebbero state un fattore di progresso e sviluppo.¹⁴ In una prospettiva di lungo periodo si è piuttosto trattato di strettoie che hanno obbligato le società che vi hanno avuto a che fare a misurarsi concretamente con le conseguenze di loro carenze fondamentali. Senza necessariamente renderle sempre coscienti di queste ultime e tanto meno capaci di porvi immediato e adeguato rimedio.

Riferimenti bibliografici

- BARDET J.-P., BOURDELAIS P., GUILLAUME P. (1988), *Peurs et terreurs face à la contagion*, Fayard, Paris.
- BIRABEN J.N. (1975), *Histoire de la peste*, Mouton, Paris.
- CARLE F., CORRAO G., MONTOMOLI C. (2020), *Conoscenze, decisioni e incertezza: la statistica medica lancia una palla di neve, perché quella in corso non è l'ultima pandemia*, Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica, <https://www.sismec.info/images/position_paper/Documento_MED01-SISMEC.pdf> (12/2020).
- CARLE L. (2012), *Dinamiche identitarie. Antropologia storica e territori*, Firenze University Press, Firenze.
- CUNHA UJVARI S., BAMBINI A. (2012), *Storia delle epidemie*, Odoya, Bologna.
- HILDESHEIMER F. (1993), *Fléaux et société: de la Grande Peste au choléra*, Hachette Livre, Paris.
- SHAH S. (2020), *Rileggiamo la storia della pandemia con lenti one health*, <<https://www.scienzainrete.it/articolo/rileggiamo-storia-della-pandemia-con-lenti-one-health/sonia-shah/2020-08-11>> (12/2020).
- SPINNEY L. (2018), *1918. L'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Marsilio, Venezia.

Lucia Carle, *historian and anthropologist, is one of the founders of the Territorialist Society. Specialised in collective socio-cultural identity, she has published books and articles and directed research in various institutions. From 2004 to 2020 she taught Historical anthropology of human settlements at the University of Florence. Member of ERHIMOR (CRH-EHESS/CNRS), she is a lecturer at the EHESS in Paris.*

Lucia Carle, *storica e antropologa, è fra i fondatori della Società dei Territorialisti/e. Specialista dell'identità socio-culturale collettiva, ha pubblicato libri ed articoli e diretto ricerche in varie istituzioni. Dal 2004 al 2020 ha insegnato Antropologia storica degli insediamenti umani all'Università di Firenze. Membro di ERHIMOR (CRH-EHESS/CNRS), è docente all'EHESS di Parigi.*

¹⁴Cunha Uivari e Bambini (2012) ripercorrono la storia delle epidemie in questa chiave.