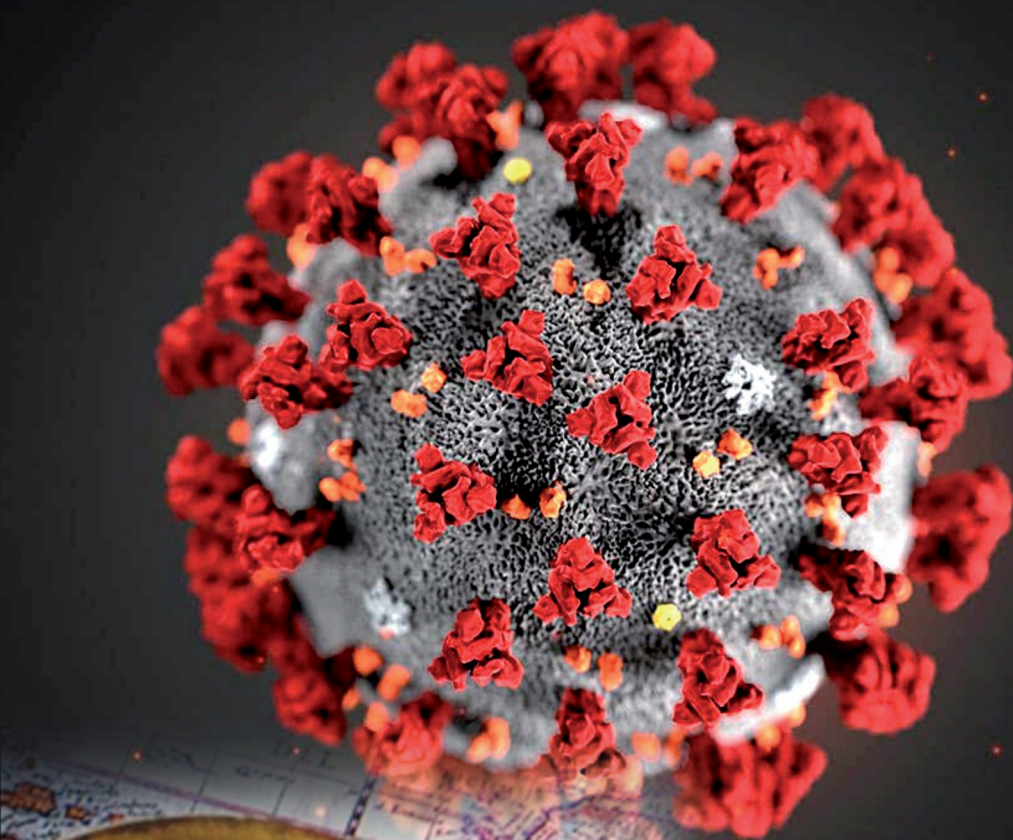


Studi e Ricerche socio-territoriali

ISSN: 2037-6340

* AMBIENTE * ECONOMIA * GEOGRAFIA * POLITICA

11-2021 Fasc. unico



Associazione Culturale



Studi e Ricerche socio-territoriali

Pubblicazione Semestrale

Registrazione presso il Tribunale di Napoli n. 16 del 26 Febbraio 2010

Editore

Associazione Culturale “Sviluppo e Benessere Onlus”

Via Posillipo, 69/28 - 80123 Napoli

Direttore Responsabile e Scientifico

Nicolino Castiello

Comitato Scientifico

Salvatore Cannizzaro (Università di Catania), Franco Farinelli (Università di Bologna), Carmelo Formica (Università di Napoli Federico II), Andrea Riggio (Università di Cassino), Dionisia Russo Krauss (Università di Napoli Federico II), Silvino Salgaro (Università di Verona), Mauro Sciarelli (Università di Napoli Federico II), Domenico Trischitta (Università di Messina)

Consulenti Scientifici

Franco Adamo (Università di Piemonte Orientale), Vincenzo Aversano (Università di Salerno), Filippo Bencardino (Università del Sannio), Caterina Cirelli (Università di Catania), Gino de Vecchis (Università di Roma La Sapienza), Giuseppe Di Taranto (Università di Roma Luiss), Marize Duarte (Universidade do Estado do Pará - Belém), Nunzio Famoso (Università di Catania), Franco Farinelli (Università di Bologna), Michele Fatica (Università di Napoli l'Orientale), Giancarlo Fonseca (Università di Cassino), Maria Laura Gasparini (Università di Napoli Parthenope), Ugo Leone (Università di Napoli Federico II), Elio Manzi (Università di Palermo), Ernesto Mazzetti (Università di Napoli Federico II), Alberto Melelli (Università di Perugia), Paolo Pegorer (Università di Trieste), Maria Giovanna Riitano (Università di Salerno), Giancarlo Santoprete (Università di Pisa), Giuseppe Scanu (Università di Sassari), Guglielmo Scaramellini (Università di Milano), Rosario Sommella (Università di Napoli l'Orientale), Salvatore Strozza (Università di Napoli Federico II), Maria Chiara Zerbi (Università di Milano)

Comitato di Redazione: Francesca Sorrentini, Nadia Matarazzo, Federica Monteleone
Sezione Scienze Geografiche e Storico-sociali del Dipartimento di Scienze Economiche e Statistiche - Complesso Universitario di Monte Sant'Angelo, Via Cintia, 23 - 80126 Napoli - Italia - Europa - Tel. 351-505-7582

Associazione Culturale “Sviluppo e Benessere onlus”

Studi e Ricerche socio-territoriali

11(2021), Fascicolo Unico

Ai fini della valutazione ANVUR, *Studi e Ricerche socio-territoriali* rientra tra le Riviste Scientifiche Italiane dell'area 11 (Geografia), Fascia B (classificazione provvisoria perché nata dopo il 2008).

Napoli, 2021

Né il Direttore Responsabile né il Direttore Scientifico né gli Autori sono responsabili dell'uso che dovesse essere fatto delle informazioni contenute nel seguente fascicolo.

Gli scritti proposti in pubblicazione in Studi e Ricerche socio-territoriali, prima di essere accettati e inclusi nella sezione articoli, sono soggetti ad una duplice revisione scientifica, la prima da parte della redazione, per stabilirne la congruità col profilo editoriale, e la seconda da due revisori esterni a doppio cieco; i pareri espressi da questi ultimi sono vincolanti per la pubblicazione.

L'autore o gli autori, con l'atto della presentazione della ricerca da sottoporre al vaglio della redazione e dei referee per la pubblicazione in questa rivista, si assumono la responsabilità di quanto riportato nel testo, ne attestano l'originalità ed espressamente sollevano la Direzione da ogni responsabilità penale e civile nonché da quella relativa alla legge n. 633 del 22 Aprile 1941 scaturiente da plagio o da altri reati da essi commessi in materia di diritto d'autore. Allo stesso tempo, gli stessi autori liberano la Direzione dal compito di effettuare qualsivoglia indagine preventiva tesa ad accertare la paternità dello scritto.

Direzione: direzione@studiericerche.org

Redazione: redazione@studiericerche.org

redazionerivistastudi@gmail.com

ISSN cartaceo 2037-6340 ISSN on-line 2239-8236

Impaginazione: Melluso Anna

Via Comunale Vecchia, 79G - 80126 Napoli.

Finito di stampare il 12.11.2021

La stampa del fascicolo è stata resa possibile grazie ad un contributo erogato a parziale copertura della spesa

Pandemia e territorio

Nicolino Castiello, *Editoriale*

Sezione prima

LE PANDEMIE NEL TEMPO

Federica Monteleone, *Le epidemie e il moto violento della storia*

Silvio de Majo, *Il colera nella pubblicistica dell'epoca (1831-1832).*

Inesperienza medica, ciarlataneria e satira nella Napoli che aspetta il morbo

Raffaella Salvemini, *Napoli e il controllo della frontiera marittima al tempo del colera*

Francesco Balletta, *La Spagnola in Italia (2018-2019)*

Sezione seconda

COVID-19 ED ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

Maria Antonietta Clerici, *Covid-19 e dinamiche dell'imprenditorialità privata: prime evidenze di una lettura territoriale*

Francesca Sorrentini, *Il turismo sostenibile tra crisi e opportunità di ripresa post Covid-19*

Carolien Fornasari - Aurora Rapisarda, *Coronavirus e percezione del visual landscape e del soundscape urbani: un approccio geografico*

Sezione terza

SPAZI GEOPOLITICI E TUTELA DELLA SALUTE

Alfonso Maria Cecere (giurista), *Ruoli e competenze dei diversi livelli istituzionali nella gestione della pandemia Covid-19 in Italia*

Giovanni De Santis, *Covid-19: la sanità italiana: luci ed ombre*

Sezione quarta

PANDEMIE ED ORDINE MONDIALE

Andrea Perrone, *Dalla crisi della globalizzazione alla de-globalizzazione.
Le ripercussioni della pandemia Covid-19 nel futuro geopolitico mondiale*

Maria Paola Pagnini - Giuseppe Terranova, *La geopolitica degli Stati Uniti
tra elezioni presidenziali e pandemia*

Editoriale

NICOLINO CASTIELLO

Nell'antichità le pandemie, numerose e frequenti, e le lotte per il possesso delle terre più fertili o strategicamente vitali per il controllo dei territori producevano un duplice e contrastante effetto. Il primo, vantaggioso, più evidente ed immediato, era quello di mitigare il sovrappopolamento, poiché, data la lentezza con cui i gruppi umani acquisivano nuove tecnologie per accrescere la massa di beni alimentari e industriali necessari, la mole delle morti da esse prodotte ricomponeva l'equilibrio tra popolazione e risorse, quest'ultimo scompensato dal ritmo di crescita della popolazione superiore a quella delle risorse. Il secondo, meno percepibile, con effetti sul lungo periodo e devastante degli ordini politico-istituzionali, sconvolgeva l'assetto interno di intere comunità nazionali e ne alteravano i rapporti esterni.

Il mezzo di trasmissione delle epidemie/pandemie era costituito dal contatto, che diveniva più assiduo là dove si registrava un continuo movimento di uomini e di merci che, per motivi diversi, coinvolgeva principalmente militari e mercanti i quali si spostavano a piedi e/o a cavallo e/o in nave, mentre appariva abbastanza occasionale al di fuori di tali nodi, a causa dell'isolamento in cui viveva il resto della popolazione; ne derivava, quindi, che si creavano dei veri focolai d'infezione, ben identificabili e circoscrivibili, di cui i porti, assieme ai grandi centri abitati, erano la massima espressione¹.

1. Nel corso dei secoli passati la Repubblica di Venezia, col suo porto, fu colpita da un susseguirsi di epidemie di peste, cui il governo rispose con interventi tanto efficaci da es-

I rimedi usati erano l'isolamento, tramite quarantena, e l'igiene personale, quest'ultima praticata dalle famiglie seguendo rigidi "protocolli" trasmessi da generazione a generazione.

Con l'epidemia dilagava la paura tra le popolazioni e l'odio per gli "untori". I due sentimenti, nutriti da larghi strati della popolazione, trovavano fondamento nella scarsa o approssimata conoscenza scientifica sull'agente eziologico della malattia e delle cure per debellarlo, fattori questi che rafforzavano la fideistica convinzione che la patologia fosse una punizione divina².

In seguito alla Rivoluzione Industriale si è innescato un processo di crescita economica ed una più facile accessibilità alle risorse disponibili senza precedenti nella storia dell'Uomo, che, a macchia d'olio, ha coinvolto il pianeta sia direttamente, in quelle aree ove il fenomeno è stato rimarchevole, sia indirettamente, mediante la generale diffusione del commercio, la globalizzazione, facilitata dalla vertiginosa mobilità per la disponibilità di veloci vettori e per il contenimento dei costi di trasporto di uomini, di merci e di mezzi di produzione.

Di pari passo, la ricerca scientifica ha fatto passi da gigante nell'ambito della medicina e delle scienze ausiliarie che ha permesso di sconfiggere importanti epidemie del passato (tra le più note sono la peste di Giustiniano, la peste nera, il vaiolo, le influenze Spagnola, Asiatica e di Hong Kong) e molte malattie virali e batteriche (poliomielite, difterite, pertosse, tetano, meningiti, epatiti, morbillo, parotite ecc.), anche se permangono alcune patologie difficilmente o parzialmente curabili come il virus dell'HIV. Tuttavia, i progressi della scienza e della tecnologia ed il benessere

sere adottati da gran parte degli Stati europei. Nel 1424 la Serenissima fece costruire in un'isola della laguna, alla quale fu dato il nome di Lazzaretto Vecchio, il primo lazzeretto con lo scopo di allontanare i contagiati e, quindi, di evitare la diffusione dell'infezione tra la popolazione sana. Nel 1468, quando si verificò una seconda e più importante ondata del morbo, fu costruito il Lazzaretto Nuovo, ove attraccavano le navi provenienti da ogni angolo del mondo conosciuto ed erano posti in isolamento per quaranta giorni, donde il termine "quarantena", gli uomini e le merci che si trovavano a bordo dei piroscafi.

2. Ciò alimentava nell'ammalato il senso di colpa e la tendenza a nascondere la malattia per non essere additato dai conterranei, prima, come "peccatore" e, dopo, come "untore". Sul rapporto tra paura e odio nelle pandemie del passato vedasi Fusco (2021).

diffuso a larghi strati della popolazione industrializzata hanno radicato tra la gente un erroneo sentire fondato sulla presunzione che nel XXI secolo eventuali epidemie sarebbero state, territorialmente, circoscrivibili e, scientificamente, curabili, pertanto il pericolo della diffusione di nuove pandemie era considerato assai remoto: ma così non è stato!

Oggi, come in passato, la diffusione del Covid-19 è avvenuta partendo da nuclei di contagio, che si sono formati non più nelle città portuali e nel loro immediato retroterra, ma nelle aree ove nel tempo si sono sviluppati importanti nodi del traffico commerciale sostenuti dalle rotte aeree internazionali.

Il 31 Dicembre 2019, la comunicazione delle autorità cinesi all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'insorgenza a Wuhan, città dell'Hubei in cui vivono 11 milioni di abitanti, di una misteriosa polmonite ha colto di sorpresa la Cina ma è stata presa in scarsa considerazione dagli altri paesi, ritenendo l'affezione legata ai generi di vita alimentare della popolazione dello Stato di Mezzo³.

L'attenzione mondiale ha cominciato ad interessarsi alla notizia quando gli studiosi dello stesso paese hanno scoperto che la patologia era causata da un virus sconosciuto (denominato, dapprima, 2019-nCovis e, successivamente, Covid-19) e ne hanno accertato la pericolosità e la rapidità di diffusione per contatto.

La propagazione della malattia è avvenuta prima in Asia (in tutta la Cina; in Thailandia, il 14 Gennaio; in Giappone; il 16 Gennaio 2020 e negli altri paesi del Sud-est asiatico) e dopo pochi giorni in Europa (in Germania, il 28 Gennaio 2020; in Francia, il 24 gennaio 2020; in Italia; il 31 Gennaio 2020) e negli Usa (il 13 Gennaio 2020). Più tardi è arrivata anche nel centro e nel sud America (Brasile, 25 Febbraio 2020; Messico, 28 Febbraio 2020; Argentina, 3 Marzo 2020).

La celerità con cui il virus aveva raggiunto gran parte dei paesi dell'emisfero settentrionale aveva scosso l'opinione pubblica mondiale e, salvo

3. Per un esame dettagliato sulla diffusione e sulle terapie adottate si rimanda a Bozzato (2020).

qualche eccezione, nel breve volgere di un mese la polmonite interstiziale Covid-19 era estesa a tutto il mondo industrializzato, tanto che l'11 Marzo 2020 l'OMS ha dichiarato che l'epidemia Covid-19 poteva definirsi pandemia.

La risposta internazionale è stata varia, riconducibile a una diecina di modelli comportamentali⁴, ed ha portato a successi ed a fallimenti. In generale, nella gestione della pandemia da Covid-19 possiamo individuare due fasi, quella immediatamente conseguente alla scoperta, che coincide *grossa modo* col primo semestre del 2020, e quella successiva. Nella prima, all'opinione mondiale è apparso che la gestione dei governi "autoritari", come Cina e Russia, avesse ottenuto ottimi e rapidi risultati, potendo essi imporre regole e comportamenti stringenti, mentre quella dei paesi europei e del Nordamerica stentava a trovare un'idonea soluzione. Ciò aveva indotto alcuni politici e strati della popolazione ad esprimere giudizi sulle debolezze delle democrazie. Nel secondo periodo è emersa la natura più spettacolare che effettiva dei regimi forti poiché i governi democratici sono stati in grado di arginare e fronteggiare la pandemia ed avviare a soluzione il problema con interventi di contenimento drastici, ma mirati, anche se non sempre condivisi dalla maggioranza della popolazione.

L'Italia è stato il primo Paese europeo ad essere colpito dalla pandemia (il 20 Gennaio fu accertato che due turisti cinesi erano affetti da Covid-19 e solo il 31 Gennaio si riscontrò il primo caso italiano a Codogno) ma, ricerche più approfondite e recenti fanno ritenere che il virus avesse già circolato per settimane tra persone asintomatiche o pauci-sintomatiche, forse da Novembre - Dicembre 2019 o persino prima (Cereda-Tirani ed Altri, 2020), dato che le analisi del genoma degli isolati di SARS-CoV-2

4. Kamps, Hoffman ([05], p. 40) hanno classificato le tipologie d'intervento in base alle reazioni ed agli strumenti messi in atto dai governi dei vari paesi toccati dal morbo: il "primo focolaio in Cina; sorpresa e impreparazione dell'Italia; preparazione ed esperienza (Taiwan, Vietnam, Giappone); mancata disponibilità a prepararsi (Regno Unito, USA, Brasile); preparazione parziale della Francia; preparazione della Germania; immunità di gregge della Svezia; inizio differito del Sudamerica, splendido isolamento (Nuova Zelanda, Australia) e bilancio sconosciuto in Africa".

portano a ritenere che il virus fosse stato introdotto in più occasioni nel nostro paese (Giovanetti - Angeletti ed Altri, 2020).

La diffusione del virus in Italia è stata progressiva, nel tempo e nello spazio, e differenziata, nell'intensità. Dapprincipio e con maggiore vigore il virus si propagato in quelle aree geografiche ove i contatti internazionali, in generale, e con la Cina, in particolare, erano più frequenti (Veneto e Lombardia), mentre la sua espansione è stata più lenta e meno violenta in altre regioni italiane e segnatamente nel Mezzogiorno.

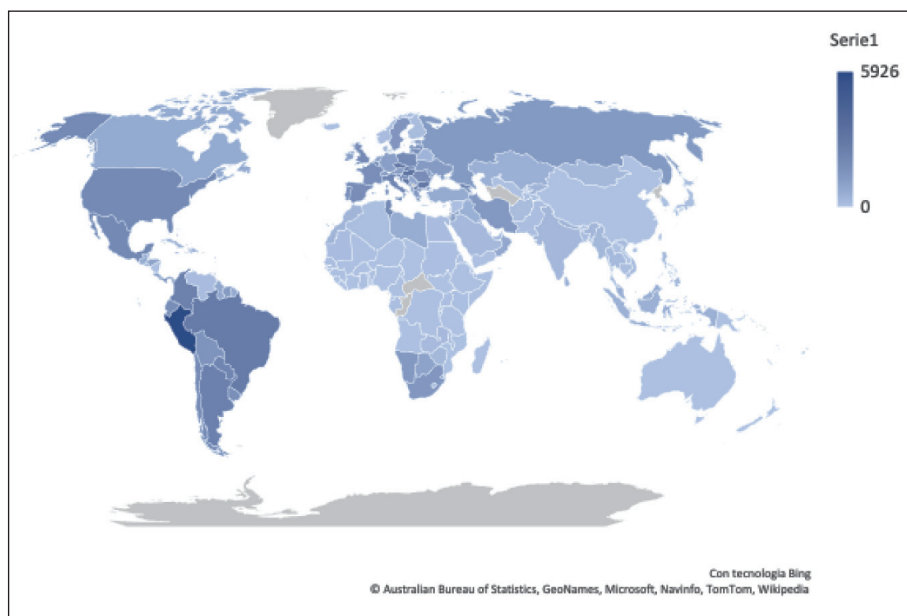
Secondo fonti worldometers [01], dal 31 Dicembre 2019 al 9 Settembre 2021, in poco più di 20 mesi, i casi registrati di Covid-19 nel mondo sono stati 218.515.200 su una popolazione stimata alla stessa data di 7.794.798.739, pari al 2,8%; i morti sono stati 4.532.626, ovvero lo 0,05% della popolazione mondiale ed il 2,07% della massa dei contagiati. La media dei morti per milione di abitanti è stata di 593 persone, ma ben 92 paesi hanno fatto registrare valori superiori. Fatta astrazione dal Perù che ha accusato 5.926 morti per milione di abitanti, altri 22 paesi/possessioni hanno avuto più di 2.000 morti per milione di abitanti⁵, l'Italia occupa il sedicesimo posto nella classifica mondiale con 2.156 morti per milione di abitanti.

Il fascicolo monografico *Pandemia e Territorio* accoglie le riflessioni di studiosi di differenti discipline, geografi, storici, aziendalisti, giuristi, allo scopo di mettere a disposizione della comunità scientifica un insieme di contributi sulla percezione del fenomeno da parte dei cittadini e sui cambiamenti economici, sociali e geopolitici avviati.

È evidente che, per il brevissimo tempo trascorso dalla comparsa della patologia ad oggi e per il fatto che la pandemia non sia stata ancora debellata, gli studiosi non sono in grado di proporre un'analisi esaustiva dei processi di trasformazione territoriale, ma, partendo dall'osservazione spa-

5. In ordine decrescente: Ungheria, Bosnia e Erzegovina, Nord Macedonia, Gibilterra, Montenegro, Repubblica Ceca, Bulgaria, Brasile, San Marino, Argentina, Colombia, Slovacchia, Paraguay, Belgio, Italia, Slovenia, Croazia, Messico, Georgia, Stati Uniti d'America e Tunisia.

Fig. 1 - Morti per milione di abitanti al 9 settembre 2021 da dati worldometers [02]



Fonte: elaborazione computerizzata su dati worldometers [02]

ziale del fenomeno pandemico, possono cogliere quegli aspetti formali e sostanziali prodromici di probabili alterazioni sociali, politiche ed economiche, che nel lungo periodo potrebbero portare a vistosi cambiamenti nell'organizzazione dello spazio antropizzato e degli assetti istituzionali interni ed internazionali dei paesi. La storia ci insegna che talune pandemie avvenute in passato, in ambito locale, hanno svelato sopiti conflitti d'interesse tra Enti territoriali e consacrato l'obsolescenza dei sistemi e dei modelli produttivi ancora adottati e, in campo internazionale, hanno inciso persino sul riassetto dell'ordine mondiale. Ne consegue che in questa fase lo scopo principale delle ricerche sia quello di richiamare l'attenzione dei governi su alcuni fenomeni *in fieri* e di indurre la classe dirigente, istituzionale e non, ad approntare strumenti diretti a salvaguardare le prerogative di taluni spazi geo-economici o ambiti sociali che l'avvento del Covid-19 ha reso vulnerabili.

Il fascicolo è partito in quattro sezioni, la prima, più corposa ed ovviamente meglio documentata, *Le epidemie nel tempo*, ospita quattro contributi.

L'esame di Federica Monteleone documenta l'ampia influenza delle epidemie sulla storia umana nel corso dei secoli ed in particolare il segno indelebile lasciato nella coscienza collettiva. Tali fattori hanno segnato persino la fine di un'epoca per l'impatto della cosiddetta "Peste Antonina" sul destino dell'Impero Romano.

Le due ricerche, quella di Silvio de Majo e di Gabriella Salvemini si soffermano su aspetti di un'importante epidemia registratasi a Napoli nell'Ottocento, il colera. Il primo studio mette in risalto lo stato della letteratura "medica e pseudo medica" del XIX secolo su una malattia sconosciuta, il colera, documenta la qualità dell'informazione, cialtrona a detta dell'Autore, e spiega la percezione del male da parte dei cittadini.

Il secondo indaga sulle misure di sanità pubblica adottate nel Regno delle Due Sicilie per contenere la diffusione delle epidemie di colera nel primo Ottocento. Esse rappresentano un valido esempio di come conciliare la salvaguardia della salute con la difesa del commercio, degli scambi via mare e via terra, della produzione, del lavoro, degli equilibri sociali, economici e finanziari.

Francesco Balletta studia gli effetti di altra importante pandemia, la Spagnola, che dilagò nel mondo fra il 1918 e il 1919. Il virus si presentò alla fine del primo conflitto mondiale quando i governanti, avendo utilizzato gran parte dei mezzi disponibili per sostenere la guerra, disponevano di poche risorse finanziarie ed umane per combattere l'epidemia. Le conseguenze furono disastrose sia per la perdita di vite umane sia per le implicazioni nell'economia finanziaria: si ridusse la formazione del risparmio e mancarono gli investimenti per passare dall'economia di guerra ad una economia di pace, così, nel 1921, fallì la Banca Italiana di Sconto. Tuttavia, giova segnalare che l'economia reale risentì poco della Spagnola, perché durante la guerra i consumi si erano ridotti a tal punto per cui la popolazione era abituata a contenerli.

La seconda Sezione, *Covid-19 e organizzazione territoriale*, si avvale di tre rapporti.

L'analisi di Maria Antonietta Clerici, *Pandemia di Covid-19 e demografia delle imprese in Italia: prime evidenze da una lettura territoriale* fa un primo bilancio degli effetti della pandemia sulla demografia delle imprese, rilevando che nel 2020 i flussi delle imprese iscritte e cessate si siano drasticamente ridotti rispetto al triennio precedente con significative differenze fra le aree urbane e quelle rurali. La pandemia potrebbe accentuare i divari territoriali all'interno del Paese, per cui i *policy-makers* dovrebbero considerare con molta attenzione la dinamica delle imprese per definire politiche che consentano il ritorno a una "nuova normalità".

Il lavoro di Francesca Sorrentini su *Il turismo sostenibile tra crisi e opportunità di ripresa post COVID-19*, partendo dalla constatazione che la crisi pandemica ha causato gravi conseguenze sulle destinazioni turistiche, si fa promotore di un nuovo modo di "fare turismo".

L'autrice sostiene puntare sulle offerte che privilegino le scelte che più coerenti con i territori, il turismo può trovare un punto di equilibrio tra conservazione dell'ambiente e promozione, tra difesa dell'identità territoriale e innovazione, fino all'adozione di un modello turistico partecipato dalla comunità locale.

La ricerca condotta da Carolien Fornasari e da Aurora Rapisarda, *Coronavirus e percezione del visual landscape e del soundscape urbano: un approccio geografico*, avvalendosi di un'indagine sul terreno, indaga sulla percezione del mutamento del paesaggio visuale e quello sonoro nel contesto urbano in Italia nel corso del primo confinamento per il Covid-19.

La terza sezione, *Spazi geopolitici e tutela della salute*, accoglie altre due indagini.

Quella di Alfonso Maria Cecere è dedicata allo studio del rapporto tra competenze istituzionali diverse, attribuite allo Stato ed a scalare agli altri Enti territoriali minori, Regione, Città metropolitana, Provincia, Comune, e si sofferma sul conflitto nell'esercizio del potere pubblico in regime di emergenza Covid-19 e sulla differente legittimità e intensità politica degli organi di potere nei distinti livelli territoriali.

Il lavoro di Giovanni De Santi parte dai presupposti istituzionali dell'assistenza sanitaria in Italia, che trovano attuazione nella legge 833 del 1978 con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale e con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali. Dei due Enti evidenzia le peculiarità e le manchevolezze manifestatesi negli corso degli anni ed accentuatesi durante la pandemia.

Basata sui concetti di universalità, uguaglianza, globalità, l'assistenza si articolava nei tre momenti: Medicina del territorio, Ospedalizzazione diffusa e Alta Specialità. La successiva trasformazione in Azienda Sanitaria Locale e la lenta dismissione della Medicina del Territorio, unita alla chiusura dei Piccoli Ospedali, hanno implementato, in occasione della Pandemia da Covid-19, il massiccio e dannoso ricorso dei malati ai Pronto Soccorso, provocando l'aumento del contagio su interi strati di popolazione e la crisi della struttura sanitaria del Paese.

La quanta sezione, *Pandemie e ordine mondiale* contiene altri due lavori di ricerca.

Andrea Perrone, in *Covid-19: dalla crisi della globalizzazione alla de-globalizzazione. Le ripercussioni della pandemia sul futuro geopolitico mondiale*, mette in correlazione alcuni problemi geopolitici apparsi dopo la fine del bipolarismo (1989, con il crollo del Muro di Berlino e la dissoluzione dell'URSS), con la crisi della globalizzazione, con la guerra commerciale tra USA e Cina e con l'affermazione dei populismi e vede nella diffusione del Covid-19 un nuovo fattore di destabilizzazione del temporaneo equilibrio multipolare che si era venuto ad affermare nel primo ventennio del XXI secolo (dopo la fine del monopolismo statunitense dell'ultimo ventennio del secolo scorso).

Chiude il fascicolo la ricerca di Maria Paola Pagnini e di Giuseppe Terranova su *Scenari pandemici nel frammentato mondo geopolitico americano*.

Il sistema sanitario privatistico degli Stati Uniti, che lascia milioni di ammalati senza assistenza, è un campo di indagine sorprendente soprattutto se confrontato con quelli europei. La pandemia ha acuito i problemi

di geopolitica interna, amplificando le più evidenti criticità esistenti, quali il non facile rapporto Governo Federale-Stati, i problemi di razzismo, della disoccupazione e della povertà diffusa. La frammentazione interna va letta nell'ambito di un mondo disordinato dagli scenari geopolitici inquieti. In questo contesto il cambio di Presidenza Trump-Biden ha aperto orizzonti nuovi al momento imprevedibili.

Mi preme segnalare che la comunità dei Geografi ha contribuito alla conoscenza spaziale del fenomeno Covid-19 con numerose ricerche: oltre a quelle contenute nel nostro fascicolo monografico, si segnalano gli studi apparsi nel numero 1 del 2020 di *Documenti Geografici*, alcuni articoli pubblicati nel numero 2 del 2020 del *Bollettino della Società Geografica Italiana* e nel numero 3 del 2020 di *Ambiente Società Territorio* ed il volume curato da Emanuela Casti ed Altri, *Mapping the Epidemic: a Systemic Geography of Covid-19 in Italy*.

Bibliografia

- FUSCO I., "Epidemie, ordine pubblico e controllo nel Regno di Napoli del XVII secolo", *Archivio Storico per le Province Napoletane*, Napoli, Società Napoletana di Storia Patria, 2021, pp. 47-58.
- BOZZATO S., "Geografie del Covid", *Documenti geografici*, 1(2020), pp. 5-18.

Sitografia

- [01] http://amedeo.com/CovidReference06_it.pdf (Accesso del 9 Settembre 2021).
- [02] <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (Accesso del 9 Settembre 2021).
- [03] RICHARD PAVONE I., *La dichiarazione di pandemia di covid-19 dell'oms: implicazioni di governance sanitaria globale 27 Marzo 2020*, <https://www.biodiritto.org/content/download/3844/45493/version/1/file/58+Pavone.pdf> (Accesso del 9 Settembre 2021).
- [04] KAMPS B.S. - HOFFMAN C., *Covid Reference*, http://amedeo.com/CovidReference06_it/pdf (Accesso del 9 Settembre 2021).
- [05] CEREDA D. - TIRANI M. ed Altri, *The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy*, <https://arxiv.org/abs/2003.09320> (Accesso del 9 Settembre 2021).
- [06] GIOVANETTI M. - ANGELETTI S. ed Altri, "A doubt of multiple introduction of SARS- CoV-2 in Italy: a preliminary overview", *Journal of Medical virology*, (2020) Mar. 2019, <https://doi.org/10.1002/jmv.25773> (Accesso del 9 Settembre 2021).

Le epidemie e il moto violento della storia

FEDERICA MONTELEONE*

Abstract

Epidemics have exerted a wide influence on human history through the centuries, leaving an indelible mark on the collective consciousness and sometimes marking the end of an historical era. Starting to describe the history of the major epidemics that have afflicted humanity, the aim of this paper is to examine their impact on human societies, as in the case of the so-called “Antonine Plague”, which played an important role in the fate of the Roman Empire. Epidemics have strongly shaped the economic, political and social aspects of human history with their effects often lasting for centuries.

Keywords: history of epidemics, migrations, Roman Empire

1. La peste nel “silenzio” dell’Europa medievale e moderna

Lo storico longobardo Paolo Diacono, verso la metà dell’VIII secolo d.C., descrive la *maxima pestilentia* che aveva determinato lo spopolamento dei territori italici:

«su villaggi e borghi, già pieni di uomini, dopo che la gente era fuggita, regnava un profondo silenzio [...] non un grido nelle campagne, non il fischio di un pastore, non un’aggressione di fiere contro le greggi, non un furto nei pollai. [...] Di notte e di giorno si udiva suonare una tromba di battaglia, e

* Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: Società, Ambiente, Culture, e-mail: federica.monte-leone@uniba.it.

da molti era udito uno strepito di esercito. Non si vedeva orma di gente che viaggiasse né si compivano più gli assassini: eppure i morti erano tanti che occhio umano non avrebbe potuto contarli. Gli antri dei pastori diventavano sepolture umane e le case degli uomini rifugio di fiere. E queste sventure colpirono soltanto i Romani e soltanto entro l'Italia sino al confine degli Alemanni e dei Bavari» (Diacono, 1994).

La tendenza principale e la caratteristica di fondo delle fonti antiche e medievali è la mortalità elevatissima, per non dire generalizzata, provocata dalle epidemie, sebbene risulti difficile, data l'eterogeneità della documentazione pervenuta, quantificare con esattezza e su ampia scala il numero effettivo dei decessi e delle guarigioni. La mancanza di una precisa nosologia medica e di un vocabolario scientifico delle malattie, classificate in base alla loro eziologia e patogenesi, ha generato una "confusione loimologica" nello studio della storia delle epidemie (Marcone, 2002). L'ampia nomenclatura delle fonti per indicare un fenomeno epidemico comporta la necessità di considerare ogni singolo evento non solo attraverso l'individuazione dei sintomi specifici e degli indicatori di mortalità, ma come "segno storico" in grado per la sua intensità di produrre un nuovo assetto sociale. L'impatto epocale di un evento epidemico può risultare più chiaro nella lettura *post factum*, in grado di offrire una visione paradigmatica di quello che nelle fonti coeve rimane pur sempre un racconto circostanziato. La durata di un'epidemia, il suo rimanere latente all'interno di una popolazione, il ripetersi in anni successivi, sono elementi che concorrono a determinare un modello di crisi più o meno grave, un "tipo ideale" di epidemia, o in epoca moderna di pandemia – ossia "epidemia ad estessissima e rapida diffusione" che viene proclamata in virtù di un atto politico-amministrativo – capace di destrutturare assetti sociali pur consolidati (Cavalli, 2015; Serino 2017, pp. 7-12). Il presente contributo si prefigge un duplice obiettivo. Da un lato intende ripercorrere a grandi linee la storia delle principali epidemie che hanno colpito le collettività umane dall'età antica fino all'alba dell'età moderna, e dall'altro lato proporre una riflessione sui cambiamenti che talora le epidemie hanno concorso a deter-

minare nei contesti sociali. Ne consegue la consapevolezza dell'opportunità di leggere le epidemie non in modo mono-causale, ma trasversale, considerando la combinazione e l'interazione dei loro molteplici effetti con le varie congiunture storiche. Alcune epidemie, come la "Peste Antonina" o la più nota "Peste Nera", hanno segnato per molti aspetti una svolta decisiva al punto da assumere per alcuni studiosi anche una valenza periodizzante.

Le malattie che la scienza moderna definisce "malattie epidemiche" o "epidemie" non trovano un'esatta corrispondenza con le patologie che nell'Antichità colpivano le moltitudini di persone, spesso anche gli animali, in un determinato luogo e tempo (Motta, 2007). L'assenza di puntuali annotazioni utili all'esatta individuazione di un morbo ha rappresentato, e continua a rappresentare, un forte limite per la ricerca storica, in quanto impedisce di verificare la natura delle epidemie, giacché con lo stesso termine erano indicate altre manifestazioni a carattere epidemico molto diverse tra loro come, oltre alla peste propriamente detta, anche il tifo, il vaiolo e il colera.

Nelle attestazioni più antiche, a partire dal II secolo a.C., il termine "*pestis*", presente per la prima volta in un frammento del poeta Ennio con il significato di "calamità", "flagello", "sventura", è utilizzato per identificare una grave condizione clinica caratterizzata da febbre che determina un'alta mortalità (Pastore, 2007, pp. 127-137; Stok, 2000, pp. 55-89). La stessa nozione di contagio del morbo, che si propaga per via infettiva, risulta assente, almeno in modo dichiarato ed esplicito, nella medicina antica, in cui manca la conoscenza e la consapevolezza dell'esistenza di microrganismi patogeni (Nutton, 2000, pp. 137-162). Nel V secolo a.C. il medico greco Ippocrate fa riferimento alla presenza di una "malattia pestilenziale" in una regione, dove essa è "endemica", a causa del suo "soggiornare" e diffondersi in un determinato luogo – tale è l'accezione del verbo "*epidêmein*" nel linguaggio medico più antico (Jouanna, 2001, pp. 7-27). Per la prima volta, inoltre, sono interpretati gli effetti che l'ambiente causa sull'organismo umano. La malattia è attribuita al miasma, cioè all'am-

biente malsano, in particolare alla presenza di paludi, agli spostamenti delle persone e alle mutazioni dell'aria.

Nell'antichità greca e romana il primo racconto di peste è costituito da un poema epico di guerra, il canto I dell'*Illiade* di Omero, che si apre con un'invocazione del poeta alla Musa e con un breve riepilogo delle vicende della guerra di Troia precedenti all'azione che verrà narrata nell'opera. L'epidemia che colpisce gli Achei è inviata dal dio Apollo che "mala peste fece nascere nel campo, e la gente moriva". Nella visione poetica omerica il diffondersi della malattia è attribuito ai dardi lanciati da Apollo e non c'è nessun contagio, in quanto ogni individuo si ammala singolarmente. L'epidemia ha termine dopo che l'indovino Calcante ha svelato agli Achei la causa dell'ira di Apollo, il fatto che Agamennone avesse rapito Criseide, figlia del suo sacerdote. L'epidemia omerica più che un *fatto storico* costituisce un archetipo, soprattutto in riferimento all'idea che le epidemie fossero la manifestazione dell'intervento di entità soprannaturali e il compimento di castighi divini, secondo il modello interpretativo offerto dalle Sacre Scritture. La piaga colpiva non uomini colpevoli di specifici peccati, ma un popolo intero per la sua peccaminosità complessiva, a differenza del pensiero islamico che non solo rigettava categoricamente l'idea che il morbo si propagasse per contagio, ma lo riteneva addirittura una benedizione che Dio riservava a determinati individui, garantendo attraverso la morte per malattia il loro immediato ingresso in Paradiso (Naphy - Spicer, 2006, pp. 7-19).

Sulla linea di Omero il binomio guerra-peste è presente nella tradizione letteraria e storiografica antica, ad iniziare dal racconto della peste di Atene fatto da Tucidide nel 430 a.C., durante la guerra del Peloponneso. La malattia fece la sua prima comparsa in Etiopia, dilagando poi in Egitto, in Libia e in Persia; successivamente si presentò ad Atene, colpendo dapprima gli abitanti del porto, il Pireo, e poi la parte alta della città. Lo storico canadese, naturalizzato statunitense, Mc Neill ritiene che l'epidemia fosse giunta per mare, attraverso i frequenti contatti con la zona costiera del Mediterraneo orientale, e si fosse poi esaurita in una sola stagione, pro-

ducendo la formazione di un elevato numero di anticorpi nel sangue degli Ateniesi tale da spezzare la catena dell'infezione (Mc Neill, 2020).

La popolazione dell'Attica si era rifugiata in città per sfuggire alle incursioni spartane; Tucidide fornisce una descrizione dettagliata dei sintomi e dell'evoluzione della malattia:

«improvvisamente persone sane erano colpite dapprima da un forte calore alla testa, con arrossamento e infiammazione agli occhi [...] successivamente la malattia scendeva al petto con forte tosse [...] i più morivano dopo otto ovvero sei giorni per l'arsura interna, senza essere giunti allo sfinimento estremo, ovvero, se superavano questa fase, il morbo discendeva nella parte addominale, dove sopravveniva una forte ulcerazione, cui si aggiungeva un'emissione di diarrea acquosa che debilitava l'organismo, e questo stato di debolezza nella maggior parte dei casi portava successivamente alla morte» (Tucidide, *La guerra del Peloponneso*, a cura di Ferrari F., Milano, Bur, vol. I, 1985, p. 345 sg.).

I medici erano i primi a cadere vittime della malattia «in quanto erano loro a trovarsi più a diretto contatto con chi ne era colpito», e osserva come gli Ateniesi «prestandosi l'un l'altro delle cure, si contagiavano e morivano come pecore». Anche se in Tucidide manca il significato tecnico che la scienza moderna attribuisce al termine “contagio”, è evidente che lo storico greco conoscesse il concetto di infezione (Vaiopoulos, 2008, pp. 45-57):

«maggiore pietà dimostravano tuttavia verso i morenti e i malati coloro che si erano salvati dall'epidemia, e per se stessi non avevano più nulla da temere: il contagio, infatti, non colpiva mai due volte la stessa persona, almeno non in forma così forte da risultare mortale».

Tucidide riprende l'idea di un miasma presente nell'aria, una “nube” che si sarebbe spostata dall'Egitto, dove l'epidemia ha origine, all'Attica, come conferma la descrizione più tarda della peste ateniese di Lucrezio, il quale nel *De rerum natura* utilizza le forme “*contagium*” e “*contagies*” per definire uno degli aspetti centrali della malattia, cioè il suo passare dall'aria agli individui e, attraverso la collisione degli atomi che compongono i corpi, da un individuo all'altro; poco oltre precisa che ad essere colpiti dalla malattia sono soprattutto coloro che si prendevano cura dei malati (Lucrezio, *De rerum natura*, libro VI, v. 1235-1236, 1242-1245).

L'esempio di Atene, assediata dagli Spartani, dimostra come la diffusione dell'epidemia fosse stata favorita da una condizione di sovraffollamento e da una grave carenza alimentare ed igienica. In Tucidide l'epidemia è rapportata oltre che alla guerra anche alla fame. La relazione tra epidemia, guerra e fame è complessa e reciproca e non si può considerare l'una senza l'altra: secondo Plinio il Vecchio le calamità sono delle componenti necessarie della natura, per cui i buoni o i cattivi raccolti sono la conseguenza e il segno visibile della "salute" morale degli uomini. Le maggiori epidemie sarebbero state causate da "crisi climatiche", che avrebbero influito sulla qualità dei raccolti e, di conseguenza, sulla salute degli esseri umani (Benoît, 2012, pp. 87-122).

Tucidide sottolinea la diffusione di un comportamento e di uno stile di vita voluttuoso, che non teneva più conto, di fronte all'alta mortalità, della *pietas* nei confronti dei defunti:

«la violenza selvaggia del morbo aveva come spezzato i freni morali degli uomini che, preda di un destino ignoto, non si attenevano più alle leggi divine e alle norme della pietà umana», *constatando anche improvvisi cambi di status con* «gente povera da sempre che ora, in batter di ciglia, si ritrovava ricca di inattese eredità» *e che* «considerando ormai la vita e il denaro come valori di passaggio, bramavano godimenti e piaceri che si esaurissero in fretta, in soddisfazioni rapide e concrete».

L'epidemia indebolì talmente Atene da essere considerata una delle ragioni della sua sconfitta finale nella guerra contro Sparta.

La descrizione tucididea diventa *mimesis* per altri "scrittori di epidemie", come Ammiano Marcellino, che descrive la Peste di Amida, sulla sponda del fiume Tigri, avvenuta nel 359 d.C., durante il conflitto tra Persiani e Romani (Ammiano Marcellino, XIX, II, 14-IV, 8; Stok, 2013, pp. 55-75), o come Procopio di Cesarea, testimone oculare della cosiddetta "Peste Giustiniana", o "prima pandemia medievale" come la definisce Horden, nel 541 d.C., durante la quale si ha la prima manifestazione di peste bubbonica, trasmessa dai roditori all'uomo e causata dal batterio *Yersinia pestis*, identificato nel 1894 dal giovane microbiologo Alexandre

Yersin, durante l'epidemia di peste che stava flagellando Hong Kong (Horden, 2005, pp. 134-160; Yersin, 1894, pp. 662-668).

La Peste Giustiniana, che compare per la prima volta nel porto egiziano di Pelusio, posto sul margine orientale del delta del Nilo, nell'estate del 541, durò in forma acuta per circa tre anni, sino al 544. La peste si diffuse rapidamente per tutte le coste del Mediterraneo, a cominciare dalla parte orientale e, attraverso le vie del commercio, raggiunse in alcuni casi anche le regioni interne, come Alessandria, Gerusalemme e Costantinopoli; nel corso del 542 colpì l'Asia Minore e, nel 543, l'Italia e l'Illirico. Il contagio rimase attivo per oltre due secoli, prolungandosi sino alla metà dell'VIII secolo, epoca in cui si registrano le ultime manifestazioni del morbo.

Procopio di Cesarea, che era presente alla corte di Costantinopoli negli anni attorno al 540, menziona lo scoppio della peste in due capitoli delle *Guerre Persiane*, dove riferisce che il morbo, nel periodo culminante della sua prima comparsa, uccideva diecimila persone al giorno, e che non fece nessuna distinzione, colpendo anche lo stesso imperatore. Lo scrittore attacca dal principio i «vani sproloqui di coloro che si dicono esperti in materia» e che di fronte a «fenomeni assolutamente incomprensibili per l'uomo, cercano di dare delle spiegazioni con molta presunzione» (Procopio di Cesarea, *Le guerre. Persiana, Vandalica, Gotica*, Torino, Einaudi, 1977, pp. 151-154). I medici non erano in grado di fare una diagnosi certa, «a molti assicurarono che si sarebbero salvati, e invece erano quasi sul punto di morire».

La forza distruttiva della malattia porta ad abbandonare ogni sistema di sepoltura tradizionale:

«quando si realizzò che tutte le tombe prima esistenti erano state riempite di cadaveri, allora si incominciò a scavare tutti i posti attorno alla città uno dopo l'altro e a deporvi i morti, così come si poteva; ma successivamente coloro che stavano facendo queste fosse, non essendo più in grado di tenere il conto dei decessi, salirono sulle torri delle fortificazioni di Syca e, rimossi i tetti, vi gettarono i cadaveri in completo disordine; così praticamente riempirono tutte le torri di cadaveri, accatastandoli alla rinfusa, secondo come cadevano, e poi

le coprirono di nuovo coi tetti. In quei giorni tutte le norme relative ai riti funebri erano trascurate: i morti non venivano scortati da processioni, com'è consuetudine, né accompagnati con i soliti canti, ma era già abbastanza se si trovava qualcuno che portasse a spalle uno dei morti sino alla spiaggia e qui giunto lo gettasse a terra, di dove poi i cadaveri sarebbero stati caricati su di una nave, tutti in un mucchio, e trasportati dovunque fosse capitato» (*ivi*, p. 154).

Circa le modalità di presentazione dei sintomi della malattia alla maggior parte delle persone accadeva di:

«essere assalite all'improvviso dalla febbre, alcune appena si svegliavano dal sonno, altre mentre passeggiavano, altre ancora mentre erano intente a fare qualsiasi altra cosa. Il corpo non cambiava il suo precedente colore né diveniva caldo, come avviene a chi è colto dalla febbre, e neppure appariva alcuna infiammazione, ma dal mattino fino alla sera la febbre era così debole che né ai malati stessi né al medico che tastava loro il polso sembrava preannunciare un indizio di pericolo, *mentre dopo poco* vedevano formarsi un bubbone non soltanto in quella parte del corpo che è sotto l'addome e che è chiamata inguine, ma anche sotto le ascelle, e in qualche caso anche dietro le orecchie o in un punto qualsiasi delle cosce» (*ivi*, p. 153).

Procopio di Cesarea svolge anche considerazioni di ordine socio-antropologico, notando come «coloro che prima si erano compiaciuti di condurre una vita dissipata e piena di vizi, anch'essi, abbandonate le loro riprovevoli abitudini, seguivano con scrupolo le norme della religione», e questo non per una improvvisa saggezza – «dato che le tendenze radicate negli uomini per natura o per lunga consuetudine di vita non si possono facilmente mutare, salvo che scenda su di loro una divina ispirazione» – ma perché «logicamente costretti dalla necessità delle cose ad imparare momentaneamente la morigeratezza». Tuttavia appena guarivano «cambiavano di nuovo idea e tornavano ai loro vizi, dando più ancora di prima dimostrazione della loro sconveniente condotta ed anzi superando se stessi in dissolutezza e in ogni altro genere di malefatte» (*ivi*, p. 157 sg.).

In Procopio di Cesarea, testimone della peste scoppiata durante il regno di Giustiniano, troviamo inoltre elementi comuni con la peste di Atene descritta da Tucidide, come il focolaio orientale della pestilenza, lo stato di

guerra che, come ad Atene, coinvolge l'Europa – un'Europa “irrequieta” che mette in contatto Persiani, Vandali, Goti, Bulgari, Alamanni e Franchi – e la carestia che colpisce la popolazione (Smith J.M.H., 2008, p. 330).

La *Novella* 122 di Giustiniano, del 23 marzo del 544 d.C., in cui la peste è chiamata «*castigatio, quae secundum domini dei clementiam contigit*», riferisce che l'epidemia aveva determinato un incremento speculativo dei prezzi e dei servizi di commercianti, artigiani, marinai e di altre categorie (*Novellae*, ed. Schoell R. - Kroll W., *Corpus Iuris Civilis*, III, Berlin 1895). Giovanni, vescovo di Efeso, storico bizantino e testimone oculare, che si trovava in Palestina mentre stava viaggiando alla volta di Costantinopoli nel momento in cui la regione fu colpita dalla peste, racconta che la vita si fermò ovunque, le campagne furono abbandonate e i raccolti andarono perduti (Morony, 2007). Aggiunge anche che, per essere indentificati in caso di morte improvvisa, si mettevano delle fasce alle braccia, conserva la memoria di un alto tasso di mortalità e annota che in Palestina e a Gerusalemme il problema di trovare una collocazione per i numerosi cadaveri avrebbe portato a gettarli direttamente in mare (Marcone, 2012). Secondo Giovanni di Efeso le vittime sarebbero arrivate a 16.000 in un solo giorno e, una volta raggiunta la cifra dei 230.000 morti, i funzionari imperiali avrebbero interrotto la loro contabilità. Se consideriamo una stima attorno ai 400.000 abitanti (Stathakopoulos, 2004) – la percentuale diminuisce se invece si presuppone, come sostengono altri studiosi, un livello di popolazione di 730.000-750.000 abitanti (Zuckerman, 2004) – la peste costantinopolitana registrò un tasso di mortalità del 20% sino ad un massimo di oltre il 50% della popolazione complessiva di Costantinopoli.

La “seconda pandemia medievale”, che interessò la maggior parte dell'Europa continentale durante gli anni '30 del XIV secolo, fu la Peste Nera. A partire dal secondo Novecento, il dibattito storiografico, pur nella diversità delle linee interpretative, ha riconosciuto nella Peste Nera – “nera” perché a causa dell'abbassamento di pressione e dell'insufficienza polmonare la pelle perdeva la sua naturale ossigenazione e acquistava un colorito scuro – uno dei fattori scatenanti della cosiddetta “congiuntura del Tre-

cento”, ma non l’unico, e ha elaborato un modello complesso di “crisi” sulla base di molteplici indicatori, sociali, economici e culturali (Benedictow, 2004; Petracca, 2020). La malattia poteva presentarsi sotto forma di “peste bubbonica” o di “peste polmonare”, in base al tipo di contagio e alle sue manifestazioni sintomatiche. I malati con la forma polmonare infettavano gli altri individui per via aerea e la morte sopraggiungeva in seguito a lesioni polmonari. Coloro che invece sviluppavano la forma bubbonica avevano contratto la malattia attraverso la puntura di un agente indiretto, la pulce del topo portatore del batterio. La grande densità di popolazione e la scarsa igiene pubblica e privata furono le condizioni più propizie per la diffusione della malattia, facilitando la proliferazione dei ratti negli spazi condivisi con l’uomo (Ujvari, 2011, pp. 64-65). Nonostante la diffusione della peste sia stata solitamente attribuita ai topi, anche il contagio tra gli individui fu un fattore rilevante dell’epidemia, come conferma la sua concentrazione maggiore lungo le direttrici viarie ad alta percorrenza, così come il cambiamento del clima nell’alternarsi delle stagioni – in alcune aree la forma polmonare predominò in inverno, mentre la bubbonica nella stagione calda. Il rapporto tra epidemia e igiene pubblica, particolarmente carente nei centri urbani a forte densità abitativa, e il modesto livello delle competenze mediche contribuirono a diffondere nell’immaginario collettivo una serie di credenze che, alimentate dalle note del Pifferaio di Hamerlin, avevano attribuito ai ratti, ospiti indesiderabili da cui le città dovevano essere liberate, il vettore principale di molte malattie epidemiche (Cosmancini, 1997, p. 208; Galloni, 2010, pp. 62-67; Pino - Olivieri, 2020).

Secondo il racconto del cronista piacentino Gabriele de Mussis la pestilenza arrivò in Sicilia, a Messina, nell’ottobre del 1347 a bordo di una flotta di galee genovesi in fuga dal porto di Giaffa, colonia sulla costa della Crimea, dove il morbo era stato diffuso nel 1346/1347 da un esercito mongolo che aveva preso d’assedio la città mercantile. Dalla Sicilia l’infezione si propagò al resto della Penisola. Il contagio, secondo la testimonianza di Matteo Villani, dilagò in tutto il bacino del Mediterraneo, includendo anche i territori musulmani dell’Africa settentrionale e, attra-

verso le vie che dai porti si irradiavano nell'entroterra, nel giro di tre anni, si espanse in tutta l'Europa settentrionale e occidentale (Matteo Villani, *Cronica*, libro II). Lo stesso Matteo Villani sarebbe morto vittima della peste, dopo aver terminato l'opera del fratello Giovanni, che nella *Nuova Cronica* aveva ricostruito le vicende riguardanti la sua città, Firenze, dalle origini bibliche fino all'anno 1348. La teoria del "soffio pestifero", secondo la quale il morbo avrebbe avuto origine attraverso esalazioni malsane spinte verso la terra come "venti corrotti", andò di pari passo con una serie di eventi naturali catastrofici, come il terremoto che colpì tragicamente il Friuli nel gennaio 1348, in base a quanto riportato da Giovanni Villani, anche lui vittima della peste (Giovanni Villani, *Nuova Cronica*, Libro XIII).

La "mortifera pestilenza", come la chiama Giovanni Boccaccio nel *Decameron* – "orrido cominciamento" che funge da pretesto per giungere al "bellissimo piano e dilettevole" delle cento novelle – si era diffusa in Italia nonostante i provvedimenti igienici presi per cercare di fermarla e si presentò con sintomi molto diversi dalla versione orientale, caratterizzata dal flusso di sangue dal naso; inoltre il contagio avveniva non solo attraverso la vicinanza ad un malato, ma anche per diretto contatto con oggetti utilizzati dagli infermi (Cardini, 2007). A Firenze il morbo causò la morte di circa il 60% della popolazione. L'alto numero di decessi comportò molto spesso il venire meno del decoro nei riti funebri: i feretri venivano sotterrati nella prima sepoltura disponibile e molti cadaveri vennero ammucchiati in una stessa bara; quando la «ferocità» della pestilenza cominciò a crescere «ci si curava degli esseri umani che morivano esattamente come ci si sarebbe curati delle capre», perché quello era divenuto «il naturale corso delle cose» (Boccaccio, *Decameron*, a cura di Branca V., Torino, Utet, 1956, p. 11). Gran parte del ceto meno abbiente moriva senza alcun aiuto, per strada o decomponendosi nelle case, mentre tra i ceti più ricchi si diffuse la prassi di inserire nel proprio testamento clausole "*ad pias causas*", che avrebbero potuto ridurre, dopo la morte, il tempo di espiazione dei propri peccati in un luogo ultraterreno di nuova "invenzione" denominato Purgatorio (Le Goff, 2006; Rusconi, 2020).

La peste del 1348 si inserisce nella cosiddetta “congiuntura del Trecento”, i cui indicatori di segno negativo economici e sociali caratterizzano il decennio fiorentino immediatamente precedente: la città era precipitata in una grave recessione economica a causa di una serie di fattori locali e internazionali che avevano coinvolto le grandi compagnie bancarie fiorentine, come i Frescobaldi, gli Scali, gli Amieri, i Bardi, i Peruzzi, gli Acciaiuoli, protagoniste di una politica monetaria internazionale, che entrò in crisi agli inizi degli anni Trenta (Bean, 1995). Il “buco finanziario” creato dalla mancata restituzione da parte del re inglese Edoardo III ai mercanti-banchieri fiorentini delle somme per far fronte alla guerra dei Cent’Anni tra Francia e Inghilterra, e il deteriorarsi delle relazioni di Firenze con i sovrani di Napoli, portarono ad un clima di sospetto e ad una vera e propria corsa al prelievo dei depositi. Il crollo delle grandi compagnie e la crisi dell’economia urbana andarono di pari passo, dal momento che molte di esse erano coinvolte in attività manifatturiere e mercantili sia direttamente che come erogatrici di liquidità (Zanoboni, 2020). Come in un effetto domino, dunque, non solo le famiglie di mercanti-banchieri persero l’enorme quantità di denaro investito, ma anche tutta una filiera di piccoli investitori finanziari affondò in una crisi potenzialmente letale. L’aumento del prezzo delle materie prime e dell’argento, che ridusse drasticamente i profitti dei produttori e dei mercanti internazionali, la diffusa disoccupazione, la tassazione diretta – consistente in un prestito forzoso imposto indipendentemente dal patrimonio immobiliare posseduto – furono tutti elementi che contribuirono ad aggravare ulteriormente la situazione (Capitani, 1995; Tanzini, 2018).

Il sopraggiungere di un fattore esogeno, come la peste, rappresentò l’evento conclusivo di una crisi già avviata a cui si aggiunse una forte contrazione demografica, aggravata da una situazione socioeconomica già compromessa. Secondo la produzione storiografia di ispirazione malthusiana la “crisi” trecentesca sarebbe stata causata da uno squilibrio venutosi a determinare tra il tasso demografico e i mezzi di sussistenza: «la crescita della popolazione e l’espansione dei coltivi che avevano caratterizzato i se-

coli centrali del Medioevo non erano state adeguatamente supportate da un analogo sviluppo in campo tecnologico, in grado di incrementare sufficientemente la capacità produttiva e di soddisfare la crescente domanda di generi alimentari» (Petracca, 2020, p. 182). Una serie di eventi climatici catastrofici e le carestie, come quella che aveva piegato l'Europa tra il 1315 e il 1317, o l'epizoozia bovina, particolarmente virulenta nell'Europa settentrionale tra 1316 e il 1325, prepararono la diffusione dell'epidemia tra una popolazione già indebolita e priva di "difese immunitarie" sufficienti (Slavin, 2010). La conseguenza più immediata fu l'abbandono e lo spopolamento delle campagne e la fuga verso le città, dove si riteneva che le condizioni igieniche fossero migliori; a sua volta il calo della manodopera aggravò la situazione economica, comportando una flessione nella produzione, una diminuzione degli scambi commerciali, l'aumento dei prezzi di beni di prima necessità e contestualmente un aumento significativo dei salari (Zanoboni, 2020, p. 37). Tuttavia, questo stato di cose non si sarebbe verificato nello stesso modo in tutte le aree: in alcuni centri si sarebbe riscontrato addirittura un incremento dei consumi e della produzione manifatturiera (Franceschi - Molà, 2014).

L'epidemia determinò la morte di 30 milioni di individui su una popolazione di circa 100 milioni in tutta l'Europa. I provvedimenti governativi cercarono di far fronte all'epidemia con misure di carattere demografico, finanziario ed economico, volte soprattutto a colmare il vuoto della popolazione attraverso l'immigrazione e a risanare le finanze pubbliche con l'imposizione di nuove tasse e la riscossione di vecchi crediti.

Tra le misure preventive adottate per gestire la situazione di emergenza, oltre al divieto degli spostamenti di uomini e di merci e dell'ingresso in città degli stranieri, come accadde a Venezia dove si dispose anche la chiusura delle locande, fu introdotta la quarantena che risulta essere stata applicata per la prima volta a Ragusa nel 1377. Le navi sarebbero dovute rimanere per un mese al largo della città, mentre le persone e le merci provenienti via terra avrebbero dovuto sostare per un identico periodo in baracche di legno, bruciate poi al termine del loro isolamento. A Venezia,

dove l'epidemia causò uno dei tassi di mortalità più elevati, venne anche istituito un lazzaretto, la cui costruzione rappresentò una novità fondamentale nel campo delle strutture sanitarie, in quanto consentiva il ricovero di malati altamente contagiosi, che gli ospedali non erano in grado di accogliere. La quarantena o il ricovero nei lazzaretti comportarono il rallentamento delle attività commerciali e manifatturiere e una diminuzione dell'occupazione e del gettito fiscale: nel 1348 la città di Siena sembrava quasi disabitata, non trovandosi nessuno per la strada (Piccinni, 2019, p. 154).

Durante la peste del 1348 si concretò la “caccia all'untore” nella persecuzione antisemita, che rappresentò una caratteristica delle epidemie di peste, soprattutto nelle città d'Oltralpe, nonostante la scomunica di papa Clemente VI contro coloro che avessero perseguitato gli ebrei per delitti “immaginari” – in realtà costoro erano proprio i meno imputabili di contagio, grazie alla norma religiosa di lavarsi le mani prima della preghiera e dei pasti. La persecuzione seguì il cammino della peste, diffondendosi con la stessa velocità e traiettoria della malattia. Accusati di propagare volutamente il morbo avvelenando i pozzi, vennero indicati come untori in Francia, Italia, Svizzera e Germania: nell'aprile di quello stesso anno a Tolone una quarantina di ebrei vennero uccisi e a Barcellona interi quartieri ebraici vennero dati alle fiamme (Foa, 2014; Ujvari, 2011). Altri capri espiatori furono sempre individuati, non solo per la peste, nelle prostitute, negli omosessuali, nei vagabondi, persone considerate moralmente inquinanti e che potevano provocare la collera divina; non a caso san Bernardo condanna la sodomia proprio in alcuni sermoni che si collocano in concomitanza con la peste (*Sancti Bernardi Opera*, Roma, Editiones Cistercienses, 1966, pp. 69-116).

La limitazione ai movimenti di persone e di merci e il divieto di assembramento avevano lo scopo di rallentare, ma non di fermare completamente il commercio, evitando così una crisi economica prolungata e totale. Anche l'isolamento di intere famiglie aveva lo scopo di preservare il corpo sociale, “salvando” quella parte della popolazione che poteva permettere al sistema di continuare a funzionare attraverso le entrate fiscali e

l'impiego di risorse umane: «la peste non fu controllata, ma la società sì; la sanità divenne un alibi dell'ordine» (Naphy - Spicer, 2006, p. 66). A tal fine si ricorse all'imposizione di nuove tasse, aumentando le imposte indirette o istituendo contribuzioni straordinarie, come a Firenze dove venne imposto un tributo a coloro che avevano lasciato la città e non erano perciò stati soggetti ad alcuna tassazione durante il periodo della loro assenza (Mazzi, 1984).

A partire dal XV secolo la gestione delle pestilenze comportò la chiusura delle scuole, come a Milano nel 1575, l'obbligo di rimanere in casa, il divieto di partecipare ai funerali e alle celebrazioni religiose, assistendovi solo da finestre e balconi delle case. Durante l'epidemia nota come "Peste di San Carlo" – che comparve in Trentino nel 1574 e si diffuse in tutta la Penisola, compresa la Sicilia, a causa degli spostamenti continui dei pellegrini per il Giubileo dell'anno successivo – furono eretti altari per le strade, in modo che i fedeli potessero assistere alle messe da finestre e balconi delle proprie abitazioni. In alcune città si giunse addirittura ad evitare la comunicazione di inizio di epidemia alle magistrature sanitarie per il timore dei danni che il commercio avrebbe subito, anche se, in alcuni casi, come a Venezia nel 1629, questo atteggiamento determinò e favorì ancora di più la diffusione del contagio, ritardando l'organizzazione del cordone sanitario (Zanoboni, 2020, p. 76).

Le misure adottate contro la peste furono dunque sia strumenti di controllo sociale ed economico che interventi di gestione sanitaria, sia pure con notevoli variazioni da una città all'altra (Varanini, 1994).

Nel 1630 l'epidemia che colpisce Milano, durante la quale Alessandro Manzoni ambienta i *Promessi Sposi*, si caratterizza per le sue dimensioni – 150.000 morti solo in città – e per la sua estensione geografica. La peste fu preceduta da una terribile carestia (1627-1629), che aveva creato il terreno ideale per la diffusione della malattia; anche in questo contesto ritroviamo il tema della caccia agli untori, descritta dal Manzoni nella *Storia della colonna infame* e, soprattutto per Firenze, dove il morbo giunse al culmine di una profondissima crisi delle manifatture cittadine della lana e

della seta, la predisposizione di misure regolative e preventive, come la quarantena e una ampia assistenza medica. Nel 1656 l'epidemia si presenta a Napoli con un'intensità tale che viene considerata come l'inizio del giudizio universale (Fusco, 2017). Il lazzaretto di San Gennaro, fuori città, non bastava a contenere i ricoverati; consentire a chi era stato contagiato di rimanere a casa e di fare processioni furono due fattori decisivi dell'aumento del numero dei morti, oltre 400.000 alla fine dell'epidemia (Calvi, 1981). Da Napoli e dalla Sardegna, dove aveva avuto origine, la pestilenza si estese anche a Genova nell'estate del 1657 e a Roma.

Nel 1665 Daniel Defoe, nel *Journal of the Plague Year*, racconta l'epidemia che colpì Londra in quello stesso anno in modo virulento e altamente contagioso. Lo scrittore inglese, benché non sia stato testimone oculare, si sofferma con una forte carica drammatica sul fatto che il morbo «non si diffondeva per via dei malati, quanto per via dei sani, o meglio delle persone apparentemente sane». Dopo aver messo in evidenza le cause concrete e materiali dell'epidemia attraverso le disastrose condizioni in cui viveva la parte più povera della popolazione londinese, nonché il ruolo centrale degli interessi economici nella mancata diffusione delle informazioni sul contagio, la narrazione di Defoe si rivela particolarmente attuale:

«i malati erano riconosciuti per tali, stavano nei loro letti, e ognuno aveva modo di guardarsi da loro. Ma molte altre persone avevano preso il contagio e lo maturavano nel sangue senza mostrarlo in alcun modo, e anzi senza saperlo essi stessi. Queste persone recavano morte ovunque con il loro respiro, e la davano a ogni persona che incontravano. Questo dimostra come in tempo di peste non ci si debba fidare delle apparenze, e come la gente possa effettivamente avere la peste senza saperlo, per cui non serve isolare i malati e chiudere le case in cui qualcuno si è ammalato, se non si rinchiudono parimenti tutte le persone che il malato stesso ha avuto occasione di avvicinare prima di accorgersi della propria malattia» (Defoe, ed. 1995).

Si riteneva che il morbo colpisse soprattutto gli individui in stato di privazione e per questo la città prese delle misure di “inclusione esclusiva”: la rigorosa segmentazione della città e il confinamento di ogni individuo nella propria casa, nel tentativo di contenere la pestilenza nei quar-

tieri più poveri; a ciò si aggiunse anche la chiusura delle scuole, dei teatri e dei tribunali, almeno nel periodo di maggiore contagio (Naphy - Spicer, 2006, pp. 90-91). Londra, che era stata una delle maggiori città del mondo, nel 1665 perse il 20% della sua popolazione, ma l'aspetto importante è che fu l'ultima manifestazione della peste in Inghilterra.

All'inizio del '700, una nuova ondata epidemica viene arginata grazie al "cordone sanitario" di Marsiglia, prima di scomparire spontaneamente all'inizio dell'anno successivo. Il flagello, che aveva colpito l'Europa in maniera inaspettata e violenta negli anni Quaranta del Trecento, finì in maniera analoga negli anni Venti del Settecento, anche se la peste di Marsiglia del 1720-1721 non fu l'ultima peste pandemica europea: nel 1743, 48.000 persone morirono nella peste di Messina, nel 1770-1771 oltre 100.000 persone morirono a Mosca, mentre nei Balcani, Egitto, Asia Minore e in Russia questo tipo di peste sarebbe rimasta latente almeno sino al 1879 (Cohn, 2003).

La peste rappresenta non solo un evento di forte impatto ambientale, in grado di ridurre quantitativamente la componente antropica, ma nello stesso tempo si configura, secondo la teoria dell'*equilibrio punteggiato* (Gould, 2008; Serino 2017, pp. 87-90), come un cambiamento capace di innescare, nel contesto del processo evolutivo, delle "scintille innovative", funzionali a nuove forme di progresso umano, inclusa l'elaborazione di una nuova forma di pensiero che, se prendiamo in considerazione i decenni successivi alla Peste Nera, mise al centro della propria riflessione non più Dio, ma l'uomo, segnando l'inizio di una nuova epoca. Tale visione ha permeato una certa parte della storiografia, orientata a valutare, pur nella diversità dei contesti microeconomici e sociali, gli indicatori di varia natura che hanno inciso sulla società nel suo complesso. Agli storici "pessimisti", secondo i quali il dilagare della epidemia avrebbe interrotto la grande espansione del Duecento e avviato una depressione economica generalizzata e duratura, si sono opposti gli "ottimisti", la maggior parte, che hanno propeso per una ristrutturazione e una diversificazione dell'economia tardomedievale, favorita proprio dalla riduzione della pressione de-

mografica sulle risorse agricole, dall'incremento di beni alimentari di maggiore qualità e dall'estensione delle superfici destinate al pascolo. Contestualmente la ripresa delle attività manifatturiere avrebbe determinato il ripopolamento dei centri urbani (Abulafia, 2016, p. 15).

Il moto del divenire storico non è affatto unidirezionale o rotatorio, ma sinuoso ed esposto a subire periodici mutamenti di direzione, accentuati arretramenti e improvvise ripartenze. Don Abbondio, nei *Promessi Sposi*, definisce la peste tanto “un gran flagello” quanto “una scopa”, capace di spazzare via “a cento per volta” un gran numero di cattivi soggetti. Una calamità che, nella sua ambivalenza, sembra descrivere magnificamente la complessa dinamica del “moto violento della storia”, diretta a esiti inattesi e inediti, inarrestabili e mai completamente governabili (Canfora, 2018).

2. *La Peste Antonina: un caso di cambiamento “globale”*

A partire dalla fine del II secolo d.C. i commerci tra l'Impero Romano e l'Estremo Oriente, lungo la “via della seta” e le rotte marittime basate sullo sfruttamento dei monsoni nell'Oceano Indiano, provocarono quella che lo storico canadese Mc Neill ha chiamato una “fusione di serbatoi di virus” (Mc Neill, 2020). Due mondi fino a quell'epoca biologicamente isolati e separati, perché distanti e non comunicanti fra loro, si trovarono a dover sperimentare malattie nuove, tanto più terribili perché sconosciute e variabili. Il primo segnale fu la grande epidemia che colpì l'Impero Romano al tempo dell'imperatore Marco Aurelio, nel 165 d.C., chiamata “Peste Antonina” – dal nome dell'imperatore Antonino il Pio (138-161 d.C.), padre adottivo di Marco Aurelio – nota anche come “Peste di Galeno”, dal medico greco che la descrisse.

Lo studio delle fonti storico letterarie relative alla Peste Antonina ha aperto un lungo dibattito sulla visione “apocalittica” del morbo, capace di innescare una profonda crisi nel tessuto dell'Impero, con conseguenze dirette sulla sua decadenza e trasformazione (Bruum, 2007). L'evento epide-

mico si verificò in concomitanza con l'inizio della guerra partica, in Mesopotamia, e della guerra contro gli invasori Marcomanni, che si erano affacciati ai confini dell'Italia, in Istria, assediando Aquileia (Sabbatani - Fiorino, 2009). L'epidemia decimò un terzo della popolazione dell'Impero e una parte considerevole dell'esercito (Saez, 2016; Sirago, 1999). Le fonti coeve, compresa la testimonianza del medico greco Galeno, sono piuttosto frammentarie soprattutto sugli aspetti relativi all'eziologia e alla diagnosi della malattia. Alcune fonti tarde del IV secolo, come l'autore della *Historia Augusta* e Ammiano Marcellino, riportano la versione secondo cui a Seleucia, durante la campagna militare del 165, l'epidemia sarebbe stata provocata dall'apertura di una "*arcula aurea*" conservata nel tempio del dio Apollo a Babilonia, da cui si sarebbe sprigionato uno "*spiritus pestilens*", cioè un vapore che avrebbe causato il contagio (*Scriptores historiae Augustae. Verus VIII*).

L'esordio dell'epidemia presuppone una sua origine soprannaturale. La peste sarebbe stata il risultato della collera divina contro i cristiani, accusati di abbandonare gli dei tradizionali (Frend, 2006). Una versione diametralmente opposta è riportata dallo scrittore cristiano Paolo Orosio, per il quale ci sarebbe stato un rapporto di causa-effetto tra le persecuzioni dei cristiani e la malattia, interpretata come una delle "piaghe" inviate da Dio sull'Impero per punire le persecuzioni dell'imperatore Marco Aurelio. L'epidemia avrebbe decimato un tal numero di soldati da rendere necessario l'arruolamento di nuove leve per frenare l'attacco dei Marcomanni (Gourevitch, 2007).

Con l'entrata delle legioni sotto il comando del co-imperatore Lucio Vero in Seleucia, la cui popolazione si era arresa senza combattere, e con l'occupazione della capitale Ctesifonte, un primo focolaio si registra nell'inverno del 165-166 in Mesopotamia, sebbene i primi decessi sarebbero avvenuti a Nisibi, poco prima della conquista. Dunque, l'epidemia avrebbe avuto una origine africana, in particolare etiopica, e attraverso l'Egitto avrebbe invaso il Medio Oriente. La violazione di un luogo sacro e l'occupazione di Seleucia da parte delle legioni romane avrebbero determinato

la diffusione del morbo dalla Persia fino al Reno e alla Gallia (Ammiani Marcellini *Rerum gestarum libri qui supersunt*).

Il retore Elio Aristide registra la presenza della peste a Smirne nell'estate del 165 e la diffusione della malattia, da cui egli stesso fu contagiato, tra il bestiame. I riferimenti all'epidemia sono brevi e generici, mentre è piuttosto dettagliato nella descrizione dell'evento che lo aveva coinvolto personalmente: i medici lo avevano dato per morto ma, dopo aver ricevuto in sogno il conforto di Asclepio e di Atena, si era piano piano ripreso (Aristide, *Orationes*, XXXIII, 6; XLVIII, pp. 38-39; LI, p. 25).

La presenza contemporanea dell'epidemia a Smirne, a Nisibi e a Seleucia induce a ritenere un suo percorso di propagazione in linea con le rotte commerciali che dalla Mesopotamia e dalla Siria giungevano alle coste egee dell'Anatolia fino a raggiungere l'Italia. La *Vita Marci Antonini* trasmette l'impatto epidemico, e dunque demografico, del morbo che a Roma fece molte migliaia di vittime, anche tra i notabili, a cui furono dedicate delle statue per non privarli dei dovuti onori (*Vita Marci Antonini Philosophi, Scriptores historiae Augustae*, 13. 3-6; 17.2; 21.6). La peste fu talmente virulenta che fu necessario fissare per legge i luoghi di sepoltura; la clemenza dell'imperatore in questa occasione si manifestò nella volontà che i funerali delle persone comuni fossero fatti a spese pubbliche (Storchi Marino, 2012).

L'evoluzione dell'epidemia, a partire dal 166 d.C., va messa in stretta relazione con gli avvenimenti militari. Parallelamente alla guerra partica, l'area danubiana fu interessata da invasioni di tribù germaniche, come Marcomanni, Longobardi e Vandali, che giunsero ad assediare Aquileia, baluardo del versante italiano delle Alpi. Dopo aver liberato la città dall'assedio, il 17 marzo 180 Marco Aurelio moriva non lontano da Sirmio. Tra il 180 e il 182, il figlio Commodus riprendeva l'offensiva militare nelle terre a nord-est del Danubio. La difesa dei confini danubiani fu portata avanti mediante un'azione politico-diplomatica, che prevedeva un sistema di alleanze con le popolazioni germaniche di confine. Uno degli effetti più evidenti del contagio fu, specialmente in Italia, una significativa diminu-

zione della popolazione, con un impatto sulla possibilità di poter effettuare nuovi arruolamenti e la necessità di ripopolare tramite l'elemento barbaro le fasce territoriali prossime al *limes*.

Dopo la morte di Sergio Istieo, "*medicus amicus*", gli Antonini si erano rivolti al medico greco Galeno. Nell'estate del 166 d.C., il medico si trovava a Roma e, nel *De libris propriis*, una sorta di autobiografia culturale, menziona l'inferire del morbo nella capitale: «Trascorsi altri tre anni a Roma, quando incominciò la grande pestilenza, subito me ne andai da Roma dirigendomi in patria» (Galeno, *De libris propriis*, 1). Nell'inverno del 168-169, quando le truppe romane furono interessate dal contagio, Galeno si trovava ad Aquileia, chiamato al seguito di Marco Aurelio, e racconta che «la pestilenza cominciò a imperversare come non mai prima, così che gli imperatori subito fuggirono con pochi soldati a Roma. Noi invece, il gran numero, abbiamo dovuto penare a lungo per rimanere sani e salvi, la maggior parte morivano per la pestilenza» (Buora, 2002, pp. 53-57; Boudon - Millot, 2012). Sottolinea inoltre il fatto che lo scoppio dell'epidemia durante l'inverno aveva aggravato ulteriormente il male e provocato una mortalità altissima nella popolazione.

Galeno scappa alla pestilenza e torna a Roma, dove declina l'invito di Marco Aurelio ad accompagnarlo nella spedizione contro i Marcomanni, adducendo la volontà contraria di Asclepio apparso in sogno, e ottiene dall'imperatore di rimanere nella città come medico del figlio Commodo. Durante questo suo secondo soggiorno a Roma, dopo il 169, Galeno parla di una pestilenza «*poluchronion*», cioè dalla lunga durata, e che provoca difficoltà respiratorie, «*de difficultate respirationis*», molto simile alla pestilenza di Atene descritta da Tucidide (*Galeni Opera Omnia*, ed. Kühn G., Leipzig, 1821). Galeno distingue le malattie epidemiche, che definisce "*loimos*", da altri tipi di malattie comuni, "*nosoi*". La specificità del morbo è posta dal medico in relazione alla simultaneità spaziale e temporale del fenomeno, al numero delle persone colpite e, soprattutto, all'"*exitus*" finale. Tuttavia, nell'opera di Galeno i riferimenti alla peste risultano generici dal punto di vista eziologico, mentre maggiore attenzione

è rivolta alla descrizione delle cure e all'individuazione degli effetti fisici della malattia «che sembra non finire mai». Il medico riferisce episodi di febbre alta, diarrea e infiammazioni alla faringe, aggiungendo che in molte occasioni si riscontravano eruzioni cutanee che si manifestavano una decina di giorni dopo la comparsa dei primi sintomi. Galeno individua la cura, che prevedeva la convalescenza in un posto a breve distanza dal mare, in posizione elevata, con aria asciutta, elementi che, secondo il medico, favoriscono la completa remissione del male.

Verso la fine del regno di Commodo si registra una ripresa del morbo, secondo la testimonianza dei contemporanei Cassio Dione ed Erodiano. Al “tempo della malattia” si intreccia il “tempo della fame”, come già accaduto all'inizio della prima ondata del morbo, durante i preparativi della guerra contro i Marcomanni. La ripresa della peste si inserisce tra gli avvenimenti del 191 e quelli del 192, dopo una pesante carestia, che interessa non solo Roma, ma tutto l'Impero. In Cassio Dione si trova l'unico dato quantitativo abbastanza preciso sull'impatto demografico del morbo: ricorda la morte di duemila persone in un solo giorno a Roma e la ricollega all'uso di aghi avvelenati (Cassio Dione, *Dionis Cassii Cocceiani Historia Romana*, LXXI, 2,4.).

Le testimonianze papirologiche permettono una stima degli effetti che la Peste Antonina ebbe sull'Impero in termini di decremento demografico e di abbandono dei villaggi, a causa dei decessi o di “fughe dalla malattia” (Andorlini, 2012, pp. 15-28). L'abbandono delle campagne comportò un aumento del tasso di urbanizzazione e della domanda di derrate alimentari con la conseguente crisi del loro approvvigionamento. La destabilizzazione demografica ebbe un impatto significativo e immediato anche sugli organici dell'esercito, già impegnato in Mesopotamia e sul Danubio, che indusse Marco Aurelio ad accogliere popolazioni barbare all'interno dei confini, data anche l'opportunità di contare su truppe meno costose e di procurarsi mano d'opera per la ripresa delle attività agricole. La penetrazione dell'elemento germanico dovuta alla decimazione demografica andava a colmare il vuoto prodotto dalla pestilenza.

Veniva in tal modo ad innescarsi un processo irreversibile di acculturazione dei barbari nei quadri politici ed amministrativi dell'Impero, con effetti che nel lungo periodo avrebbero avuto un ruolo importante per la sua stessa stabilità. La Peste Antonina non fu certamente la causa primaria della destabilizzazione dell'Impero Romano, ma costituì senza dubbio un fattore di un processo destinato a mutare le sorti e la fisionomia della stessa Europa, a partire dalle sue radici cristiane (Fears, 2004). I tempi erano maturi perché il Cristianesimo si affermasse come religione rivelata, che prometteva l'immortalità attraverso il credo in Gesù Cristo, portatore di salvezza individuale, e di una nuova visione della vita, in cui anche l'*infirmis*, opposta alla *sanitas*, rappresentava una via verso la *salus*. La malattia diventava una prova morale e un mezzo di redenzione non solo per il malato ma anche per chi lo assisteva (Grmek, 1998). L'effetto delle epidemie fu dunque quello di rafforzare le comunità cristiane, in quanto l'assistenza ai malati era considerata un dovere religioso. Gli autori cristiani, come Eusebio di Cesarea, sono ben consci di questa fonte di forza, che deriva dalla solidarietà misericordiosa, e spesso esagerano il racconto di come i cristiani si aiutassero vicendevolmente in tempo di peste, mentre i pagani evitavano i malati e li abbandonavano senza alcuna pietà (Mc Neill, 2020, pp. 109-110).

Il *De mortalitate* di Cipriano, vescovo di Cartagine, che scrive nel 251 d.C., è una *consolatio* cristiana, l'invito alla speranza e alla meditazione sui valori umani e spirituali eterni (Piredda, 1996). Il "male micidiale", come lo chiama, che "strappa i figli ai genitori, i mariti alle mogli, gli amici agli amici", è una "prova" di fronte alla morte, in quanto da una parte saggia la tempra degli uomini e dall'altra parte interroga la libertà umana perché si riscatti dalla sua condizione di peccatore (Biraben, 1993, p. 466). La virtù cristiana si perfeziona attraverso la malattia e la desolazione; soccombe chi non ha speranza in Dio, per questo hanno giustamente paura della morte coloro i quali non sono battezzati e vivono nel peccato: infatti, se a causa dell'epidemia muoiono senza alcuna distinzione cristiani e gentili, "giusti e ingiusti", la loro sorte sarà differente, «i giusti sono chiamati al riposo, gli

ingiusti sono trascinati al supplizio. La morte non fa altro che accelerare il riposo dei giusti e il castigo dei cattivi» (Cipriano, *De mortalitate*, 1, 13-14). La stessa mortalità è per Cipriano una “peste” per i Giudei, i gentili e i nemici di Cristo, e una “morte salutare” per i servi di Dio; egli sostiene che il Signore ha preparato i cristiani ad affrontare la pestilenza quando ha predetto le sciagure della fine del mondo (*Mt* 24 e *Lc* 21,31) e tutto ciò sta cominciando ad avverarsi “*mundo transeunte*” (Cipriano, *De mortalitate*, 1; 16). Tuttavia, per Cipriano, consapevole del fatto che la forza dell’anima può essere piegata dalle sofferenze del corpo, la peste, anche se fa parte degli aspetti negativi di questo mondo, ha avuto un aspetto positivo per i cristiani, giacché li ha esortati a “desiderare volentieri il martirio” ed ha insegnato loro a “non temere la morte” (Brown, 1992, p. 179).

Lasciando da parte le questioni terminologiche e le ipotesi di diagnosi retrospettiva, che hanno portato alla considerazione, generalmente accreditata dagli storici, che in realtà si sarebbe trattato di un’epidemia di vaiolo, la storiografia, a partire da quella ottocentesca, ha riconosciuto nella Peste Antonina un fatto epocale, una cesura decisiva nella storia dell’evoluzione economica e sociale dell’Impero Romano. Anche in mancanza di indicazioni precise utili a un calcolo statistico, è da ritenere che la peste ridusse una buona metà, o anche più, della popolazione dell’Impero. Tuttavia, la “mortalità di crisi” dell’evento epidemico, che determinò un crollo demografico, secondo alcuni studiosi neomalthusiani, contribuì a migliorare le condizioni dei superstiti, esaltando gli effetti benefici della peste, in quanto motivo di allentamento della morsa demografica, foriera di una maggiore possibilità di distribuzione delle risorse e quindi dell’incremento del tenore di vita. Non va però trascurato il fatto che il mancato recupero demografico nel breve periodo, anche in presenza di una “mobilitazione demografica” dei superstiti, fu determinato, oltre che dal normale regime di mortalità, anche da altri eventi epidemici, che sono attestati a partire dalla metà del III secolo e per altri due decenni. Questo modello di “mortalità di crisi” è valido anche per altri eventi epidemici, se consideriamo che, dopo la Peste Nera, la popolazione inglese continuò a decrescere per circa

un secolo e ci volle forse un altro secolo e mezzo affinché raggiungesse il livello della metà del XIV secolo.

Il mutato equilibrio demografico accelerò dunque un processo già in atto a prescindere da una successiva ripresa del livello della popolazione che, comunque, non poté aver avuto luogo nel breve periodo. Il vuoto demografico fu avvertito soprattutto per le conseguenze che esso determinò sugli organici dell'esercito e per la riduzione della mano d'opera; non a caso un indicatore di questo cambiamento è dato dalla riduzione dell'estensione delle terre date in affitto e dall'allungarsi della durata dei contratti, indizio di una carenza significativa di forza-lavoro.

3. *Epidemia e migrazioni: un "esperimento sfuggito di mano"*

A partire dall'età di Marco Aurelio, la coltivazione dei latifondi nelle aree spopolate dalle guerre e dalle epidemie e l'arruolamento nell'esercito furono garantiti attraverso l'immigrazione volontaria, o sotto forma di deportazioni forzate di gruppi di barbari. Per l'Impero Romano tutto ciò si tradusse in un esperimento di "ingegneria sociale" (Barbero, 2010; Lo Cascio, 1991).

Nel periodo compreso tra la Tarda Antichità e i primi secoli dell'Alto Medioevo prende avvio un movimento migratorio, che gli storici tedeschi hanno chiamato *Völkerwanderungen*, cioè "migrazione dei popoli", che obbliga la *Romanitas*, ovvero tutti i territori dove si erano radicate le istituzioni e la civiltà romana, a confrontarsi con un "diverso" (Gasparri, 2006).

L'incontro e il "vivere insieme" delle antiche popolazioni romane, di fatto già meticce, con le popolazioni "barbare", portano, più o meno rapidamente, alla realizzazione di un'Europa meticciosa fatta di acculturazioni di cui, come ha rilevato Jacques Le Goff (2006, p. 23), siamo gli eredi. In una frase provocatoria Patrick Geary osserva che «il mondo germanico fu forse la più grande e la più durevole creazione del genio politico-militare di Roma» (Geary, 2009), per sottolineare l'idea che, almeno in età imperiale, la compenetrazione tra mondo romano e *barbaricum* era stata talmente

profonda che entrambi si erano evoluti insieme e integrati reciprocamente. Le comunità etniche a cui i Romani attribuirono differenti nomi non furono altro che «*shifting cultural concepts*» (Whittaker, 2004, p. 134) finalizzati a categorizzare popolazioni che in realtà avrebbero potuto essere molto diverse tra loro e, allo stesso tempo, non molto differenti da popolazioni che non cadevano in quella categoria. Già verso la fine del IV secolo d.C. più della metà degli ufficiali romani era di origine barbarica, come Alarico, riconosciuto come capo dai suoi Visigoti, ma noto anche con il nome romano di “*Flavius Alaricus*”, generale romano, “*magister militum*” dell’Illirico, cioè comandante in capo delle truppe romane nei Balcani. Il caso di Alarico – a cui si potrebbe aggiungere quello di altri barbari romanizzati come il vandalo Stilicone, lo svevo Ricimero, il burgundo Gundobaldo o lo sciro Odoacre – è l’esempio di un processo orientato all’integrazione con il mondo romano, alla modificazione e alla rimodulazione politica e personale. In base all’istituto della “*hospitalitas*”, le “*gentes*”, ovvero i raggruppamenti tribali germanici, erano assimilate a mercenari al soldo dell’Impero, stanziati nelle province e mantenuti con i tributi delle popolazioni locali; in cambio ai loro *leaders* il governo riconosceva il grado di generali romani e ai loro popoli l’assimilazione in una sorta di “sistema-mondo”¹ in cui l’integrazione reciproca diventava sempre più profonda (Barbero, 2006). In prospettiva sociologica emerge tra questi due “mondi” una semantica relazionale, in cui il riconoscimento è affrontato in termini di relazioni sociali basate su quella che Donati chiama la “logica relazionale”, la quale definisce le identità e le differenze culturali in termini di circolazione di “beni relazionali”, ossia in termini di reciprocità di beni in grado di predisporre orizzonti comuni a partire da storie diverse (Donati, 1991).

L’identità romana diventa allora non più una questione di cittadinanza, ma si definisce attraverso l’adesione ai modelli della “*Romanitas*”

1. La teoria del “sistema-mondo” è stata introdotta dal sociologo americano Immanuel Wallerstein, che rilegge l’intera storia dell’umanità individuando nelle società arcaiche dei “mini-sistemi”, successivamente inglobati da diversi “imperi-mondo” (Wallerstein, 1974-1980). La teoria del “sistema-mondo” è stata richiamata da Heather per spiegare i fenomeni che interessarono l’Europa a partire dal III secolo (Heather, 2006, p. 113).

che avrebbero potuto trasformare un barbaro in un romano a tutti gli effetti. Come si ricava dalla *Notitia Dignitatum*, composta tra la fine del IV e i primi decenni del V secolo, probabilmente con l'intento di individuare le tribù che avevano contratto un "*foedus*", la politica imperiale di immigrazione fu portata avanti attraverso la stretta connessione tra l'insediamento di coloni, per rimettere a coltura zone spopolate dalle epidemie di peste, e l'incorporazione di reclute barbariche nei reggimenti dell'esercito. Il modello romano di integrazione funzionò a lungo perché basato sul riconoscimento giuridico dello *status* di coloni e di soldati, che preludeva alla piena assimilazione, tanto culturale quanto giuridica. Nella dinamica romana di «riconoscimento ed integrazione dei barbari» (Pohl, 2011, p. 57) l'esercito avrebbe dovuto funzionare come una sorta di *melting-pot*. Gregorio di Nazianzo, che tiene corrispondenza con i figli di immigrati diventati generali dell'esercito romano, afferma come la diversità tra Romano e Barbaro «sia nel corpo, non nell'anima, come sia nella distanza dei luoghi, non nei costumi e nelle scelte» (Gregorio di Nazianzeno, *Epistole*, ed. Conte A., Roma, Città Nuova, 2017, ep. n. 136). L'educazione poteva dunque trasformare un barbaro in un romano; il processo di assimilazione iniziava quando il barbaro diveniva soldato dell'Impero (Di Paola, 2016).

Come racconta Ammiano Marcellino, l'arrivo di questa moltitudine di ignoti barbari «*negotium laetitiae fuit potius quam timori*», in quanto l'imperatore avrebbe potuto disporre di «*alienigenis viribus invictum exercitum*» (Ammiani Marcellini *Rerum gestarum libri qui supersunt*, ed. Seyfarth W., Lipsia, 1978, Liber XXXI, 4-5), ma dato che la «*cupiditas est radix omnium peccatorum*», molti generali approfittarono del loro ruolo e del loro potere per "usare e abusare degli immigrati" (Whittaker, 2004), per consolidare la propria posizione e lucrare profitti sulle razioni alimentari distribuite ai barbari, per trasformarsi in veri e propri trafficanti di schiavi, di donne e di bambini. La conseguenza fu la battaglia di Adrianopoli, il 9 agosto del 378 d.C., che segnò una sconfitta disastrosa per l'esercito imperiale e indusse i successori dell'imperatore Valente ad adottare una politica immigratoria più conciliante. Nel 382 d.C., sotto la guida del generale Teodosio, il futuro imperatore d'Oriente, ai Goti, una federazione di

tribù germaniche, venne concesso di stanziarsi come “*foederati*” nella diocesi di Tracia, estesa dalla riva del Danubio fino a Costantinopoli e all’Egeo, sotto il comando dei propri capi e non più come mercenari al soldo dell’Impero. In sostanza ciò equivaleva ad una rinuncia da parte del governo a gestire autonomamente l’arrivo degli immigrati e la loro integrazione, e comportò una progressiva perdita dell’effettivo controllo su quei territori dove sarebbero nati *regna* indipendenti.

La battaglia di Adrianopoli fu il primo di una lunga serie di eventi che più di un secolo dopo avrebbe portato alla caduta “senza rumore” – secondo l’efficace definizione di Momigliano – dell’Impero Romano d’Occidente (Momigliano, 1973).

Le migrazioni innescarono processi aggregativi e acculturativi non solo nel contatto con l’Impero romano, ma anche tra gli stessi gruppi barbari, con la loro conseguente evoluzione interna, che portò all’emergere di quelli che Walter Pohl, uno dei più autorevoli esponenti della “scuola di Vienna”, centro propulsivo delle ricerche sull’etnogenesi, definisce «popoli in divenire» (Pohl, 2000, p. 2), gruppi di popolazioni dall’identità fluida e in continuo divenire, non entità biologicamente definite entro i concetti di “razza” o di “nazione” (Smith A.D., 2010, p. 33).

È interessante notare come nel giro di pochi decenni, negli scritti dei Padri antichi e medievali, la categoria dell’Altro venga assunta e metabolizzata nella direzione di un equilibrato compromesso (Coco, 2016). Se da una parte per Paolo Orosio la presenza dei barbari rappresenta una contingenza e quindi una necessità, che si deve trasformare in un’opportunità, per Salviano di Marsiglia è occasione per una critica dei costumi religiosi romani, in cui il barbaro viene investito, per riflesso, da una luce positiva. Nelle sue *Storie*, composte tra il 417 e il 418, Paolo Orosio, pur riprendendo il pensiero di sant’Agostino sui “mali della storia”, è favorevole ad una politica di apertura, se non di assimilazione, nei riguardi di queste “*gentes externae*”, sotto il segno del Cristianesimo (Paolo Orosio, *Le storie contro i pagani*, a cura di Lippold A., Milano, Mondadori, 1976, pp. 381-385). In Salviano di Marsiglia il discorso diventa ancora più incisivo, laddove attribuisce le migrazioni dei popoli allo stato di degrado civile e mo-

rale dei suoi contemporanei, che li rende nettamente “inferiori” ai barbari, e commenta amaramente che non c’era da stupirsi della fuga in massa presso i barbari dei diseredati, i quali cercavano presso di loro un po’ di «umanità romana», poiché era impossibile sopportare tra i Romani la «disumanità barbarica», ed era invece preferibile vivere liberi in un’apparenza di prigionia piuttosto che schiavi sotto l’apparenza della libertà (Salvianus Massilliensis Episcopus, *De gubernatione Dei*, in *Patrologiae cursus completus. Series latina*, ed. Migne J.-P., Paris 1844-1864, 53, 84). Dunque, la prospettiva si è chiaramente ribaltata. Il barbaro che non conosce la vera fede non è peggiore del romano e cristiano che, pur conoscendola, la ignora. È evidente come queste riflessioni siano funzionali a dare una legittimazione alla presenza dello “straniero” nell’Europa romanizzata.

Pur nella diversità dei contesti storici e culturali possiamo trarre elementi utili per la comprensione del presente. Come scrive Bloch «poiché l’errore che si commette nell’individuazione della causa si converte [...] in un’erronea valutazione del rimedio, ne consegue che l’ignoranza del passato non solo nuoce alla conoscenza del presente, ma compromette, nel presente, l’azione medesima» (Bloch, 1969, p. 51). Una reinterpretazione del passato, che cancelli il desueto stereotipo del crollo del grande Impero mediterraneo di Roma, che nel contempo allontani quello che il sociologo polacco Zygmunt Bauman ha descritto come lo “spettro del barbaro”, una categoria che a lungo andare si è dimostrata auto-perpetuante, potrebbe prefigurare una possibile e auspicata integrazione degli immigrati nella società europea contemporanea (Bauman, 2010, p. 5). Il fenomeno migratorio può costituire una risorsa se sostenuto da una stabile classe politica in grado di credere e mettere in pratica con fermezza una “pedagogia dell’ospitalità” comune nello spazio euro-mediterraneo (Pagano, 2019, p. 162).

Le epidemie hanno determinato trasformazioni profonde nella società e talvolta hanno portato a “conseguenze inattese” (Mc Neill, 2020). La Peste Antonina ridusse drasticamente la popolazione e ciò ebbe importanti effetti sociali e politici, perché l’Impero si trovò all’improvviso nella necessità di attuare una politica di immigrazione funzionale a garantire l’ap-

provvigionamento di nuove leve per l'esercito e di coloni per la coltivazione dei campi. Nella *lectio magistralis* tenuta al Salone del Libro di Torino nel 2020, lo storico Alessandro Barbero ha rilevato come «la storia è cambiamento. Tutto cambia continuamente. L'Impero Romano avrebbe potuto reagire rilanciando la caccia agli schiavi, intraprendendo nuove campagne militari per sottomettere sempre nuovi barbari e ridurli in schiavitù; invece scoprì che si potevano aprire le frontiere, lasciare entrare più immigrati, mettere in piedi procedure di accoglienza e di integrazione. Come conseguenza inattesa della Peste Antonina, l'Impero Romano scoprì l'importanza del capitale umano come risorsa». L'Impero si trovò ad affrontare un problema opposto a quello che abbiamo oggi, la scarsità e non l'eccesso di popolazione, risolvendolo in maniera inclusiva. Da quel momento l'ingresso degli immigrati e l'integrazione divennero uno dei suoi punti di forza: in termini hegeliani possiamo dire che il "riconoscimento" dell'Altro avviene nella prospettiva di far parte dello stesso "sistema". Anche se il fenomeno migratorio finì per essere «un esperimento sfuggito di mano» (Goffart, 2006), per molto tempo costituì una risorsa e un'opportunità per contenere quello che era stato l'effetto più tragico delle epidemie, i milioni di morti che avevano intrappolato l'Europa nel silenzio.

Bibliografia

- ABULAFIA D., "Carestia, peste, economia", LEONE A. - SANGERMANO G. (a cura di), *Le epidemie nei secoli XIV-XVII*, Atti delle giornate di studio (Fisciano, Università degli Studi - Salerno, 13-14 maggio 2005), Salerno, Laveglia, 2006, pp. 11-31.
- ANDORLINI I., "Considerazioni sulla "peste antonina" in Egitto alla luce delle testimonianze papirologiche", LO CASCIO E. (a cura di), *L'impatto della "peste antonina"*, Bari, Edipuglia, 2012, pp. 15-28.
- BARBERO A., "I regni romano-barbarici", CAROCCI S. (a cura di), *Storia d'Europa e del Mediterraneo. Dal Medioevo all'età della globalizzazione*. IV. *Il Medioevo (secoli V-XV)*, vol. VIII. *Popoli, poteri, dinamiche*, Roma, Salerno Editrice, 2006, pp. 167-212.
- BARBERO A., *9 agosto 378. Il giorno dei barbari*, Bari-Roma, Laterza, 2007.
- BARBERO A., *Barbari. Immigrati, profughi, deportati nell'impero romano*, Roma, Laterza, 2010.
- BAUMAN Z., *Lo spettro dei barbari*, Milano-Roma, Bevivino, 2010.
- BEAN W.M., "La morte Nera: la crisi e le sue conseguenze economiche e sociali", CAPITANI O. (a cura di), *Morire di peste: testimonianze antiche e interpretazioni moderne della "peste nera" del 1358*, Bologna, Patron Editore, 1995, pp. 21-37.
- BENEDICTOW O.J., *The Black Death, 1346-1353: the complete history*, Woodbridge, Boydell Press, 2004.

- BENOÎT R., "Le climat, les famines et la guerre: éléments du contexte de la Peste Antonine", LO CASCIO E. (a cura di), *L'impatto della "peste antonina"*, Bari, Edipuglia, 2012, pp. 87-122.
- BIRABEN J.N., "Le malattie in Europa: equilibri e rotture della patocenosi", GRMEK M. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 1. Antichità e Medioevo*, Bari, Laterza, 1993, pp. 439-484.
- BLOCH M., *Apologia della storia o mestiere di storico*, Torino, Einaudi, 1969.
- BOUDON - MILLOT V., *Galien de Pergame. Un médecin grec à Rome*, Paris, Les Belles Lettres, 2012.
- BROWN P., *Il corpo e la società. Uomini, donne e astinenza sessuale nel primo cristianesimo*, Torino, Einaudi, 1992.
- BROWN P., *La formazione dell'Europa cristiana. Universalismo e diversità. 200-1000 d.C.*, Roma-Bari, Laterza, 1995.
- BRUUN CH., "The Antonine plague and the third century crisis", HEKSTER O. - DE KLEIJN G. ed Altri, *Crises and Roman Empire*, Leiden-Boston, Brill, 2007, pp. 201-217.
- BUORA M., "La peste antonina in Aquileia e nel territorio circostante", BUORA M. - JOBST W. (a cura di), *Roma sul Danubio. Da Aquileia a Carnutum lungo la via dell'ambra*, Roma, L'Erma di Bretschneider, 2002, pp. 53-57.
- CALVI G., "L'oro, il fuoco, le forche: la peste napoletana del 1656", *Archivio Storico Italiano*, 139(1981), pp. 405-458.
- CANFORA L., *La scopa di don Abbondio. Il moto violento della storia*, Bari-Roma, Laterza, 2018.
- CARDINI F., *Le cento novelle contro la morte. Giovanni Boccaccio e la rifondazione cavalleresca del mondo*, Roma, Salerno Editore, 2007.
- CAVALLI F., "I ratti invisibili. Considerazioni sulla storia della peste in Europa nel Medioevo e nella prima età moderna", *Quaderni Guarneriani*, 6(2015), pp. 113-140.
- COCO L., *Migrazioni dei popoli nelle parole dei Padri della Chiesa*, Padova, Edizioni Messaggero, 2016.
- COHN S.K., *The Black Death Transformed*, London, Bloomsbury Academic, 2003.
- COSMACINI G., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Bari-Roma, Laterza, 1997.
- DEFOE D., *La peste di Londra*, Milano, Bompiani, 1995.
- DIACONO P., *Historia Langobardorum*, ALBARANO T. (a cura di), Milano, Oscar Mondadori, 1994, l. II, c. IV).
- DI PAOLA L., "I «Barbari» nel tardoantico. Modalità e forme di assimilazione reciproca con i Romani", LORENZI C. - NAVARRA M. (a cura di), *Frontiere della romanità nel mondo tardo antico: appartenenza, contiguità, alterità, trasformazione e prassi*, Atti dell'Accademia Romanistica Costantiniana, XXI, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2016, pp. 65-80.
- DONATI P., *Teoria relazionale della società*, Milano, Franco Angeli, 1991.
- FEARS R., "The Plague under Marcus Aurelius and the Decline and Fall of the Roman Empire", *Infectious Disease Clinics of North America*, 18(2004), pp. 65-77.
- FOA A., *Ebrei in Europa. Dalla Peste Nera all'emancipazione. XIV-XIX secolo*, Roma-Bari, Laterza, 2014.
- FRANCESCHI F. - MOLÀ L., "Stati regionali e sviluppo economico", GAMBERINI A. - LAZZARINI I. (a cura di), *Lo Stato del Rinascimento in Italia: 1350-1520*, Roma, Viella, 2014, pp. 401-420.
- FREND W.H.C., "Persecutions: Genesis and Legacy", MITCHELL M.M. - YOUNG F.M. (a cura di), *The Cambridge History of Christianity. I. Origins to Constantine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006, pp. 503-523.

- FUSCO I., *La grande epidemia. Potere e corpi sociali di fronte all'emergenza nella Napoli spagnola*, Napoli, Guida Editori, 2017.
- GALLONI P., "Pifferaio di Hamelin: quell'irresistibile melodia", *Medioevo*, 14(2010), n. 6, pp. 62-67.
- GASPARRI S., *Tardoantico e alto Medioevo: metodologie di ricerca e modelli interpretativi*, CARROCCI S. (a cura di), *Storia d'Europa e del Mediterraneo. Dal Medioevo all'età della globalizzazione*, IV. *Il Medioevo (secoli V-XV)*, VIII. *Popoli, poteri, dinamiche*, Roma, Salerno Editrice, 2006, pp. 27-61.
- GEARY P., *Il mito delle nazioni. Le origini medievali dell'Europa*, Roma, Carocci, 2009.
- GOFFART W., *Barbarian Tides. The Migration Age and the Later Roman Empire*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2006.
- GOULD S.J., *L'equilibrio punteggiato*, Torino, Codice, 2008.
- GOUREVITCH D., "Apparition and diffusion d'une maladie nouvelle la peste de Marc-Aurèle", SIGNOLI M. (a cura di), *Peste: entre Epidémies et Sociétés. Papers presented at the 4th International Congress on the Evolution and Palaeoepidemiology of the Infectious Disease*, Marseille, France, 23-26 July 2001, Firenze, Firenze University Press, 2007, pp. 345-350.
- GRMEK M., "Il concetto di malattia", GRMEK M. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*, Bari, Laterza, 1998, pp. 259-289.
- HEATHER P., *La caduta dell'impero romano. Una nuova storia*, Milano, Garzanti, 2006.
- HORDEN P., "Mediterranean Plague in the Age of Justinian", *The Cambridge Companion to the Age of Justinian*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, pp. 134-160.
- JOUANNA J., "Air, miasme et contagion à l'époque d'Hippocrate", BAZIN S. - TACCHELLA QUÉRUEL D. - SAMAMA E., *Air, miasme et contagion. Les épidémies dans l'Antiquité et au Moyen Age*, Actes de la Table Ronde organisée à Reims (17 Janvier 1997), Etudes réunies par Langres 2001, pp. 7-27.
- LE GOFF J., *La nascita del Purgatorio*, Torino, Einaudi, 2006.
- LE GOFF J., "L'«Europa meticcica» del Medioevo", CRACCO G. ed Altri (a cura di), *Europa in costruzione. La forza delle identità, la ricerca di unità (secoli IX-XIII)*, Atti della XLVI Settimana di Studio, Trento 15-19 settembre 2003, (*Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento, Quaderni*, 69), Bologna, il Mulino, 2006, pp. 23-28.
- LO CASCIO E., "Fra equilibrio e crisi", SCHIAVONE A. (a cura di), *Storia di Roma*, vol. II, 2, Torino, Einaudi, pp. 701-731.
- MARCONI A., "La peste Antonina: testimonianze e interpretazioni", *Rivista Storica Italiana*, III, 114 (2002), pp. 801-819.
- MARCONI A., "Epidemie, conseguenze economiche e rimedi legislativi: la peste costantinopolitana del 542 a confronto con la "peste antonina", LO CASCIO E., *L'impatto della "peste antonina"*, Bari, Edipuglia, 2012, pp. 297-328.
- MAZZI M.S., "La peste a Firenze nel Quattrocento", COMBA R. - PICCINNI G. ed Altri (a cura di), *Strutture familiari, epidemie, migrazioni nell'Italia medievale*, Atti del Convegno internazionale "Problemi di storia demografica nell'Italia medievale" (Siena, 28-30 gennaio 1983), Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1984, pp. 91-116.
- MC NEILL W.H., *La peste nella storia. L'impatto delle pestilenze e delle epidemie nella storia dell'umanità*, Milano, Edizioni Res Gestae, II edizione 2020.
- MOMIGLIANO A., "La caduta senza rumore di un Impero nel 476 d.C.", BRANCA V. (a cura di), *Concetto, storia, miti e immagini del Medio Evo*, Firenze, Sansoni, 1973, pp. 409-428.
- MORONY M., "For Whom Does the Writer Write? The First Bubonic Plague Pandemic According to Syriac Sources", LITTLE L., *Plague and the End of Antiquity. The Pandemic of 541-750*, Cambridge, Cambridge University Press, 2007, pp. 59-86.

- MOTTA G., “”In bona salute de animo e de corpo”. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia”, MOTTA G. (a cura di), *“In bona salute de animo e de corpo”. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia*, Milano, Franco Angeli Editore, 2007, pp. 7-62.
- MUCCIARELLI R., “Il corpo, lo spazio, l’igiene”, MUCCIARELLI R. - VIGNI L. ed Altri (a cura di), *Vergognosa immunditia: igiene pubblica e privata a Siena dal Medioevo all’età contemporanea*, Poggibonsi, Sienambiente, 2000, pp. 15-27.
- NAPHY W.G. - SPICER A., *La peste in Europa*, Bologna, il Mulino, 2006.
- NUTTON V., “Did the Greeks have a Word for it? Contagion and Contagion Theory Classical Antiquity”, CONRAD L.I. - WUJASTYK D. (a cura di), *Contagion. Perspectives from pre-modern societies*, Aldershot, Routledge, 2000, pp. 137-162.
- PINO B. - OLIVIERI F., *Le pestilenze nella storia. Esperienze epidemiche tra vita materiale, culture e immaginario*, Milano, Feltrinelli, 2020.
- PAGANO R., *Pedagogia mediterranea*, Brescia, Scholè Editrice Morcelliana, 2019.
- PASTORE A., “Dal lessico della peste: untori, unzioni, unti”, *Acta Histriae*, 15(2007), pp. 127-137.
- PETRACCA L., “La crisi del Trecento e la Peste Nera. Il dibattito storiografico”, *Itinerari di Ricerca Storica*, 34(2020), n. 2, pp. 181-196.
- PICCINNI G., *Nascita e morte di un quartiere medievale. Siena il Borgo Nuovo di Santa Maria a cavallo della peste del 1348*, Pisa, Pacini, 2019.
- POHL W., *Le origini etniche dell’Europa. Barbari e Romani tra Antichità e Medioevo*, Roma, Viella, 2000.
- POHL W., “Pistis e potere: coesione etnica negli eserciti barbarici nel periodo delle migrazioni”, EBANISTA C. - ROTILI M. (a cura di), *Archeologia e storia delle migrazioni. Europa, Italia, Mediterraneo tra tarda età romana e alto medioevo*, Atti del Convegno Internazionale di Studi, Cimitile - Santa Maria Capua Vetere, 17-18 giugno 2010, Napoli, Tavolario Edizioni, 2011, pp. 55-63.
- RUSCONI R., *Dalla peste mi guardi Iddio. Le epidemie da Mosè a papa Francesco*, Brescia, Editrice Morcelliana, 2020.
- SABBATANI S. - FIORINO S., “La peste antonina e il declino dell’Impero romano. Ruolo della guerra partica e della guerra marcomannica tra il 164 e il 182 d.C. nella diffusione del contagio”, *Le infezioni nella storia della medicina*, 17(2009), pp. 261-275.
- SAEZ A., “La peste Antonina: una peste global en el siglo II d.C.”, *Revista chilena de infectologia*, 33(2016), pp. 218-221.
- SERINO V., *Le pandemie. Evoluzione storico-antropologica dalla peste di Atene alla spagnola*, Firenze, A. Pontecorboli Editore, 2017.
- SIRAGO V., “Tanta per totum orbem pestilentia fuit. La grande epidemia al tempo di Marco Aurelio”, *Rivista Storica del Sannio*, 12(1999), Fasc. 6, pp. 2-9.
- SLAVIN P., “The Fifth Rider of the Apocalypse: the Great Cattle Plague in England and Wales and its Economic Consequences, 1319-1350”, CAVACIOCCHI S. (a cura di), *Le interazioni fra economia e ambiente biologico nell’età preindustriale. Secc. XIII-XVIII*, Firenze, Firenze University Press, 2010, pp. 165-179.
- SMITH J.M.H., *L’Europa dopo Roma. Una nuova storia culturale 500-1000*, Bologna, il Mulino, 2008.
- SMITH A.D., *Le origini culturali delle nazioni*, Bologna, il Mulino, 2010.
- SNOWDEN F.M., *Storia delle epidemie. Dalla Morte Nera al Covid-19*, Gorizia, Leg Edizioni, 2020.
- STATHAKOPOULOS D., *Famine and Pestilence in the Late Roman and Early Byzantine Empire. A Systematic Survey of Subsistence Crises and Epidemics*, Aldershot, Routledge, 2004.

- STOK F., "Il lessico del contagio", RADICI COLACE P. - ZUMBO A. (a cura di), *Letteratura scientifica e tecnica greca e latina*. Atti del Seminario internazionale (Messina, 29-31 ottobre 1997), Messina, Edas, 2000, pp. 55-89.
- STOK F., "Peste e letteratura", in *Medicina e Letteratura*, Atti del Convegno (Salerno 25 ottobre 2012), Annali della Scuola Medica Salernitana, 6, Salerno, 2013, pp. 55-75.
- STORCHI MARINO A., "Una rilettura delle fonti storico-letterarie sulla peste di età antonina", LO CASCIO E. (a cura di), *L'impatto della "peste antonina"*, Bari, Edipuglia, 2012, pp. 29-61.
- TANZINI L., *1345. La bancarotta di Firenze. Una storia di banchieri, fallimenti, finanza*, Roma, Salerno Editrice, 2018.
- YERSIN A.E.J., "La Peste Bubonique a Hong-Kong", *Annales de l'Institut Pasteur*, (1894), n. 8, pp. 662-668.
- UJVARI S.C., *Storia delle epidemie*, Città di Castello (Pg), Odoya, 2011.
- VAIOPOULOS V., "The notion of 'contagio' in classical literature", *Farmacopea antica e medievale*, Atti del Convegno internazionale di studio (Salerno, 30 novembre - 3 dicembre 2006), Annali della Scuola Medica Salernitana, 2, Salerno, Scuola Medica Salernitana, 2008, pp. 45-57.
- VARANINI G.M., "La peste del 1347-50 e i governi dell'Italia centro-settentrionale: un bilancio", *La Peste Nera: dati di una realtà ed elementi di una interpretazione*, Todi, 10-13 ottobre 1993, Atti del XXX Convegno storico internazionale, Spoleto, Centro Italiano di Studi sull'Alto Medioevo, 1994, pp. 285-307.
- WALLERSTEIN I., *The Modern World-System*, New York, Academic Press, 1974-1980.
- WHITTAKER D., "The use and abuse of immigrants in the later Roman Empire", MOATTI C. (a cura di), *La mobilità des personnes en Méditerranée de l'antiquité à l'époque moderne. Procédures de contrôle et documents d'identification*, Collection de l'École française de Rome, 341, Roma, École française de Rome, 2004, pp. 127-153.
- ZANOBONI M.P., *La vita al tempo della peste. Misure restrittive, quarantena, crisi economica*, Milano, Jouvence, 2020.
- ZUCKERMAN C., *Du village à L'Empire. Autour du registre fiscal d'Aphroditô (525-526)*, Paris, Peeters Pub & Booksellers, 2004.

Résumé

Les épidémies ont exercé une large influence sur l'histoire humaine à travers les siècles, laissant une marque indélébile sur la conscience collective et marquant parfois la fin d'une époque historique. Commenant à décrire l'histoire des grandes épidémies qui ont affligé l'homme, le but de cet article est d'examiner leur impact sur les sociétés humaines, comme dans le cas de la soi-disant "peste d'Antonine", qui a joué un rôle important dans le sort de la Empire romain. Les épidémies ont fortement façonné les aspects économiques, politiques et sociaux de l'histoire humaine avec leurs effets qui durent souvent pendant des siècles.

Mot-clés: histoire des épidémies, migrations, Empire Romain.

Resumen

Las epidemias han ejercido una amplia influencia en la historia de la humanidad a lo largo de los siglos, dejando una marca indeleble en la conciencia colectiva y, en ocasiones, marcando el final de una era histórica. Tras presentar la historia de las principales epidemias que han afectado al ser humano, el trabajo tiene como objetivo examinar su impacto en las sociedades, como en el caso de la llamada "Peste Antonina", que jugó un papel importante en el destino del Imperio Romano. Las epidemias han moldeado fuertemente los aspectos económicos, políticos y sociales de la historia humana con efectos duraderos.

Palabras clave: historia de epidemias, migraciones, Imperio Romano.

**Il colera nella pubblicistica dell'epoca (1831-1832)
Inesperienza medica, ciarlataneria e satira
nella Napoli che aspetta il morbo**

SILVIO DE MAJO*

Abstract

Between 1831 and 1832, faced with the danger of cholera, which had already arrived in Russia, France and the Austrian Empire (in Naples it would arrive only in 1836), Neapolitan doctors published several dozen booklets and pamphlets. These analyzed the disease, debated its contagiousness, and identified preventive measures, although local doctors had yet to confront the illness. While these publications clearly contravened the Hippocratic principle based on the observation of the sick, a veritable profusion of writings of all types emerged within this rather short time span: from translations of foreign works describing the course of cholera in the European states already affected, to the witnesses of Neapolitan envoys in those areas; from treatises by doctors, more or less specifically prepared, with indications on symptoms, treatment and prophylaxis to be adopted, to the simplistic analysis of real charlatans. This essay analyzes this challenging set of publications, concluding with an unknown satirical work that ridiculed the publication hysteria and its doubtful accomplishments.

Keywords: cholera, Neapolitan doctors, charlatans, satirical work.

Premessa

Nel 1836 e nel 1837, in due fasi distinte, Napoli fu sconvolta dalla prima epidemia di colera della sua storia. Altre ce ne saranno nel corso del

* Professore associato di Storia Economica presso il DISES dell'Università di Napoli Federico II, e-mail: sdemajo@libero.it.

XIX secolo, le più gravi nel 1854 e nel 1884, e del XX secolo, una poco prima dello scoppio della Grande Guerra (1912) e l'altra, del tutto anacronistica, nel 1973. La più sconvolgente resta però quella degli anni Trenta dell'Ottocento, perché la prima e a lungo attesa e temuta, come una nuova terrificante peste¹. Anche se non raggiunse la letalità della peste, si rivelò presto micidiale, nonostante i provvedimenti delle autorità, presi in sintonia con quanto facevano più o meno gli altri stati italiani ed europei, e nonostante l'allarme lanciato da medici e da altri scrittori.

Diffusosi dapprima nel Bengala, nel 1817, il colera si propaga negli anni successivi sia verso est (Birmania, Malesia, Filippine) che verso ovest (Delhi, Arabia, Africa orientale), accompagnando i traffici commerciali, marittimi o terrestri, o i movimenti di truppe; nel 1823 giunge in Siria e nei paesi vicini assieme alle carovane. Sei anni dopo è in Russia e poi in Polonia, Germania orientale e Impero austriaco. Nel 1832 è la volta dell'Irlanda, dell'Inghilterra e quindi della Francia e dei paesi vicini (Fiandre, Paesi Bassi, Renania); giunge in Spagna e Portogallo nel 1834 e solo nel 1835 in Italia, dove tocca il suo apice nel 1836 con una replica nell'anno successivo. Tale percorso, descritto in tutti gli studi sul colera², viene indi-

1. Quasi 20.000 furono i morti di Napoli e ancora di più quelli di Palermo (24.000), dove la percentuale rispetto alla popolazione è maggiore: a Napoli poco più del 5%, a Palermo il 13,5%. Nella parte continentale del Regno delle Due Sicilie muore l'1,5% degli abitanti, in Sicilia il 3,5%. Numeri molto più bassi sono quelli degli altri Stati italiani: nel Lombardo-Veneto l'1,0%, nel Regno sardo e nello Stato pontificio solo lo 0,2%. Napoli e Palermo pagano lo scotto di essere grandi città portuali, perno del commercio nazionale, ma la mortalità nelle altre principali città portuali italiane è più bassa; a Venezia il 2,4%, a Genova il 3,2%, a Livorno il 3,7%. Nel complesso degli stati italiani i morti sono circa 240.000, equivalenti all'1,1 per cento della popolazione. Le principali epidemie successive furono meno gravi: quella del 1849 colpì quasi esclusivamente il Veneto, e soprattutto Venezia durante l'eroica resistenza dei rivoluzionari contro le truppe austriache, ma fece più di 17.000 morti; quella del 1854-55, diffusa dappertutto, causò quasi 250.000 morti (ma i dati sono incompleti), di cui quasi 7.000 a Napoli e ben 44.000 in Sicilia. La più grave delle epidemie postunitarie (dopo quelle miti del 1865-67 e del 1873 e prima di quelle – sempre miti – del 1893 e del 1910-11) scoppiò negli anni Ottanta (tra 1884 e 1887, a seconda dei luoghi) e, ben contrastata grazie alle conoscenze mediche ormai raggiunte e ai cordoni sanitari, causò nel complesso circa 34.000 morti, con picchi a Palermo e a Napoli. Si veda in merito Forti Messina (1984, pp. 429-494).

2. Tra i tanti qui basterà citare Tognotti (2000).

viduato, nella sua parte iniziale, dal militare francese Alexander Moreau de Jonnès (1831), autore di un lungo rapporto che influenza i governi europei. Esso già nel titolo traccia il viaggio del colera fino a quel momento e subito viene tradotto in italiano: *Intorno al cholera-morbus pestilenziale, ai caratteri e fenomeni patologici, mezzi curativi e preservativi di questa malattia, alla sua mortalità al suo modo di propagazione, ed alle sue irruzioni nell'Indostan, Asia orientale, Arcipelago indiano, Arabia, Siria, Persia, Impero russo, Polonia, Prussia, Galizia, Ungheria ed Austria*³.

1. La pubblicistica medica

Già nei primi due anni del decennio, mentre il colera non ha ancora nemmeno lambito l'Italia, una moltitudine di medici e di altri scrittori pubblica trattatelli, memorie, opuscoli sul colera. Una profusione senz'altro eccessiva, di cui si sono accorte le due maggiori studiose del colera. Anna Lucia Forti Messina parla di una «letteratura di testimonianza o d'occasione [...] sterminata», soprattutto da parte di centinaia di medici «che tennero scrupolosamente nota delle loro osservazioni ed esperienze [...] raccontando talvolta anche lo svolgersi dell'epidemia nella loro città o paese» (Forti Messina, 1984, p. 431). Per Eugenia Tognotti il colera «ha ispirato la più mastodontica mole di pubblicazioni mai dedicate ad una malattia» (Tognotti, 2000, p. 6).

Ma quante furono le pubblicazioni negli anni Trenta? La Tognotti, utilizzando gli *Annali delle epidemie* di Corradi, ha affermato che «le sole pubblicazioni riferite agli anni compresi fra il 1831 e il 1837 ammontano a parecchie centinaia». La consultazione OPAC del Servizio Bibliotecario Nazionale consente di contare le edizioni apparse negli anni Trenta, senza considerare gli articoli – sicuramente non pochi – inseriti nelle riviste me-

3. Il titolo completo in bibliografia. Altre due traduzioni uscirono nello stesso anno a Pisa e a Roma. La risonanza che ebbe l'opera è dimostrata dalle edizioni in lingua originale, che furono almeno tre, stampate nel 1831: a Paris, Bruxelles e Turin; l'autore vi aggiornava Moreau de Jonnès (1824).

diche e in altri fogli periodici. Se inseriamo nel motore di ricerca la voce cholera e i limiti temporali 1831-1840 otteniamo 807 risultati; inserendo la voce colera se ne avranno 292. Se escludiamo le opere erroneamente catalogate più volte, le ristampe, i libri stranieri, i titoli, che per un errore del sistema risultano sia sotto “colera” sia sotto “cholera” (che è quasi sempre la parola presente nel frontespizio), abbiamo non meno di 700 pubblicazioni in italiano, stampate a Roma, Milano, Torino, Venezia, Lucca, Firenze, Bologna, Livorno, Napoli, Catania, Palermo e in tanti altri luoghi.

Se è vero che non deve stupire la frenesia dei medici nel riferire le proprie esperienze negli anni del colera, a partire dai prodromi del 1835, con i primi casi nel Regno di Sardegna nel mese di luglio, e soprattutto nel terribile biennio 1836-37, stupisce il fatto che già nel quadriennio 1831-34, quando il colera è solo una temibile eventualità, ci sia un’abbondanza di edizioni, ovvero un totale di 428 titoli, in grandissima parte stampati nei primi due anni. Di esse quarantuno sono stampate a Napoli: 14 nel 1831, 21 nel 1832, solo 4 nel 1833 e 2 nel 1834.

Dell’analisi di siffatta letteratura medica (e talvolta anche pseudo medica) si occupano le pagine che seguono, rese possibili dalla digitalizzazione dei testi di diverse biblioteche italiane in corso da alcuni anni. Chi scrive infatti ha dedicato a questo lavoro i primi mesi del 2021, con biblioteche chiuse o poco accessibili per i severi contingentamenti, a causa della pandemia da e-Covid-19; fortunatamente quasi tutte le pubblicazioni sul colera degli anni qui esaminati sono digitalizzate; solo di poche non è stato possibile dar conto.

La caratteristica che accomuna i medici che scrivono di colera è la mancanza di esperienza specifica, che però non li ferma. Il risultato è vario: accanto a testi di scarissimo livello scientifico (anche per l’epoca), vi sono utili sistemazioni delle analisi straniere, frutto della lotta – spesso vana – dei medici che in Europa o in Asia stanno affrontando il colera. La pretesa di parlare di una malattia sconosciuta è stigmatizzata da uno dei maggiori medici napoletani che si occupa del problema: Pietro De Filippis (1833, p. III), chirurgo «membro del Consiglio del Supremo Magi-

strato di Salute», curatore della trasposizione in italiano dei maggiori trattati di chirurgia del tempo, inviato dal governo di Napoli a Parigi nel maggio 1832 per «osservare la malattia in Francia»⁴. Prima di fare il viaggio, in un breve opuscolo sul colera, egli parla in modo dissacrante dei lavori dei suoi colleghi: «Quanto si scrive sul colera ne' vari fogli periodici e nelle diverse monografie, vale poco. Opinioni contrarie; teoriche capricciose, mezzi curativi poco calcolati e strani; storielle variamente narrate, secondo la varia impressione che si riceve: tutto ciò non può servire che a confondere la mente de' medici poco istruiti, e molto di più i non medici, i pretesi dilettanti di medicina, scienza lunghissima severissima. Solo il medico ragionatore si preserva e va immune da qualunque bizzarra opinione. [...] Poco dovrebbe scriversi sul colera. Per ora noi scriviamo sulla fede altrui» (De Filippis, 1832, p. 3).

D'altra parte, i medici del Regno delle Due Sicilie che scrivono di colera in questi anni sono per lo più dei giovani che individuano nel colera la possibilità di «fare curriculum», occupandosi del tema del giorno senza averne una conoscenza diretta e anzi sperando che il morbo non debba mai arrivare. Essi si basano sugli studi dei maggiori medici francesi, tedeschi, italiani o dell'antichità⁵.

Tuttavia, la prima pubblicazione napoletana del 1831 è un breve rapporto ufficiale della medicina che conta dato alle stampe ad aprile da esperti della Facoltà medica (Rapporto sul colera-morbus, 1831). Interrogati in merito dal Supremo Magistrato di Salute nel mese di gennaio, essi confessano la propria ignoranza nei confronti di una malattia ancora del tutto sconosciuta in Europa. Appare chiaro in tale atteggiamento la formazione neoippocratica dei medici napoletani, formatisi, tra la seconda metà del Settecento e i primi decenni dell'Ottocento, alla scuola di Michele Sarcone, Domenico Cirillo, Domenico Cotugno e Antonio Semen-

4. La sua appartenenza al Supremo magistrato di salute è indicata nel frontespizio.

5. La bibliografia utilizzata da alcuni di essi è spesso molto vasta, segno che a Napoli arrivano e vengono lette pressoché tutte le pubblicazioni europee sull'argomento.

тини, per i quali «la vera medicina poggia sull'osservazione [...] abbandonando le astrattezze delle teoriche, le sottigliezze delle inutili questioni, la fallacia de' sistemi esclusivi» (De Renzi, 1845-48, pp. 61-62)⁶. Qualche mese dopo, avendo ricevuto alcuni rapporti di medici e organi di governo della Russia e dell'Impero austriaco, la Facoltà medica napoletana può descrivere i sintomi della malattia, ben sintetizzati nella formula «la quantità delle materie che si evacuano [...] sorpassa di gran lunga le bevande che s'introducono» (Rapporto sul colera-morbus, 1831, pp. 11-12), e i metodi di cura adoperati: bagni a vapore, laudano, oppio, calomelano, «applicazione di alquante mignatte sulla regione dello stomaco», mentre denuncia «i cattivi effetti riportati dalla pratica del salasso generale» (Rapporto sul colera-morbus, 1831, p. 17). La questione più importante su cui stanno dibattendo i medici europei, e lo faranno da questo momento anche gli italiani e i napoletani, è se il colera sia un morbo epidemico, cioè derivi dall'aria e dalla situazione atmosferica, da «miasmi» presenti in determinate zone in determinati periodi di tempo – opinione degli inglesi a proposito dell'India, accolta con gravi conseguenze dai medici russi – oppure sia contagioso, derivante cioè da contatti con persone o cose infettate; questa opinione, a cui sono arrivati i medici austriaci, convince la Facoltà medica napoletana, che «non esita a dichiarare [...] il Cholera-morbus [...] una malattia contagiosa» (Rapporto sul colera-morbus, 1831, p. 26)⁷. La questione è di grande importanza perché collegata a eventuali scelte politiche di notevole impatto sull'economia e sulla società, come l'adozione di cordoni sanitari e di periodi di quarantena. E infatti – avverte Silvano Franco – «alla diffusione dell'opuscolo fece seguito l'emanazione di una serie di provvedimenti legislativi di carattere sanitario [tra cui] un cordone sanita-

6. Nelle stesse pagine, di conseguenza, appare la polemica contro Brown e i rimedi determinati «in modo assoluto». Importante ruolo nella formazione dei medici napoletani viene svolto dal Collegio Medico Cerusico degli Incurabili (Botti, 1990). Alle teorie di Brown si accennerà più avanti.

7. Come è noto solo molti decenni dopo saranno fatte le scoperte che daranno pienamente ragione a questa tesi: l'individuazione del vibrione responsabile della malattia da parte di Filippo Pacini, confermata poi da Robert Koch.

rio ai porti dell'Adriatico ed a quelli del Tirreno» (Franco, 2002, p. 550) e specifiche istruzioni agli ospedali militari (Consiglio sanitario, 1832)⁸.

In questi mesi si occupa del colera Salvatore De Renzi, un medico che in quel momento ha appena trentuno anni, ma svolge da tempo importanti ricerche sulla malaria e su altre affezioni epidemiche, è impegnato nelle campagne condotte dal Reale Istituto Centrale Vaccinico di Napoli (contro il vaiolo), e soprattutto ha pubblicato alla fine del decennio precedente una copiosa opera in cui ha descritto «le caratteristiche geologiche, geografiche e climatiche del Regno in rapporto alle condizioni e all'assistenza sanitarie, fornendo preziosi dati sulle condizioni di vita, sulle abitudini alimentari, sulla statistica delle malattie e sull'assistenza» (Cappelletti, Di Trocchio, 1991). In seguito, sarà uno dei grandi nomi della medicina napoletana e italiana, come clinico (anche contro il Colera nel 1836-37 e nel 1854) (De Renzi, 1837 e De Renzi, 1857), come professore di patologia, come esponente della scuola ippocratica, basata su osservazione e ragionamento, e soprattutto come storico della medicina (De Renzi, 1845-48 e De Renzi, 1857)⁹. Nel gennaio 1831 fonda il mensile *Filiatre Sebezio. Giornale delle Scienze mediche*, dove nel biennio 1831-32 compaiono sul colera decine di articoli, traduzioni, «istruzioni sul modo di contenersi», notizie sulle aree del mondo particolarmente coinvolte, segnalazioni bibliografiche e giornalistiche, sperimentazioni mediche, provvedimenti governativi. Molte delle notizie raccolte confluiscono in un libretto (De Renzi, 1831)¹⁰, in cui De Renzi chiarisce di aver «creduto far

8. Opera «compilata [...] d'ordine del sig. cav. D. Antonio Alvarez-Y-Lobo generale ispettore degli stessi spedali. Per uso delle truppe del Reale esercito di S.M. il Re del regno delle Due Sicilie». Riporta le firme dei seguenti medici militari: Pietro Magliari, Nicola de Simone, Luigi Ascione, Francesco Manieri, Gabriele Acuti, Pietro de Cusatis e Nicola Melorio (presidente). Sugli interventi dei vari organi di governo e del sovrano per contrastare il colera si vedano anche Supremo magistrato, 1831, Regolamento generale, 1832, nonché Leoni, 1990.

9. Dopo l'Unità ottenne la cattedra di Storia della medicina all'Università di Napoli.

10. Il libretto è anonimo, ma è chiaramente opera di De Renzi, che firma al suo interno un lungo articolo che occupa 70 delle 96 pagine complessive: *Osservazioni sul Cholera morbus delle Indie e su quanto si è riferito finora dalle opere mediche e dalle scritture periodiche*. Il resto del libretto è occupato da traduzioni di trattatelli e articoli giornalistici stranieri. Sulla rivista fondata da De Renzi si veda anche Ierace Bio (2009).

cosa utile al pubblico raccogliere le più interessanti notizie relative al Cholera morbus. Ma siccome è impossibile, anche per i più dotti medici, dare un giudizio in materia di pratica, senza la propria esperienza, per tal motivo si è limitato alla semplice raccolta delle principali scritture, senza aggiungerci cosa alcuna di suo» (De Renzi, 1831, p. 2). Dopo aver tracciato il percorso fatto dal colera dal Bengala fino alla Russia, alla Galizia, all'Ungheria, alla Transilvania, con tanti luoghi caratterizzati da un'altissima mortalità, si sofferma sul dibattito tra i "contagiosisti" e gli "epidemisti", senza prendere alcuna posizione. Riferisce quindi che i primi (tra cui Moreau) affermano che il colera «non dipende da alcuna predisposizione individuale, né da alcuna situazione particolare, se ha attaccato indistintamente tutte le età, sessi, temperature, e razze [...]. Non dipende da temperatura atmosferica [...]. Non è effetto di località basse e inondate [...]. Non dipende da viziata costituzione dell'atmosfera [...]. Non è risultato di nutrimento nocivo speciale [...]. Non vien propagato dai venti [...] onde emerge sufficientemente che il cholera, indipendentemente dalle stagioni, dagli alimenti, dalle costituzioni, si comporta a maniera delle malattie pestilenziali; si propaga a maniera de' contagi, e si riproduce per assimilazione, ma secondo leggi tuttavia incognite» (De Renzi, 1831, pp. 41-42). Perciò è stato diffuso dai viaggiatori e dalla gente che è scappata dopo avere contratto la malattia, da «individui o merci che venivano da paesi infetti»; è stato fermato dall'adozione di cordoni sanitari, dalla chiusura assoluta delle città colpite o anche di alcuni quartieri, come è avvenuto a Mosca. I casi di persone che non si sono contagiate nonostante i contatti con gli ammalati sono eccezioni. Gli "epidemisti" affermano di contro che «gli effetti degl'infermi e dei morti, le mercanzie, ec. sono assolutamente incapaci di propagare il cholera morbus [...]. Qualche volta è avvenuto che un individuo attaccato dalla malattia l'ha propagata in tutt'i membri della sua famiglia; altre volte, nelle stesse circostanze, questa propagazione non ha avuto luogo. [Quindi] il cholera morbus non è una malattia pestilenziale [...]. Non è contagioso né immediatamente, né mediamente. Esiste un germe, un miasma di colera il quale si trova nell'eman-

zioni del malato, nella sua atmosfera. [...] Una disposizione particolare è assolutamente necessaria acciò il miasma del colera possa svilupparsi in un individuo» (De Renzi, 1831, pp. 49-51). A conferma di questa tesi i tanti casi di medici e congiunti non attaccati dal morbo e quelli in cui sia stato provocato dalla vicinanza con una latrina o con «cattiv'aria» o «torbide acque» (De Renzi, 1831, p. 54). Una opinione che media tra le due posizioni vuole che «cominciato il male epidemico, ossia per ragioni atmosferiche, o cosmiche, e pervenuto poi al suo grado d'intensità assume poi il carattere di contagioso». Non mancano pareri bizzarri: ad esempio di chi individua l'origine in una particolare «specie di riso» (De Renzi, 1831, p. 60) o, ai tropici, «nell'alterata relazione tra la funzione della cute e della secrezione della bile» (De Renzi, 1831, p. 62). Di fronte a tante convinzioni, De Renzi preferisce non prendere posizione e dedicare il resto dell'articolo ai sintomi e ai metodi curativi descritti dai medici che hanno incontrato la malattia. Conclude con una frase a favore dell'isolamento dei malati: «Le contumacie, il sequestro degl'infermi, ed i cordoni sono i mezzi da adoperarsi in grande per salvare un'intera regione, ma se essi non sono severi, esatti, e strettissimi sono elusi dal morbo» (De Renzi, 1831, p. 96).

Se De Renzi ammette senza problemi la sua ignoranza sul colera, non sempre si comportano allo stesso modo alcuni degli altri autori di trattatelli editi a Napoli nel 1831. Due pretendono di partecipare ad una sorta di concorso internazionale indetto sul finire del 1830 dallo zar Nicola per avere lumi sul colera che aveva sconvolto la Russia (e poi ucciso tra gli altri, nel giugno 1831, suo fratello Kostantin, viceré in Polonia). Si tratta di Vincenzo Raho (1831)¹¹ e di un medico anonimo (che si firma alla fine del testo P.G. (*Trattato del cholera morbo*, 1831). Quest'ultimo così spiega le ragioni dell'appello internazionale dello zar: «L'Imperial Governo di Russia, non contento di ciò che trovasi registralo ne' libri sul Colèra Morbo, sollecito del bene degli amatissimi sudditi e di tutta la specie umana, invita i medici delle colte Nazioni ad inviargli de' Trattati, per

11. L'anno successivo uscirà un suo aggiornamento, Raho (1832).

quanto puossi, esatti e completi di tal malattia; la quale, dopo aver devastata la più gran parte dell'Asia, è comparsa, inferocisce e si estende in molte Provincie di detto Impero, e soprattutto nella sempre memoranda Mosca, minacciando la intera Europa» (*Trattato del cholera morbo*, 1831, p. 3). Tuttavia, la sua stringata trattazione è di scarso valore; non è affatto esatta e completa, né avrebbe potuto essere altrimenti. Per quanto riguarda il quesito sulla natura del colera, l'anonimo autore la considera «patentemente contagiosa» (*Trattato del cholera morbo*, 1831, p. 19).

Non è dello stesso avviso Vincenzo Raho, un medico foggiano che ha studiato a Bologna e Pavia; il suo trattatello risente della impostazione anti-empirista basata sulle teorie di Brown e di conseguenza sulla negazione della contagiosità: «il cholera-morbus vien propagato da cagioni comuni ed universali anziché diffondersi pel contatto scambievolmente degli individui» (Raho, 1831, p. 101). Scrive in merito Gianni Iacovelli: Raho «sosteneva che la forma attuale di colera costituiva "l'espressione più alta" di una comune dissenteria, che aveva andamento stagionale e non era per niente contagiosa. La qual cosa fu clamorosamente smentita, quando il colera, qualche anno più tardi, colpì l'Italia Meridionale e si affacciò per la prima volta sulle coste pugliesi» (Iacovelli, 1998, p. 242), ovvero proprio nell'area in cui Raho esercitava la professione medica.

Seguono l'orientamento teorico di Raho i medici Luigi Agresti e Luigi Salati. Il primo, che lavora a Gaeta, tratta prevalentemente delle malattie acute, attribuendole alla eccitabilità e alle predisposizioni dei pazienti; in questo quadro inserisce poche pagine molto generiche sul colera (Agresti, 1831). Il secondo, che si definisce «Dottore in medicina, socio corrispondente della società economica di Principato Ulteriore, e custode della Real Biblioteca Borbonica», autore di una trattazione molto prolissa, piena di lunghe e inutili citazioni, pare non negare il contagio, ma ritiene determinante «l'evaporazione miasmatica» estiva (Salati, 1831; 1838)¹². Un orien-

12. L'edizione del 1838, rispetto a quella del 1831 è «accresciuta dalla storia di questo morbo e dalle osservazioni dell'A. fatte in Napoli nella ricorrenza dello stesso, non che dalla costituzione epidemica della febbre catarrale, che vi si compicò».

tamento decisamente “contagiosista” è quello di Benedetto Tennaro, un giovane medico napoletano che ripercorre il noto itinerario del colera fino alla Russia, e ritiene che «debbe assolutamente dipendere dal contagio» (Tennaro, 1831).

L'ultima pubblicazione medica è un opuscolo di 16 pagine in cui Antonino Parisi ammette che non è possibile avere nessuna conoscenza diretta sulla malattia: «Il decidere della natura di una malattia senza averla veduta, sarebbe un deciderne per sistema, o per prevenzione. La vera bussola del medico saggio è il letto dell'infermo; ivi dev'egli acquistar la conoscenza del morbo e delle armi con cui vuol esser debellato» (Parisi, 1831, pp. 4-5). Perciò preferisce fornire dei suggerimenti di prevenzione, basati sull'igiene personale e ambientale e sulla corretta nutrizione. Occorre quindi: vietare «rigorosamente che si tenessero raccolte delle immondezze di qualunque sorte nelle strade; [...] curare] la nettezza [...] negli spedali, nelle carceri, negli asili della mendicità; [...] vietare la vendita] de' commestibili smaccati, o che incominciano a putrefarsi; [...] vigilare] sopra quei luoghi ove si tengono rinchiusi degli animali domestici» (Parisi, 1831, pp. 9-11). Ed ancora «conservar la nettezza nelle proprie case; respirare un'aria buona; rinnovarla bene spesso. [...] Conservar la nettezza del proprio corpo; cambiarsi spesso di biancherie; [...] nutrirsi di cibi freschi, [...] evitare] sostanze animali rancide», liquori, «intingoli» e aromi (Parisi, 1831, pp. 12-13).

Nel 1832 i medici napoletani continuano ad occuparsi del colera, impegnandosi innanzitutto nella traduzione di opere straniere. D'altra parte, già nell'anno precedente era apparsa un'edizione di scritti pubblicati nell'Impero austriaco, in Svizzera, Inghilterra o in altri stati italiani (Notizie memorie ed istruzioni, 1831). Così nel 1832 Luigi Gargani, medico degli Incurabili, traduce le lezioni del famoso medico parigino François Joseph Victor Broussais, che nega la contagiosità della malattia e propone un metodo di cura da lui chiamato fisiologico, basato anche sull'uso delle sanguisughe (Broussais, 1832)¹³. Lo stesso anno vengono stampate le tradu-

13. Altre traduzioni escono in questo stesso anno a Firenze, Milano e Pavia). Tuttavia, alla prova dei fatti il suo metodo di cura fu un fallimento e non salvò dal decesso molti

zioni del metodo omeopatico di Hanhemann e Schmit, già edito a Lucca nel 1831, delle osservazioni sul colera del farmacologo austriaco Carl Constantin Haberle, delle istruzioni popolari formulate da vari medici francesi e dalla Commissione centrale di sanità di Parigi (Hahnemann-Schmit 1832; Haberle 1832; Manuale popolare 1832; Istruzione popolare, 1832).

Sono da ricordare poi due trattati esteri, tradotti, commentati e adattati alla situazione napoletana da Vitangelo Morea. Nel primo, dovuto a anonimi medici parigini, a cui Morea aggiunge un lungo rapporto dell'Accademia Reale di Medicina di Parigi (Morea, 1832a)¹⁴, gli interventi del medico pugliese occupano un terzo circa delle 300 pagine e siccome egli contrasta molte posizioni francesi la loro traduzione è quasi un pretesto per affermare le sue idee sul colera. Rispetto al tema della contagiosità, Morea avversa con decisione la posizione neutra dei medici francesi: «gli epidemisti attribuiscono il cholera ad un'alterazione dell'aria. La quale non possono provare; e li contagioisti non dimostrano meglio la esistenza delli germi, che dicono di trasmettersi» (Morea, 1832a, p. 49). Tuttavia, per Morea il colera è contagioso, lo prova «l'attacco di un grande numero di persone in età, in sesso, in temperamento, in condizioni, ed in ogni altra circostanza (cominciando dai luoghi) diversi (Morea, 1832a, p. 243). [...] Il contatto dei mobili, o delle persone trasmette il contagio, non l'aria: a meno che non si tratti di aria rarefatta, o rinchiusa in luoghi angusti, dove vi sono contagiati» (Morea, 1832a, p. 244). La posizione avversa dell'epidemia gli sembra senza senso: «Perché cercare cose difficili od ignote nell'aria, e non riconoscere il facile nel contagio? (Morea, 1832a, p. 245) [...] Il più prudente partito si è dunque di credere ai fatti del contagio, e non

malati, tra cui il primo ministro francese Périer, morto il 16 maggio 1832. Esattamente un mese prima era morto di colera a Parigi l'ambasciatore napoletano Fabrizio Ruffo di Castelcicala.

14. Nel frontespizio l'autore si dichiara «dott. di filosofia e medicina della F.M. di Pavia, socio ordinario della società economica di Terra di Bari, corrispondente della R. Accademia medica di Palermo, dell'Accademia R. delle Scienze di Napoli, della I e R. Accademia economico-agraria de' Georgofili di Firenze, membro della F.M. del Supremo Magistrato di sanità di Napoli». Analoga a questa pubblicazione è l'altra, Morea (1832, b), basata sulla traduzione di testi inglesi.

di tenersi alla definizione della epidemia, che tutto al più crediamo non ispiegare nulla (Morea, 1832a, p. 247) [...] Il cholera morbo è un contagio che viaggia per mare e per terra, non già per aria» (Morea, 1832a, p. 250). Perciò bisogna prevenirlo con decisi cordoni sanitari, sul tipo di quelli adoperati nella peste di Noja del 1815-16, da lui vissuta in prima persona; grazie al ferreo isolamento della cittadina pugliese la terribile malattia non si era propagata¹⁵.

Anche le altre principali opere mediche napoletane del 1832 sono sostenitrici della contagiosità del colera e della necessità della quarantena. Marzio Giordano, «membro del Real Collegio di Chirurgia di Londra», nota che «il primo apparire ha sempre luogo in qualche gran città commerciale dove grandi sono le comunicazioni» (Giordano, 1832, p. 6). Ovunque vi sono stati casi di elusione della quarantena da parte di marinai o viaggiatori. In particolare, rimarca quindi che «l'inefficacia dei cordoni sanitarij in Prussia, Russia ec. devesi attribuire alla negligenza colla quale sono stati osservati» (Giordano, 1832, p. 7. Quindi «utilissime anzi assolutamente necessarie sono le precauzioni sanitarie, [...] da osservarsi [...] con la massima severità, [...] pericolosa anzi imprudentissima devesi riguardare ogni comunicazione diretta con un luogo infetto. Assolutamente necessarie sono le lunghe quarantine da farsi sempre in luogo distante e remoto. E col quale sia interrotto ogni comunicazione» (Giordano, 1832, p. 8). D'altro canto – afferma Gaetano Gugliotti – «che il Cholera-Morbus vero specifico e genuino, sia prodotto da cagione contagiosa, è una teorica [...] sulla quale più non ne dubitano quasi tutt'imigliori Osservatori» (Gugliotti, 1832, p. 52). De Filippis dal canto suo conferma che il colera «può comunicarsi per contatto, non per mezzo dell'aria [...] e che] furon preservati dal morbo coloro che si separarono dai contagiati» (De Filippis, 1832, p. 18).

Non si pronuncia invece per l'una o l'altra teoria Carlo Salvia con un trattatello molto documentato, pieno di riferimenti ai medici dell'antichità

15. La peste, proveniente dalla Dalmazia, era scoppiata alla fine di dicembre 1815 ed aveva cessato di infuriare a inizio giugno 1816. Un terzo della popolazione era stato colpito e un sesto era deceduto. Si vedano Morea (1817); Tagarelli (1934).

e ai coevi francesi e tedeschi. Dotato di un pronunciato spirito critico, ma senza poter apportare, come tutti i napoletani, deduzioni provenienti da una osservazione diretta della malattia, cerca soluzioni «tra gli anfratti delle opinioni». Condanna nettamente il salasso, che «spinge più sollecitamente alla tomba» e considera tanti rimedi non efficaci: «non vomitivi, non astringenti, non oppiati, non sudoriferi, non rimedi specifici» (Salvia, 1832, pp. 34-35). La chiave, a suo avviso, consiste nell'aggredire la malattia subito dopo la sua comparsa, somministrando brodo di pollo allungato con acqua, bagni caldi, senapismi, immersioni fredde. Si potrebbe considerare quasi una intuizione sull'importanza di reimmettere i liquidi nel coleroso?

Una decisa posizione contro la contagiosità del colera è presa da Leonardo Barraco, medico inviato dal re a Parigi nel 1832, su proposta del conte di Siracusa: condividendo le posizioni di alcuni medici russi e francesi egli considera il colera epidemico, come scrive già nel frontespizio della sua relazione data alle stampe solo nel 1834. Si propone così di «allontanare dalle deboli menti quel vano timore predicato dai contagionisti» (Barraco, 1834, p. 9).

2. I ciarlatani

Accanto ai medici scrivono di colera in questi due anni alcuni «pretesi dilettanti della medicina» (come li chiama De Filippis). Tra essi possiamo inserire anche un fine giurista come Pasquale Borrelli, presidente del Parlamento napoletano nell'ottimestre costituzionale del 1820-21, che però aveva al suo attivo giovanili studi medici; il suo intervento è finalizzato ad indicare i provvedimenti che lo stato deve prendere per contrastare la sua diffusione (Borrelli, 1832). Un vero e proprio atto di ciarlataneria è l'opuscolo di Nicola De Jacobis che indica come cura migliore contro il colera la drastica riduzione delle ore di sonno: bisogna dormire poco, massimo quattro ore per notte, come facevano uomini illustri del passato, tra cui Seneca, Confucio, Alessandro, Giulio Cesare, Aristotele e tanti altri; bisogna anche mangiare e bere poco, stare allegri, anche dopo aver contratto

la malattia. Quasi per giustificare il suo libello ecco un giudizio irriverente sui medici, «troppo deboli Campioni nel presente arringo, per nostra sventura, il loro valore è pressoché nullo» (De Jacobis, 1832, p. 22). La cosa più interessante di questo scritto è la previsione sull'inevitabile arrivo del colera: «la bella Italia debbe dunque prepararsi pel suo ricevimento», come è avvenuto «in altre non meno avvedute nazioni: esse ad onta della più scrupolosa vigilanza, non han potuto preservarsi dal soffio pestilenziale» (De Jacobis, 1832, p. 3). Di segno diverso è l'interessante testimonianza di Domenico Mercurio che ha conosciuto il colera o le altre malattie epidemiche dalla peste alla febbre gialla, nei suoi viaggi «in Malaga, in Gibilterra, in Malta, in Costantinopoli, ed altri luoghi del Levante, non che in Marocco» (Mercurio, 1831, pp. V-VI). Per evitare di contagiarsi bisogna comportarsi con il colera come con la peste: evitare i contatti (anche in Chiesa), puntare molto sull'igiene personale e ambientale.

Il quadro degli scritti sul colera in questi due anni è completato da alcune opere assai modeste, molto poco informate, che si rifanno per lo più ai medici dell'antichità (ad esempio Galeno e Areteo) e finiscono col fare affermazioni del tutto campate in aria, come individuare la «cagion prossima» del colera nel «materiale caustico soggiornante nella tela nervosa dello stomaco» (Acquista, 1831, p. 18)¹⁶.

3. *La satira*

Di fronte a questa così ampia, variegata e spesso incoerente messe di interventi al giovane Vincenzo Moreno, un avvocato ed economista che poi farà una importante carriera, pur in una vita molto breve (Giucci, 1845, pp. 390-392; Doria, 1907)¹⁷, non resta che metterla in burla. Nel 1831, a soli 22 anni d'età, aveva già pubblicato una versione burlesca in versi del Don Chisciotte (Moreno, 1831); l'anno successivo scrive un an-

16. Un giudizio analogo possiamo dare anche a Miraglia (1831) e a Capozzi (1831).

17. Le sue opere principali saranno Moreno (1843, 1845 e 1851).

cora più burlesco *pamphlet* sul colera, ma non lo firma e ricorre all'anagramma del suo nome e cognome: Enrico Minzovenò. Il frontespizio fa già intravedere che si tratta di uno scherzo: «Compendio / delle migliori memorie / sul morbo indaco / Cholera-Morbus / arricchito di vignette, figure, indici generali, lettera dedicatoria, sonetti in lode dell'Autore, estratti di giornali italiani e stranieri ecc. / nel quale si tratta / 1° Della natura dei triangoli, / 2° dei giudizi contumaciali. / prima tentazione letteraria / di Enrico Minzovenò / autore di molte dotte opere. / In questo paese / Da me stampato / In questo anno corrente» (sappiamo che è del 1832 dalla segnalazione apparsa sulla stampa dell'anno). Inutile dire che quasi tutte le "promesse" fatte nel frontespizio non sono mantenute: il testo non contiene analisi dei triangoli o dei giudizi contumaciali, né memorie estratte da giornali italiani o stranieri. L'intenzione è palesemente caricaturale nei confronti degli scrittori sul colera e non a caso a pagina 5, riporta la radicale già ricordata critica di De Filippis a questi medici. Poi ecco le prime pagine su Minzovenò, con un sonetto, un madrigale, una iscrizione «del famoso Lapideo misologico», un «Pitaffio / Alla orrevolissima nomèa / di Arrigo Minzovenò / Immoritojo medicastronzolo», un «epigramma pancreaticum», false recensioni su di lui in francese e in inglese e alla fine di questa parte un sarcastico «Avviso importante. Del cholera nessuno sa niente. Neppure io. La medicina nessuno la sa; solamente io. Rimedii non ce ne sono. Io dico quali sono. La bugia è lunga vestita di panno verde. Io non dico bugie. Se questo libro incontra, io poi stamperò sette volumi in foglio» (Minzovenò, 1832, pp. 5-8). Seguono: una falsa prefazione dell'editore, in cui si dice che Minzovenò «nacque in Francia nel giorno 12 marzo dell'anno 1778 ad ore 23. Il suo vero nome fu Cristobùlo» (Minzovenò, 1832, p. 9); una lunga introduzione de «L'autore a chi legge», che contiene affermazioni come questa: «Gli estremi si toccano; dunque tutto e niente sono lo stesso, e chi sa tutto non sa niente, e chi non sa niente sa tutto. E perciò tanti che son chiamati dotti sono asini, e tanti che sono chiamati asini, sono dotti; perché asino e dotto è lo stesso. E perché? Perché gli estremi si toccano» (Minzovenò, 1832, p. 11).

Questa parte introduttiva del libretto è completata da scherzosi «assiomi» (tra cui: «l'ammalato ha bisogno del medico [...] Il medico deve essere pagato o dall'ammalato o dagli eredi» (Minzovenò, 1832, p. 13), da scherzose «definizioni» (ad esempio: «l'infiammazione è quella cosa che infiamma senza legna») e da «spiegazioni etimologico-teorico-critico-necessarie» di sette parole: cholera, origine, cura profilattica, terapeutica, medicamento, antisettico e «alessifarmaco». Qui l'autore si diverte a scomporre le parole per pervenire a significati del tutto campati in aria; come nel caso di medicamento: «è composto dalle due *medica*, e *mento* perché il medicamento deve passare per vicinio al mento dell'ammalato per entrare in bocca» (Minzovenò, 1832, p. 15). A questo punto, dopo aver dedicato 15 pagine delle 44 complessive a introdurre farsescamente l'argomento colera, si dedica ad una trattazione sistematica del tema, dividendolo in quattro capitoletti. Ma naturalmente non abbandona l'intento satirico, la critica verso la medicina e verso l'eccesso di attenzione sul colera, inventandosi i numeri: «del Cholera non se ne sa niente affatto. Il che si può provare da ciò, che si sono scritte sopra questo morbo 329 opere in Francia 64 in Italia, 1340 in Inghilterra, 38 in Germania, 57 in Russia, 2 in Grecia ed altre in altri paesi, e gli scrittori hanno conchiuso che ne sapevano meno de' lettori» (Minzovenò, 1832, pp. 23-24). Egli, quindi, mette in ridicolo i «dotti che hanno parlato della malattia senza neppure vedere un solo malato. E questi hanno fatto meglio perché / Sol chi sa che nulla sa / ne sa più di chi ne sa» (Minzovenò, 1832, p. 28).

A suo avviso sette sono le «cose che danno origine al Cholera: mangiare, bere, disposizione, giocare al lotto, «falsificare polizze, carte bancali ec.», camminare, «la settima cagione del Cholera non si può dire, perché è indecente, ed io sono medico pulito, e nei miei libri di medicina non si leggono le parole *feccia*, *evacuazione*, *orina* ec.» (Minzovenò, 1832, p. 21). Per avvalorare questa gran quantità di facezie nel testo vengono inserite decine di note con altrettanti falsi riferimenti alla letteratura greca o latina e a quella italiana, da Tasso a Foscolo. Tutto falso naturalmente come ad esempio Foscolo da cui trae l'asserzione che «camminare fa cadere, il cadere fa venire dolore alle anche, questo dolore offende le midolle, queste

midolle fanno il Cholera» (Minzovenò, 1832, p. 21) Contro la malattia non propone cure: è meglio non evitare il colera, perché, come dice Plauto, «non può godere del bene chi prima non soffre con fortezza il male» (Minzovenò, 1832, p. 23). Se lo si vuole evitare non si deve mangiare, perché «così non si apre la bocca, ed i vermi non entrano». «Questi vermi si annidano nelle sostanze vegetabili, ed animali, e nell'acqua, ed entrano con quelle sostanza nel faringe, e poi innabbissano, e sprofondano nel ventricolo» (Minzovenò, 1832, p. 25). Per evitare il colera «non si deve dormire, perché si deve sempre tenere la bocca chiusa; e perciò non si devono neppure sentire raccontare fatti meravigliosi, che fanno restare con la bocca aperta» (Minzovenò, 1832, p. 26).

A questo punto l'autore prende in giro la medicina omeopatica e quella allopatrica mettendole scherzosamente a confronto. Ad esempio, dice che un «rimedio, secondo gli Omiopatici, è il dare all'ammalato fortissimi colpi di bastone sulla pancia, perché i Cholerici hanno i visceri addolorati, ed il dolore si medica col dolore. Secondo gli Allopatrici, si debbono dare ai Cholerici le più squisite vivande perché il dolore si medica col piacere» (Minzovenò, 1832, p. 32). In realtà invece «il Cholera si guarisce per *Abra-cadabra*, e colle parole *Daries Dardaries Astataries*. [...] Poi bisogna due anni prima di venire la malattia prendere un buon purgativo, che secondo gli *Omiopatici* deve essere poco e buono, e secondo gli *Allopatrici* molto e cattivo» (Minzovenò, 1832, pp. 31-32). Avere trattato a modo suo il colera non ferma Moreno, che inserisce nella conclusione «una canzoncina pel giorno in cui sarà finito il Cholera, che deve essere il 4 maggio, perché allora in Napoli finisce l'affitto delle case» (Minzovenò, 1832, p. 35). Perciò ecco una parodia del «5 maggio» di Manzoni, in cui il protagonista non è Napoleone, ma il colera. Seguono diverse pagine finali con altre facezie, tra cui la seguente confessione: «L'autore si protesta che di quanto scritto in questo libro non ne sa niente, perché esso è stato fatto da un falsario scellerato indegno» (Minzovenò, 1832, p. 42).

Con questa operazione metaletteraria si chiude un biennio, il primo degli anni Trenta, caratterizzato da un'attenzione ossessiva verso il colera; nel successivo biennio – come già rilevato – le pubblicazioni sul tema sa-

ranno solo sei, di cui almeno quattro riconducibili al 1832¹⁸. Non sapremo mai se i medici smettono di occuparsene per evitare le critiche e l'ironia di un Minzovenò, oppure perché la malattia è lontana e potrebbe non arrivare proprio a Napoli. Le pubblicazioni sul colera riprenderanno nel 1835 e poi in modo massiccio nei due anni successivi, quando il colera sconvolgerà la città. Ma questa è un'altra storia.

Bibliografia

- ACQUISTA S., *Del cholera-morbus. Cenno storico profilattico sintomo terapeutico*, Napoli, Torchi di Raffaele Miranda, 1831.
- AGRESTI L., *Teoria delle malattie acute applicate al colera sviluppato nella Russia*, Napoli, Stamperia di Gaetano Ferraro, 1831.
- BARRACO L., *Cenni sul cholera-morbus epidemico osservato in Parigi l'anno 1832*, Napoli, Tipografia del Reale Albergo de' Poveri, 1834.
- BORRELLI P., *L'anti-cholera o sia soluzione de' problemi più importanti relativi al colera asiatico*, Napoli, Stamperia e cartiera del Fibreno, 1832.
- BOTTI G., "Da ospedale ricovero a ospedale clinico: il Collegio Medico Cerusico degli Incurabili di Napoli", BOTTI G. ed Altri (a cura di), *Povertà e beneficenza tra Rivoluzione e Restaurazione*, Napoli, Morano, 1990, pp. 239-257.
- BROUSSAIS F.J.V., *Lezioni sul cholera morbus*, Napoli, Tramater, 1832.
- CAPOZZI P., *Sulla sede, causa prossima e trattamento curativo del cholera-morbus*, Napoli, Torchi del Tramater, 1831.
- CAPPELLETTI V. - DI TROCCHIO F., "De Renzi, Salvatore", *Dizionario Biografico degli italiani*, vol. 39, Roma, Enciclopedia italiana, 1991.
- CONSIGLIO SANITARIO presso la Direzione generale degli ospedali militari di terra, *Istruzione pratica profilattica e terapeutica sul cholera-morbus asiatico*, Napoli, Torchi dell'Osservatore medico, 1832.
- DE FILIPPIS P., *Memoria sul colera-morbo*, Napoli, Stamperia e cartiera del Fibreno, 1832.
- DE FILIPPIS P., *Memoria sul colera-morbo osservato in Francia nel 1832 per commissione speciale del governo di Napoli*, Napoli, Stamperia Tramater, 1833.
- DE JACOBIS N., *Preservativo del Cholera-morbus*, Napoli, presso la vedova di Reale e figli, 1832.
- DE RENZI S., *Osservazioni sulla topografia medica del Regno di Napoli*, 5 voll., Napoli, Stamperia della Società Tipografica, 1828.
- DE RENZI S., *Notizie varie del cholera-morbus delle Indie. Estratte da' giornali e dalle relazioni mediche per uso anche dei non-medici*, Napoli, Tipografia del Filiatre-Sebezio, 1831 (anonimo ma attribuibile a De Renzi).
- DE RENZI S., *Relazione statistica e clinica degl'infermi di colera morbo trattati nell'ospedale di S. Maria di Loreto. Contenente la diagnosi, il prognostico, la cura, le note cadaveriche, ec. rilevate in quest'ospedale, e preceduta da un sunto storico dell'epidemia di colera della città di Napoli*, Napoli, Tipografia del Filiatre-Sebezio, 1837.

18. Oltre ai già segnalati, De Filippis (1833) e Barraco (1834), sono frutto di ricognizioni sul colera parigino anche Licci (1833) e Panvini (1834).

- DE RENZI S., *Intorno alla medicina ippocratica e allo spirito di essa conservatosi sempre in Italia*, Napoli, Tipografia del Filiatre-Sebezio, 1843.
- DE RENZI S., *Intorno al colera di Napoli dell'anno 1854. Relazione della facoltà medica al soprintendente generale ed al supremo magistrato di salute*, Napoli, Tipografia del Filiatre-Sebezio, 1855.
- DE RENZI S., *Storia della medicina in Italia*, 5 voll., Napoli, Tipografia del Filiatre-Sebezio, 1845-48.
- DE RENZI S., *Storia documentata della scuola medica di Salerno*, Napoli, G. Nobile, 1857.
- DORIA G., *Vincenzo Moreno (1809-1852)*, Napoli, Luigi Pierro e figlio, 1907.
- FORTI MESSINA A.L., "L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera", *Storia d'Italia. Annali* 7, *Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984.
- FORTI MESSINA A.L., *Società ed Epidemia. Il colera a Napoli nel 1836*, Milano, Franco Angeli, 1979.
- FRANCO S., "Le epidemie di colera in Campania", TAGARELLI A. - PIRO A. (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, vol. II, Mangone, Istituto di Scienze Neurologiche - CNR, 2002, pp. 545-567.
- GIORDANO M., *Osservazioni sul cholera morbus*, Napoli, dai Torchii di S. Giordano, 1832.
- GIUCCCI G., *Degli scienziati italiani formanti parte del VII congresso in Napoli nell'autunno del MCCCCXLV. Notizie biografiche*, Napoli, Tipografia parigina di A. Lebon, 1845.
- GUGLIOTTI G., *Sul cholera morbus. Considerazioni teorico-pratiche*, Napoli, Tipografia di Gaetano Gentile, 1832.
- HABERLE C.C., *Metodo efficace di medicare il cholera morbus in tutt'i suoi gradi per preservarne le persone sane e gli assistenti gl'infermi*, Napoli, Tipografia de' Fratelli Rusconi, 1832.
- HAHNEMANN S. - SCHMIT A., *Metodo pronto e sicuro di curare il cholera asiatico. Comentarîi*, Napoli, Tipografia del Reale Albergo de' poveri, 1832.
- IACOVELLI G., "Medicina e società in Capitanata dal '700 all'unità d'Italia", *16° convegno nazionale sulla Preistoria - Protostoria - Storia della Daunia*, San Severo, s.e., 1998, pp. 231-247.
- IERACE BIO A., "Il Filiatre Sebezio. Giornale delle Scienze mediche", GARZYA A. (a cura di), *Le riviste a Napoli dal XVIII secolo al primo Novecento*, Napoli, Accademia Pontaniana, 2009, pp. 193-218.
- ISTRUZIONE POPOLARE *sui principali mezzi da porsi in opera per garentirsi dal cholera morbus e sul metodo da tenersi allorché questa malattia siasi manifestata. Con un'appendice sui segni forieri del cholera, e sui rimedi sperimentati ultimamente in Parigi più efficaci per la sua cura. Raccolta da' varii giornali francesi e recata in italiano da Giuseppe Spedalieri*, Napoli, Torchii del Tramater, 1832.
- LEONI F., *Il colera nell'Italia meridionale (1836-1837)*, Roma, Editrice Apes, 1990.
- LICCI D., *Metodo curativo del cholera-morbus eseguito con felice successo in Francia*, Napoli, Gabinetto bibliografico e tipografico, 1833.
- MANUALE POPOLARE *de' mezzi preservativi e curativi del cholera-morbus indiano da potersi praticare da ogni persona senza l'assistenza di medico. Estratto dalle opere di Moreau-de-Jonnes, Keraudren, Deville, Robert, Lind, Delpêche, Brere-de-Boismont, Buniva ec. e dal Journal spécial du cholera-morbus che si pubblica in Parigi dal dottor P.P.*, Napoli, a spese del Nuovo Gabinetto letterario, 1832.
- MERCURIO D., *Il Viaggiatore. Trattato pratico istruttivo delle varie specie del morbo contagioso, conosciuto sotto tre denominazioni peste levantina, febbre gialla, e cholera-morbus, de'suoi sintomi, e de' sicuri mezzi onde preservarsene*, Napoli, presso Carlo Cataneo, 1831.
- MINZOVENO E., *Compendio delle migliori memorie sul morbo indaco cholera-morbus. Arricchito di vignette, figure*, Napoli, Stamperia di R. Pierro, 1832.

- MIRAGLIA E., *Animadversiones ac dubia super Russiae cholera*, Neapoli, Franciscus Masi Typographus, 1831.
- MOREA V., *Storia della peste di Noja*, Napoli, Tipografia di Angelo Trani, 1817.
- MOREA V., *Manuale compiuto preservativo e curativo del cholera morbo. Compilato da molti medici dietro la dottrina adottata dall'Accademia di medicina di Parigi. Traduzione dal francese con note di Vitangelo Morea*, Napoli, Reale albergo dei poveri, 1832.
- MOREA V., *Opuscoli esteri sul cholera morbo. Tradotti dall'inglese con aggiunte di Vitangelo Morea*, Napoli, Stamperia e cartiera del Fibreno, 1832.
- MOREAU DE JONNÈS A., *Intorno al cholera-morbus pestilenziale, ai caratteri e fenomeni patologici, mezzi curativi e preservativi di questa malattia, alla sua mortalità al suo modo di propagazione, ed alle sue irruzioni nell'Indostan, Asia orientale, Arcipelago indiano, Arabia, Siria, Persia, Impero russo, Polonia, Prussia, Galizia, Ungheria ed Austria. Traduzione con note del dott. Girolamo Novati, colla carta itineraria del cholera-morbus dalla sua origine nell'Indostan nell'anno 1817 fino a tutto settembre 1831*, Milano, G. Silvestri, 1831.
- MOREAU DE JONNÈS A., *Rapport au Conseil supérieur de santé sur la maladie pestilentielle désignée sous le nom de cholera-morbus de l'Inde et de Syrie*, Paris, Imprimerie royal, 1824.
- MORENO V., *Don Chisciotte della Mancia. Poema epico-burlesco*, Napoli, Carlo Cataneo, 1831.
- MORENO V., *Galateo degli avvocati*, Napoli. s.e., 1843.
- MORENO V., *Lezioni di pubblica economia*, Napoli, Virgilio, 1845.
- MORENO V., *Digesto del diritto civile nuovissimo*, Napoli, A. Perrotti, 1851.
- NOTIZIE MEMORIE ED ISTRUZIONI riguardanti il cholera morbus. *Raccolte dalle opere più accreditate recentemente emanate per cura delle pubbliche autorità estere e da' giornali moderni*, Napoli, Tipografia dentro la Pietà de' Turchini, 1831.
- PANVINI P., *Osservazioni cliniche sul cholera morbus, fatte all'Hotel Dieu di Parigi*, Napoli, Stamperia Filantropica, 1834.
- PARISI A., *Avviso al popolo su' mezzi di preservarsi dal Cholera-morbus*, Napoli, Tipografia Trani, 1831.
- RAHO V., *De cholera-morbo opusculum. Trattato del cholera-morbus. Presentato a S.E. il ministro segretario di Stato degli Affari Esteri nel dì 25 Luglio, e dallo stesso inviato nel dì seguente al celebratissimo consesso medico di Pietroburgo continente La risposta ai quesiti proposti dall'Imperiale Governo Russo giusta il manifesto inserito nel giornale de' 27 Ottobre 1830 [doppia versione di 120 pagine totali in latino e italiano]*, Napoli, Tipografia Trani, 1831.
- RAHO V., *Primo supplimento al trattato del cholera-morbus con breve cenno sul catarro epidemico di Napoli dell'autunno del 1831*, Napoli, Tipografia Trani, 1832.
- RAPPORTO SUL CHOLERA-MORBUS. *Diretto al Supremo Magistrato di Salute di Napoli dalla sua Facoltà Medica*, Napoli, Tipografia di Carlo Cataneo, 1831.
- REGOLAMENTO GENERALE per difendere la città di Napoli dal colera morbo sanzionato da S.M. (D.G.) con sovrana risoluzione degli 8 marzo 1832, Napoli, da' tipi della Real Segreteria e Ministero di Stato degli Affari Interni, 1832.
- SALATI L., *Monografia del Cholera-morbusi*, Napoli, Stamperia e cartiera del Fibreno, 1831.
- SALATI L., *Monografia del Cholera-morbusi*, Napoli, Stamperia e cartiera del Fibreno, 1838.
- SALVIA C., *Indagini sul cholera morbus*, Napoli, Tipografia di Gio Battista Seguin, 1832.
- SPEDALIERI G., *Istruzione popolare sui principali mezzi da porsi in opera per garantirsi dal cholera morbus e sul metodo da tenersi allorché questa malattia siasi manifestata. Con un'appendice sui segni forieri del cholera*, Napoli, Torchi del Tramater, 1832.

SUPREMO MAGISTRATO e Soprintendenza Generale di Salute, *Giornale sanitario sovraneamente disposto contenente le principali notizie, le decisioni di massima emanate dal supremo magistrato di salute di Napoli. onde garantire questi reali domini da cholera-morbus.*, Napoli, Tipografia di Carlo Cataneo, 1831.

TAGARELLI S., *La peste di Noja (1815-1816)*, Noicattaro, V. Fiorentino, 1934.

TENNARO B., *Memoria sul cholera-morbus della Russia*, Napoli, Tipografia di Pasquale Tizano, 1831.

TOGNOTTI E., *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2000.

TRATTATO DEL COLÈRA MORBO. *Rassegnato all'imperial consiglio di medicina in Pietroburgo nella fine dell'anno milleottocentotrenta, in occasione del programma emanato da S.M.I. l'Imperatore di tutte le Russie per la devastante epidemia*, Napoli, Stamperia Reale, 1831.

Résumé

En 1831 et en 1832, face au danger que représente l'épidémie de choléra, qui s'est déjà répandue en Russie, en France et dans l'Empire autrichien (elle ne se manifestera à Naples qu'en 1836), les médecins napolitains publient des dizaines de petits ouvrages et brochures dans lesquels ils analysent la maladie, discutent de sa contagiosité, identifient des mesures préventives même s'ils ne l'ont jamais vue, contrevenant ainsi aux principes d'Hippocrate basés sur l'observation du malade. Un véritable déluge de publications de toutes sortes allant des traductions d'ouvrages étrangers qui décrivent l'évolution du choléra dans les états européens déjà touchés en passant par les témoignages des émissaires napolitains dans les zones gagnées par l'épidémie sans oublier les courts traités publiés par des médecins, plus ou moins compétents, donnant des indications sur les symptômes, le traitement et la prophylaxie à adopter ou bien les analyses simplistes de véritables.

L'ouvrage analyse ces publications et, en conclusion, présente une réflexion satirique, complètement original, qui ridiculise cet avalanche de publications et leurs conclusions.

Mots-clés: choléra, médecins napolitains, charlatans, réflexion satirique.

Resumen

Entre 1831 y 1832, ante el peligro del cólera, que ya había llegado a países como Rusia, Francia y el Imperio austriaco (a Nápoles llegará en el 1836), los médicos napolitanos publicaron varias decenas de cuadernillos y opúsculos donde analizaban la enfermedad, discutían sobre su contagio, identificaban medidas preventivas; si bien nunca la habían visto contraviniendo el juramento hipocrático basado en la observación del enfermo. Una profusión de publicaciones de todo tipo: desde traducciones de obras extranjeras que describían la evolución del cólera en los países europeos ya afectados por la enfermedad, pasando por los testimonios de enviados napolitanos en esas zonas, hasta tratados de médicos de poca monta que contenían indicaciones sobre los síntomas, el tratamiento y la profilaxis a seguir, así como análisis superficiales de auténticos charlatanes. En conclusión, el artículo analiza estas publicaciones presentando una reflexión satírica, hasta ahora inédita, que pone en ridículo tanto esta avalancha de publicaciones como las conclusiones a las que llegaron sus autores.

Palabras clave: cólera, médicos napolitanos, charlatanes, reflexión satírica.

Napoli e il controllo della frontiera marittima al tempo del colera

RAFFAELLA SALVEMINI*

Abstract

Naples and the control of the maritime frontier at the time of cholera (1830-37). How to reconcile the protection of health with the defense of commerce by sea and land, the production of work as well as social, economic and financial balances in times of epidemics? Centuries after the Black Death and cholera epidemics, the current Covid19 pandemic has re-produced coping mechanisms characterized by absence, exclusion, bans on movement and strict border controls and daily rhythms marked by the fear of economic and sanitary collapse. The aim of this paper is to analyze the public health measures adopted in the Kingdom of the Two Sicilies to contain the spread of cholera epidemic in the early nineteenth century, with a specific focus on maritime policies. In particular, it will examine how the Bourbon health legislative plan, initially developed in the mid-eighteenth century and later revised in 1820, influenced practices and trade relations on the maritime border of one of the Italian peninsula's largest states until the national Unification.

Keywords: maritime frontier, trade, cholera epidemics, the Kingdom of the Two Sicilies.

1. Premessa

Come conciliare al tempo delle epidemie la salvaguardia della salute con la difesa del commercio, degli scambi via mare e via terra, della pro-

* Dirigente di ricerca presso l'Istituto di Studi sul Mediterraneo del CNR di Napoli (ISMED, CNR, Napoli), e-mail: raffaella.salvemini@ismed.cnr.it.

duzione, del lavoro, degli equilibri sociali, economici e finanziari? Sono questioni di grande attualità sul tavolo dei governi colpiti dal Covid-19.

Sebbene la globalizzazione e la forte interdipendenza tra gli stati abbiano amplificato gli effetti della crisi sanitaria sulle economie nazionali e reso più problematico e per molti aspetti impossibile l'isolamento, è tuttavia doveroso ricordare che esiste un *file rouge* tra passato e presente negli interventi per contenere i contraccolpi sull'economia al tempo del Covid-19, della peste prima e del colera poi. Fino alla scoperta dell'agente patogeno del colera da parte di Koch nel 1884 e del batterio *Yersinia pestis* nel 1894 da parte di Alexandre Yersin si discusse congiuntamente sull'opportunità e l'efficacia delle misure restrittive come quarantene e cordoni sanitari (Preto, 1988) o sulla prevenzione sanitaria e igienica; sull'adozione delle variabili spazio-temporali e cioè quando, dove e per quanto tempo introdurre i limiti alla circolazione.

Per il Covid-19 siamo ripartiti da alcune di quelle domande e i ritmi della nostra vita quotidiani sono nuovamente scanditi dalla paura combattuta attraverso l'assenza, l'esclusione, divieti alla circolazione e serrati controlli alle frontiere. E se dell'isolamento in case private lontane dai contagi narra anche Boccaccio nel suo *Decameron* trattando della peste nera a Firenze, a Ragusa e Venezia si deve la creazione di luoghi specifici per la quarantena come i lazzaretti di mare per le pratiche di spurgo per uomini e merci "suscettibili" di contagio (Vanzan Marchini, 2004). E mentre pulci e topi, insospettabili vettori della peste continuarono a infestare le navi e le città, il destino dei contagiati dipendeva dai decreti cittadini: si smembravano nuclei familiari con gli infetti trasferiti coattivamente oppure rinchiusi all'interno delle loro case. Si serravano le strade, i porti, le città. A difesa delle frontiere terrestri e di mare furono creati cordoni sanitari affidati a soldati e imbarcazioni che pattugliavano le coste. Si trattò di organizzazioni costose e in molti casi inefficienti, sensibili alla corruzione e incapaci di opporre una valida resistenza al contrabbando e alla frode.

Anche il tracciamento non è un'invenzione contemporanea. Per attraversare la frontiera di terra e di mare erano necessarie attestazioni e bol-

lettini di sanità dove si registrava l'identità, la provenienza degli uomini e dei carichi e la qualità di questi ultimi. Nel caso del porto l'accesso dipendeva dal rilascio dall'ufficio di sanità marittima della libera pratica, una formale attestazione che esiste e regola ancora oggi i traffici via mare (Salvemini, 2009).

Obiettivo di questo intervento è l'analisi delle misure di sanità pubblica e in particolare marittima adottate nel Regno delle Due Sicilie per contenere la diffusione delle epidemie di colera nel primo Ottocento. Partendo dal piano legislativo sanitario borbonico non emergenziale nato alla metà del Settecento e poi rivisto nel 1820 si vedrà quanto e come condizionò pratiche e scambi commerciali alla frontiera marittima di uno dei maggiori stati della penisola italiana fino all'Unità.

2. La frontiera marittima nella legislazione sanitaria borbonica

Pier Carlo Padoan ha commentato per così dire “a caldo” l'eccezionalità della crisi che stiamo vivendo dove per “migliorare i parametri di salute, è stato necessario un deterioramento delle condizioni economiche e viceversa”. Privilegiando le misure di prevenzione e contenimento del virus abbiamo subito gli *shock* negativi sulla domanda e sull'offerta (Pier Carlo Padoan, *Prefazione*, 2020).

Non è mai stato facile bloccare in occasione di epidemie gli scambi via terra e via mare. Si agiva con ampi margini di discrezionalità, tanti erano gli interessi in gioco e le pressioni, anche di segno contrapposto, degli attori pubblici e privati. Ciò premesso sui limiti di un sistema che continuerà a destare preoccupazioni anche a secoli di distanza è bene ricordare che nel Regno di Napoli c'era al tempo degli Aragonesi un servizio di sanità terrestre e marittimo per i controlli alle frontiere (Lopez, 1989).

«Fin dai tempi di Ferdinando I d'Aragona si diede a questa città la cura della general salute. Fin da allora gli Eletti nel loro tribunale spedivano le fedì e patenti per coloro che partivano da questo porto e destina-

vano persone perché assistessero nei luoghi ove le robbe sospette si portavano per far la purga di 40 giorni. Fin da allora insomma era incombenza della città creare tutti i subalterni necessari fra questi i medici» (Archivio di Stato, 496).

Tale servizio sanitario affidato a un magistrato, alle deputazioni di salute, a medici oltre poi a un guardiano del porto, diventò permanente nel Settecento quando con la ripresa dei traffici e degli scambi nel Mediterraneo e nel Regno di Napoli aumentarono i rischi di contagio per la peste nei porti che si confermarono sorvegliati speciali (Restifo, 2005). Fu Carlo di Borbone nel 1734 ad avviare una significativa opera di riorganizzazione del commercio e del traffico via mare. Le condizioni della marineria erano disastrose e, fatta eccezione per il piccolo cabotaggio, la navigazione era affidata quasi per intero alle navi straniere. Si decise dunque di puntare sull'espansione dei traffici senza trascurare l'impegno nel controllo delle frontiere. Una spinta in tale direzione giunse dalla terribile peste che colpì Messina del 1743 cui seguirono la pubblicazione nel 1749 del libro sul *Governo Generale di Sanità del Regno della Sicilia*, (Palermo, 2015, pp. 115-121) e nel 1751 per il resto del regno delle *Istruzioni Generali in materia di sanità* (Salvemini, 2015, p. 89) dove si ribadiva che il primo controllo sulle navi in arrivo nei porti toccava all'ufficio di sanità marittima.

Dopo i Francesi (1806-1815) e la fine del Blocco Continentale il governo borbonico ritornò a sostenere il commercio, la navigazione e la marineria. E poiché la peste continuava a circolare in tutta l'Europa si riaprì l'annosa questione dell'isolamento e delle quarantene e della difficile conciliazione tra la circolazione di merci e uomini da un lato e tutela della salute dall'altra. Nel 1819 fu così redatto il primo Regolamento di sanità pubblica sul funzionamento del servizio sanitario interno e marittimo (Regolamenti Sanitari per lo Regno delle Due Sicilie sanzionati da sua Maestà, 1847). Rispetto al passato il quadro delle funzioni era molto più dettagliato. Fu rivisto l'organigramma carolino e fu creata la figura del Supremo Magistrato di salute pubblica ed una Soprintendenza generale a

Napoli e a Palermo. Il Supremo Magistrato di Sanità con funzioni deliberative era composto da dieci deputati ed un segretario per i *Domini al di qua del Faro* e da sei deputati ed un segretario per la Sicilia. Compito principale dei due Supremi Magistrati era di deliberare su tutte le misure generali che la garanzia della salute pubblica esigeva nelle diverse circostanze. Ogni Soprintendenza generale era composta dal Soprintendente e dal segretario. Loro compito era quello di rendere esecutive le delibere del Supremo Magistrato e di amministrare i fondi destinati alla sicurezza sanitaria. Affiancava il Supremo Magistrato e la Soprintendenza una Facoltà Medica, composta di sei professori di medicina, un professore di chimica ed un architetto. C'erano poi gli Intendenti considerati come i Direttori di tutto il servizio sanitario nelle rispettive province, coerentemente con le disposizioni ricevute dal Supremo Magistrato. E mentre le deputazioni locali erano gli agenti di esecuzione per il servizio sanitario marittimo, gli ufficiali comunali si occupavano del servizio sanitario interno.

Per la sanità marittima si ribadiva la necessità di creare “in tutti i litorali del regno deputazioni di salute” (Regolamento, p. 8). Nel frattempo in base al peso strategico del porto di riferimento le deputazioni di salute furono divise in quattro classi. Alla prima classe appartenevano le deputazioni di Napoli, Palermo, Messina e Siracusa. Oggi tutte queste operazioni sono espletate dagli Uffici di Sanità marittima ubicati nei maggiori scali marittimi italiani e del Mediterraneo e di ogni altro paese marittimo.

Dall'appartenenza alle varie classi dipendevano una serie di interventi. Le deputazioni di prima classe erano le uniche abilitate ad assegnare: 1) la durata delle contumacie; 2) la durata degli espurghi; 3) l'imbarco e lo sbarco da navi in contumacia di generi *suscettibili* e *insuscettibili*. La competenza delle altre deputazioni era sotto la vigilanza dei Supremi Magistrati di Salute (Alibrandi, 2012, pp. 90-94).

Non si trattò tuttavia di una classificazione rigida. La questione dei porti di sanità, soprattutto per quanto concerneva le deputazioni di seconda e terza fascia era estremamente fluida. Del resto, fu la stessa legisla-

Tab. 1 - Deputazioni di salute nei porti del Regno (1820)

I	II (al di qua del Faro)	II (al di là del Faro)	III (al di qua del Faro)	III (al di là del Faro)
Napoli	Manfredonia	Trapani	Castellammare	Marsala
Palermo	Barletta	Augusta	Vietri	Mazzara
Messina	Bari	Catania	Pisciotta	Sciacca
Siracusa	Brindisi	Milazzo	Maratea	Girgenti
			Paola	Licata
			Pizzo	Lipari
			Corigliano	Patti
			Taranto	Cefalù
			Gallipoli	
			Otranto	
			Monopoli	
			Molfetta	
			Trani	
			Vasto	
			Pescare	
			Giulia	
			Gaeta	

Fonte: Regolamento, pp. 7-19

zione a riconoscere la possibilità ai porti, previa approvazione e valutazione delle dotazioni previste, di cambiare classe. Al passaggio di classe ambivano i porti espressione di territori e comunità locali che mal tolleravano l'esclusione da scambi e circuiti commerciali attivati dalle stesse pratiche di sanità marittima (Dell'Osa, 2015, p. 114). La nave ferma in un porto per motivi sanitari attivava un importante circuito di servizi e forniture che si traduceva in vantaggi per gli abitanti del luogo stesso.

La legge del 1819 e il Regolamento del 1820 furono sostanzialmente un *vademecum* di carattere amministrativo sulle tecniche di gestione della sanità pubblica. Centrale il ruolo assunto dal Ministro dell'Interno, nato

nel 1806, affiancato dagli Intendenti, dagli ufficiali sanitari, dai magistrati e soprintendenti tutti di nomina regia e con pieni poteri decisionali. Agli organi tecnico-sanitari venivano attribuite solo funzioni preparatorie o consultive. Netta era la prevalenza del numero dei burocrati e dei tecnici rispetto al personale medico. La facoltà medica, ad esempio, sebbene ammessa a partecipare alle sedute del Magistrato di salute, era un organo che dava solo voto consultivo sui temi ritenuti di sua pertinenza mentre esclusi dal consesso erano l'architetto e il chimico (Regolamenti, p. 184).

I contenuti della riforma della sanità pubblica marittima e terrestre appaiono come il frutto di un lento processo di adattamento del regno alle esigenze di controllare e definire le responsabilità nei due differenti settori. Punto di riferimento importante per la gestione delle emergenze epidemiche sia di peste sia di colera appaiono le norme sul servizio sanitario marittimo. Il Regolamento che comprendeva ben 235 articoli precisava gli obiettivi del servizio di sanità marittima che aveva per oggetto di «vigilare sull'igiene e sulla sanità pubblica, nei porti e sulle navi ancorate nonché sugli arrivi e sulle partenze per via di mare».

3. *Tempi e modalità di controllo nei porti del Regno*

La normativa sul controllo a bordo delle navi non era difforme da quanto stabilito fino all'arrivo dei francesi (Nardone, 2008, p. 39). Immutata era anche la classificazione dei luoghi che in rapporto alla loro vicinanza ai focolai di contagio venivano contrassegnati sulla patente come: *infetti, sospetti, sospesi e liberi*, cui corrispondevano quattro ordini di patenti sanitarie: *sporca, tocca, netta e libera* (Salvemini, 2009, p. 276). Toccava ai Magistrati di Sanità del regno aggiornare la mappa dei luoghi mentre ai Soprintendenti spettava la comunicazione agli Intendenti di Province e Valli responsabili a loro volta dell'invio dell'elenco aggiornato alle deputazioni di salute e alle autorità sanitarie estere.

Le prescrizioni, i divieti e l'elenco dei paesi a rischio di contagio inviato agli uffici di sanità locali, denominati deputazioni di salute, erano oggetto di continue verifiche e aggiornamenti. Tuttavia, per alcuni paesi in

cui la peste era endemica i divieti non registrarono modifiche. Per lungo tempo il regno ma così anche lo Stato Pontificio (Motu Proprio, 1817) negarono l'approdo alle navi in arrivo dall'Egitto e dalle Antille, sedi abituali della peste e della febbre gialla, o dalle coste dell'Africa, del Levante Ottomano che in assenza di servizi sanitari si reputavano luoghi *perpetuamente sospetti*. Colpiti dall'esclusione erano anche i paesi confinanti detti *perpetuamente sospesi* come gli stati della Dalmazia austriaca confinante con i domini ottomani (Regolamento, p. 26).

In effetti Tunisi nel biennio 1818-1820 fu colpita duramente dalla peste. La fragilità del territorio sotto il profilo socio-economico-sanitario e la vicinanza ad Algeri, da cui solitamente arrivava la peste ne favorirono la diffusione (Passeri, 1821; Speziale, 2013, p. 97; Restifo, 2005, pp. 153-159). Solo negli anni Trenta dell'Ottocento, grazie al colera e alla conquista dell'Algeria da parte dei francesi, si arrivò alla rimozione di quelle resistenze opposte agli scambi con un sincretismo tra medicina orientale e occidentale. Per aprirsi ai porti e ai traffici con quei territori fu necessaria un'omologazione sanitaria sotto la stretta sorveglianza degli europei. Nel 1832 nacque così ad Alessandria la Commissione consolare di sanità pubblica composta dai consoli di Austria, Inghilterra, Francia, Russia e Svezia che avrebbero dovuto affrontare il tema delle contumacie dei bastimenti. Nel 1838 toccò a Costantinopoli attivare un piano sanitario (De Giaxa, 1879).

In assenza di notizie certe sullo *spillover* la battaglia per la tutela della salute e del commercio puntava sullo spurgo di generi caricati sulle navi e classificati a seconda della pericolosità in *suscettibili*, *per accidenti insuscettibili* e *insuscettibili*. Si trattava di un lungo elenco con generi già presenti al tempo della peste del 1656 che inseriva per la prima volta l'uomo (Regolamento, pp. 27-28).

Per il controllo dell'identità e delle condizioni di salute dell'equipaggio e dei passeggeri si faceva riferimento alla patente, al costituito e alla visita.

La patente era un documento che accompagnava la nave rilasciato dalle autorità sanitarie, soprintendenze, deputazioni di salute ai capitani o padroni di bastimenti quando lasciavano un porto. Come il passaporto e

Tab. 2 - Tempi della contumacia art. 50 del regolamento 1820

Condizione luoghi di provenienza dei legni	Durata della contumacia
Sospesi	Dai 14 ai 21 giorni
Sospetti	Dai 21 ai 40 giorni
Mari soggetti a riserve	Dai 7 ai 21 giorni
Altri	Da stabilire

Fonte: Regolamento, pp. 7-19

i lasciassero erano certificazioni collettive dove bisognava indicare: nome, cognome, patria, statura e “pelo” dell’equipaggio e dei passeggeri sia servitori sia parenti. Il costituito era un atto legale giurato e sottoscritto dal capitano o padrone del bastimento. Si presentava sotto forma di domande e risposte. Naturalmente le informazioni contenute nel costituito dovevano coincidere con i fatti indicati nella patente e nella visita realizzata dai deputati della salute e dal capitano del porto.

Qualora fossero stati riscontrati dei motivi sanitari le navi giunte nel porto potevano poi essere sottoposte a: rifiuto, contumacia, espurgo, pratica e misure straordinarie in caso di peste. La contumacia toccava a coloro che per ragione dei “luoghi” o dei “mari” si temeva avessero contratto la malattia. Aveva una durata variabile e a seconda della gravità partiva da sette giorni fino ai 40 giorni da effettuare a bordo o nel lazzaretto. In effetti questo lasso di tempo era abbastanza flessibile e si poteva anche stabilire un tempo inferiore o superiore.

Il rifiuto poteva scattare per la deficienza, difformità o incongruenza delle attestazioni richieste ma soprattutto per la presenza della peste a bordo. L'imbarcazione a quel punto veniva scortata in un “lazzaretto a peste” che Napoli non aveva. Nel caso fosse danneggiata e impossibilitata a riprendere la navigazione o fosse sprovvista di viveri se ne garantiva l’assistenza.

Nel Regolamento del 1820 si ricordava che il lazzaretto napoletano era semplicemente di “osservazione” e non aveva quelle caratteristiche “a peste” presenti a Livorno, Genova, Marsiglia, Venezia. Eppure, sin dal Settecento si discuteva sulla necessità di intensificare gli scambi con la Sublime Porta (Restifo, 2005, p. 13) e di riprogettare un lazzaretto più sicuro

a Nisida per intercettare quel traffico prezioso di merci seppure “pericoloso” che arrivava da Levante dirottato in strutture più idonee ad accogliere tali navi. «S’egli giova aprire ne’ porti i più efficaci sbocchi allo scambio delle derrate, conviene pur chiudere l’adito alle più perniciose influenze che ne potrebbero venire alla pubblica salute colle merci o colle persone (Annali Civili, 140)». Il piano per Nisida fu ripreso più volte, con scarsi risultati al tempo dei francesi prima con Murat e poi con la Restaurazione quando si ipotizzò un trasferimento del polo sanitario a Pozzuoli con la costruzione di magazzini per lo stoccaggio delle merci unitamente ad un lazzeretto di «osservazione» e «sporco» a Miseno e un porto franco a Nisida (Buccaro, 1992, p. 143). Il progetto del 1826 era dell’ingegnere Giuliano De Fazio che tentò di mostrarne la valenza economica soprattutto in termini di rilancio dell’attività commerciale via mare in forte affanno rispetto a quanto invece accadeva in altre città di mare. Decisamente favorevole a tale trasformazione era anche Afan De Rivera (Carelli, 1857). L’ipotesi naufragò anche per il sopraggiungere del colera in Europa e a partire dal 1836 si puntò nuovamente su Nisida (Buccaro, 1993, pp. 152-154).

4. *Sull’epidemia di colera che colpì Napoli (1836-1837)*

L’impianto normativo del regno era di certo sostanzioso ma non bastò a rendere efficiente gli uffici deputati ai controlli. In una cornice di costante e quotidiana emergenza igienico-sanitaria e diffusa desolazione umana il colera arrivò in Europa. Si trattava di una malattia infettiva causata da un vibrione detto *Vibrio cholerae asiaticae*, per il suo aspetto, bacillo virgola, che si manifestava con dolori addominali e diarree, vomito, disidratazione, arsuria, bassa pressione, freddo, sudore freddi, occhi infossati e crampi ai piedi, alle mani e al petto (Ruffié, Sournia, 1985). Stupiva per l’imprevedibilità dei percorsi, per la velocità di propagazione e la brevità del contagio. A incidere su tutto ciò c’era l’incremento degli scambi e il veicolo di cui si avvaleva per diffondersi e cioè l’acqua (Speziale, 2013, p. 53). Come attestò nel 1831 in Francia Alexandre Moreau de Jonnés, nel *Rapport au Conseil Supérieur de Santé sur le choléra-morbus pestilentiel*, la

sua diffusione dipendeva dalla circolazione degli uomini, seguiva le navi e i mercanti oltre che le carovane.

Il suo viaggio verso l'Europa cominciò nel 1817, nel 1823 lasciò il golfo di Bengala per arrivare in Asia e colpì la Cina e il Giappone; arrivò in Russia per approdare negli anni Trenta in Europa e nel Mediterraneo (Speciale, 2013, pp. 150-153). La diffusione fu rapida: Polonia, Ungheria, Germania, Inghilterra e Parigi nel 1831, arrivando nel regno sardo-piemontese a Nizza e Cuneo nel 1835. L'Italia fu colpita per ben sei volte: 1835-37; 1849; 1854-55; 1865-67; 1884-86; 1893 (Tognotti, 2000, pp. 1-14; Tagarelli - Piro, 2002). Due furono le ondate di contagio nella capitale delle Due Sicilie: la prima durò 158 giorni dal 2 ottobre 1836 all'8 marzo 1837 con 5.669 morti e un indice di letalità del 54,7%; la seconda dal 13 aprile al 24 ottobre 1837 fu più lunga e maggiori furono le vittime con 13.810 morti e un indice di letalità del 63,3% (Forti Messina, 1979, p. 21).

Alla notizia del colera in Europa scattarono nel Regno delle Due Sicilie le misure d'emergenza e la difesa delle coste da sbarchi/imbarchi pericolosi portò alla nomina, il 4 agosto del 1831 su parere favorevole del Supremo Magistrato di Salute e del Ministro degli Interni di sette commissari regi con pieni poteri per il litorale al di qua del Faro (Coll. LL. e DD. 1831, n. 431, II). Il 26 agosto fu ordinato un cordone sanitario marittimo (Sirleo, 1910, p. 76). Il 29 agosto fu nominata una Commissione di sanità voluta dal Ministero degli Interni. Oltre al presidente nella persona del Ministro Segretario di Stato degli Affari Interni, c'era un vicepresidente che apparteneva alla Regia Marina, otto membri e un segretario (Coll. LL. e DD. 1831, n. 507, II). Il primo atto della Commissione fu la pubblicazione l'8 marzo del 1832 di un *Regolamento generale per difendere la città di Napoli dal colera morbo* che contava ben 106 articoli. Si trattava di un piano articolato e complesso che comprendeva un vertice con una Commissione Sanitaria Centrale da cui dipendevano dodici Commissioni circondariali responsabili a loro volta di dodici Deputazioni rionali. Nel *Regolamento* c'erano disposizioni sui cordoni terrestri e l'attraversamento delle frontiere solo grazie a bollettini di salute, rilasciati dai sindaci di ogni

comune di transito. Erano previsti due ordini di cordoni terrestri esterni alla città. Il primo partiva dalle foci del Volturno e includeva Capua, Caserta, Maddaloni, Marigliano, Nola, e Scafati fino alle foci del Sarno. Il secondo invece riguardava una barriera doganale di recente costituzione: il *Muro finanziario*. Superati i due cordoni, l'accesso in città avveniva attraverso la Porta di Capua, Porta di Capodichino, Porta di Nuovo che precedeva i Granili cui si univa la Porta di Pozzuoli.

La barriera doganale cui si è accennato fu voluta da Ferdinando I nel 1827 e fu realizzata in circa sette anni secondo il progetto di Stefano Gasse. Il *muro* prevedeva una cinta lunga undici miglia, contrassegnata da diciannove barriere e posti di dogana. Il progetto nato per un controllo del territorio urbano a fini fiscali fu reputato utile ad arginare la frode e il contrabbando anche sanitario, cioè relativo all'ingresso in città di merci *pericolose* (Buccaro, 217-222). In realtà il controllo affidato a truppe di linea e di gendarmeria, disposte a precisa distanza l'una dall'altra e alloggiate in baracche di legno veniva spesso violato. E a poco valsero i rastelli, strutture già note ai tempi della peste nel Medioevo (Cipolla, 1977, p. 35), le baracche per generi e persone per la contumacia e le osterie.

Qualora il contagio fosse giunto in città il *Regolamento* del 1832 segnalava la necessità di creare una rete di ospedali, per curare i vivi, senza dimenticare i cimiteri, richiamando drammaticamente quanto era già accaduto al tempo della peste del 1656. Si programmarono interventi igienico-sanitari con la pulizia delle strade e delle case in città e nelle periferie agricole e azioni a tutela della salubrità dell'aria nelle campagne oltre che negli ospedali e carceri (Catalano, 1835). Non mancarono misure a tutela dei colerosi con i contributi e le rendite degli istituti di beneficenza oltre alle generose offerte degli ecclesiastici, dei pubblici ufficiali e dei proprietari. In perfetta sintonia con quanto si diceva per altre località era opinione diffusa che la malattia dipendesse dalle cattive abitudini alimentari ed igieniche della gente del popolo (Sorcinelli, 1986). Alla fine della prima ondata colerica del 1836 Fortunato Cristini, medico all'ospedale dei Pellegrini e a Santa Maria delle Fede scriveva: «I fatti hanno dimostrato che le

cause predisponenti al terribile flagello sono i patemi di animo, l'intemperanza, i cattivi cibi, l'aria umida, bassa e pregna di esalazioni per l'affollamento di uomini, di animali: e pei magazzini e laboratori di ogni genere. Il quartiere Porto che riunisce tutte queste circostanze, n'è stato il luttuoso bersaglio; mentre sulle colline che circondano la città o nessun caso di Colera si è verificato o pochissimi ed in quei disgraziati che fuggendo la strage cercavano altrove più sicuro asilo» (Cristini, 1836, p. 8).

Dalla enorme letteratura, più o meno scientifica, prodotta in quegli anni nel Regno delle Due Sicilie e negli altri stati emerge un'incapacità ad adottare protocolli sanitari chiari ed uniformi. La diversa risposta alle emergenze era di certo il portato dell'enorme confusione in materia di cura e profilassi. La scienza medica in Europa e nel regno era stata chiamata a pronunciarsi sulla natura del colera: malattia contagiosa o epidemica? La comunità scientifica era divisa. Gli stati anticontagionisti negarono la diffusione del colera per contatto privilegiando come veicolo della malattia l'aria, l'igiene, la cattiva alimentazione, i miasmi (Forti Messina, 1979, pp. 11-16). Nella penisola italiana indugiarono sull'adozione di restrizioni al commercio con il ricorso a cordoni sanitari marittimi: Genova, Livorno e Venezia. (Tognotti, 2000, pp. 47,48). Sulla stessa linea di condotta liberista erano l'Inghilterra e la Francia sostenitori della teoria miasmatica in opposizione a ogni intervento statale nella convinzione dogmatica del *laissez-faire*. (Snowden, 2020). Per gli stati italiani l'unico allineato su posizioni sempre più liberiste in campo sanitario fu il Regno di Sardegna. Tra gli stati propensi ai cordoni, ai lazzaretti e alle quarantene in merito agli scambi marittimi c'erano il Regno delle Due Sicilie e lo Stato Pontificio, definiti e inquadrati come stati *reazionari* o autoritari. Lo scontro fu molto duro ma alla fine si affermò una linea sanitaria per così dire mista e compromissoria dove ai limiti alle frontiere e alle quarantene, tipiche dei contagionisti, si unì l'attenzione alla prevenzione sanitaria degli epidemisti e miasmatici che non puntavano sull'isolamento ma sull'igiene dei quartieri fatiscenti.

Il Regno delle Due Sicilie non rinunciò dunque ai cordoni sanitari, alle quarantene e alle pratiche di spurga. Si giocò in molti casi sui tempi.

Naturalmente non fu facile passare dalla teoria contemplata nei *Regolamenti* e nelle *Istruzioni* alla pratica. Il mar Mediterraneo era sotto stretta osservazione per il traffico di uomini e merci ma i cordoni con la militarizzazione delle frontiere marittime e terrestri non bastarono. Il *vibrio cholerae* come la peste giunse da mare nascosto nell'intestino di marinai e passeggeri, nei loro abiti. Arrivando in un porto colpiva la popolazione più fragile che abitava nei quartieri fatiscenti come accadde a Napoli (Snowden, 2020, p. 264).

Dopo la prima stagione del 1836 il colera colpì nuovamente Napoli. Dichiarata libera dal contagio nel mese di marzo del 1837 in aprile il contagio ritornò a colpire e questa volta con maggiore forza.

5. *La corrispondenza dell'ufficio della Soprintendenza di Salute di Napoli*

Studiando la corrispondenza dell'Ufficio della Soprintendenza di Salute di Napoli, contenuta in un volume conservato presso l'Archivio di Stato di Napoli e relativo agli anni 1837-1842 ci siamo soffermati su quanto accadde proprio nel corso del 1837. Il volume è una sorta di indice commentato con data, mese e oggetto della comunicazione e con un rimando a dei fascicoli più corposi. Per la nostra indagine sono state considerate solo le annotazioni sui rapporti tra la Soprintendenza, le località all'interno del regno e gli stati esteri coinvolti negli scambi via mare al tempo del colera. Dalle informazioni raccolte nelle varie sezioni, e soprattutto in quelle sezioni relative alla corrispondenza estera e alle contumacie, emerge un quadro non uniforme sugli interventi degli stati diretti a contrastare i contagi via mare. Non sembra tuttavia che il colera bloccò il traffico via mare. Da gennaio a settembre transitarono 561 navi nei vari approdi del regno. Si tratta di un dato purtroppo complessivo e non analitico ma è l'unico rinvenuto per il 1837 di cui mancano del tutto notizie sul movimento della navigazione con l'estero o con i porti del regno (Clemente, 2013).

Dall'analisi della corrispondenza sappiamo che a gennaio del 1837, mentre il colera era ancora presente nella capitale, il magistrato di Palermo

continuò a rifiutare i legni dei porti posti *al di là del Faro*. Di contro si riaprivano invece i collegamenti tra Napoli e i porti di Salerno, Agropoli, Pisciotta per il trasporto di sale (ASN, a. 1837-1842).

Dalla richiesta sull'allentamento delle misure restrittive d'isolamento e quarantena si può comprendere il diverso orientamento degli stati in merito alla lotta ai contagi che vedeva contrapposti contagionisti ed epidemisti. In realtà le richieste alla Soprintendenza attestano che per ragioni politico-diplomatico anche le rigide regole degli stati sui cordoni venivano aggirate. E così grazie a *un patto di reciprocità* che ritorna spesso nella corrispondenza nel gennaio del 1837 al Console austriaco a Napoli fu garantita la libera pratica alle navi in arrivo, visto che nessuno ostacolo era stato riservato a Venezia alla nave che trasportava il re. Trattamento diverso agli arrivi dalla Reggenza di Tripoli dove in gennaio c'era la peste. Nello stesso mese anche alle navi in arrivo dagli Usa, e precisamente da Charleston, si applicò la contumacia di osservazione di 14 giorni (ASN, a. 1837-1842).

Stando alle affermazioni della Soprintendenza la condizione di Napoli a fine gennaio sembrava migliorare. A quel punto Corfù allentò i controlli per le navi in arrivo dal Regno e la contumacia fu ridotta a 14 giorni. In febbraio il Soprintendente modificò parzialmente le bollette di sanità e finalmente il 21 marzo, come peraltro annotava anche un testimone coevo (Parisi, 1838), giunse la decisione tanto attesa: il magistrato di salute rimuoveva ogni limite alla circolazione nel regno, rilasciando le patenti limpide e nette. Ma la tregua stava per finire. Secondo le cronache del tempo il colera ritornò in aprile. Ne fu colpita anche la Sicilia che aveva allentato i controlli verso le navi del regno. Il risentimento verso la capitale fu tale che re Ferdinando II fu accusato di aver voluto contagiare apposta l'isola (Alibrandi, 2015, p. 204). In giugno il governatore di Gaeta annunciava che Napoli era di nuovo in pericolo e le navi in arrivo dalla capitale sarebbero state sottoposte a contumacia 14 giorni. Anche il console di Ancona ne rifiutò l'approdo. Ma il Ministro dell'Interno denunciava che lo stesso trattamento non era stato riservato alle provenienze da Malta e dai domini austriaci dove imperversava la peste bubbonica. A Marsiglia scattò

una quarantena di 12 giorni e mentre nei porti della Grecia furono imposti 17 giorni di *osservazione* (ASN, a. 1837-1842).

Sul fronte degli stati anticontagionisti il 26 luglio Londra affermava di non adottare alcun *mezzo sanitario per impedire la propagazione del cholera*. Stessa indicazione giungeva il 27 luglio dai regi consoli di Genova e Livorno dove pur essendoci il colera il supremo magistrato non emetteva alcun provvedimento. Seguendo la corrispondenza estera risulta che anche il Regio Ministro di Berlino mentre informava sul ritorno del colera al contempo aggiungeva che non veniva presa alcuna precauzione sanitaria (12 luglio). Analogo scetticismo (9 agosto) verso l'efficacia di misure restrittive esprimeva il regio ministro di San Pietroburgo (ASN, a. 1837-1842).

Il 16 settembre il Soprintendente scriveva che grazie ai *segnali di miglioramento dalla capitale e dalle sue province* si aboliva la postilla sul colera che le deputazioni di I classe apponevano sulle patenti. Il giorno dopo un Rescritto di sua Maestà con la firma del Ministro degli Interni diceva di rimuovere ogni limite alla comunicazione e al commercio limitando le restrizioni alle sole *fumigazioni* per le merci. Per i rapporti con gli stati esteri ci si affidava ai «principi di reciprocità». Finalmente il 30 settembre s'informavano i magistrati esteri che sarebbe stata rimossa ogni postilla sulle patenti provenienti dal Regno essendo terminato il colera. Il 28 ottobre i consoli di Livorno, Marsiglia e Ancona scrivono al Ministro dell'interno informandolo che le navi del regno circolano ormai liberamente e senza restrizioni nei porti. Nel frattempo, all'ufficio di sanità continuavano a giungere notizie sulla presenza del colera e anche di morti sulle navi come quella del capitano dello *scuner* inglese Lord Anson che in arrivo da Liverpool comunicava al deputato del porto di Napoli di avere un uomo in meno d'equipaggio (ASN, a. 1837-1842).

Le differenti posizioni in merito alle pratiche di quarantena erano chiare. L'Inghilterra ne sosteneva l'abolizione mentre il Regno continuò a sostenerne l'efficacia fino all'Unità d'Italia. Si legge nella corrispondenza per il 3 gennaio del 1838: «Il Regio Console Britannico dietro varie considerazioni fa premura che le quarantene di osservazioni di giorni 10 per i

legni inglesi siano ridotte a soli giorni 3. Il Supremo Magistrato si nega» (ASN, a. 1837-1842).

6. Conclusioni

Nel 1838 la Francia incaricò il segretario del consiglio superiore di sanità di studiare le differenze di trattamento sanitario adottate in Europa. Si decise di convocare un'assemblea con i rappresentanti delle varie nazioni che avessero spiagge e porti nel Mediterraneo per stabilire un diritto comune sul piano sanitario e mettere fine ai vari reclami relativi alla disparità di trattamento nei vari punti del litorale. La sanità marittima aveva ormai superato i limiti imposti dalle frontiere di ciascuno stato per assumere una dimensione più ampia. Per garantire la salute e non limitare i traffici bisognava uniformare le regole di trattamento a uomini e merci pericolose, dare una certezza sui tempi di quarantena, sulle tecniche di spurgo, sui costi (Sirleo, 1910, p. 54). Ma i tempi per un incontro sulla globalizzazione sanitaria non erano ancora maturi. Una prima conferenza sulla salute nel Mediterraneo sempre su iniziativa della Francia ci fu a Parigi nel 1851 cui parteciparono 12 paesi compreso il Regno delle Due Sicilie (Cappello, 1852). Nonostante non fosse stata proposta la rimozione della quarantena la convenzione fu alla fine firmata solo dalla Francia, dall'Inghilterra e dai Savoia.

Quanto accadde a partire dagli anni Trenta in Europa in occasione del colera evidenzia che in assenza di certezze sul piano delle pratiche di sanità gli stati continuarono a sottoscrivere accordi bilaterali, che da un lato garantivano privilegi alle varie bandiere ma dall'altro rendevano vano ogni tentativo di uniformare gli interventi alle frontiere. Anche il Regno delle Due Sicilie pur partecipando proprio in quegli anni ai confronti internazionali non modificò le posizioni assunte in materia di quarantena (Cea, 2020). Nonostante i limiti di quegli incontri, che continueranno fino agli inizi del Novecento, in essi si ritrova il bisogno di affrontare i temi della globalizzazione sanitaria nell'interesse del commercio e della salute della popolazione (Salvemini, 2017, p. 203).

Bibliografia

Archivio

(ASN) ARCHIVIO DI STATO DI NAPOLI, SUPREMO MAGISTRATO DI SALUTE, Registri di deliberazioni, fascio 496.

(ASN) ARCHIVIO DI STATO DI NAPOLI, SUPREMO MAGISTRATO DI SALUTE, Registro di deliberazioni, a. 1837-1842.

Fonti a stampa

ALIBRANDI R., *In salute e in malattia. Le leggi Borboniche fra Settecento e Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 2012.

ALIBRANDI R., "Il colera va per mare. Misure di polizia sanitaria in Sicilia nel 1837", ANTONELLI L. (a cura di), *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2015, pp. 197-206.

BUCCARO A., "I porti flegrei e l'alternativa alla scalo napoletano dal XVI al XIX secolo", SIMONCINI G. (a cura di), *Sopra i porti di mare*, Firenze, Olschki, vol. II, 1993, pp. 125-154.

BUCCARO A., *Opere pubbliche e tipologie urbane nel Mezzogiorno preunitario*, Napoli, Electa, 1992.

CAPPELLO A., *Sul sanitario congresso internazionale aperto a Parigi nel dì 23 luglio 1851 e chiuso nel dì 19 gennaio 1852 cenni storici*, Roma, Tipografia delle Belle Arti, 1852.

CARBONARO G., *Intorno al cholera-morbus osservazioni pratiche fatte in Napoli nel 1836 e 1837* dal cav. G. Carbonaro, Napoli, dalla tipografia Trani, 1849.

CARELLI G., "Di alcuni principali porti, fari e lazzeretti" *Annali Civili del Regno delle Due Sicilie*, 59(1857), p. 139-148.

CATALANO E., "Alcune considerazioni di pubblica igiene fatte all'apparir del colera in Italia", *Annali Civili del regno delle Due Sicilie*, 9(1835), vol. V, pp. 23-33.

CEA R., "Le epidemie di colera nell'Ottocento: i modelli sanitari in Europa e in Italia" GUIDONI A. - FERRARI R. (a cura di), *Pandemia 2020, La vita quotidiana in Italia con il Covid 19*, M&J Publishing House, National Library of Korea 2020, p. 18-22.

CIPOLLA C.M., *Chi rompe i rastelli a Monte Lupo?*, Bologna, il Mulino, 1977.

CLEMENTE A., "Le comunicazioni via mare", MALANIMA P. - OSTUNI N. (a cura di), *Mezzogiorno prima dell'Unità. Fonti, dati, storiografia*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2013.

COLLEZIONE DELLE LEGGI E DE' DECRETI REALI DEL REGNO DELLE DUE SICILIE, n. 431, 14, II, Napoli, 1831 (Coll. LL. e DD.)

COLLEZIONE DELLE LEGGI E DE' DECRETI REALI DEL REGNO DELLE DUE SICILIE, n. 507, II, 57,58,59, Napoli, 1831. (Coll. LL. e DD.)

COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, Laterza, 1995.

CRISTINI F., *Cenno sulla condizione patologica e metodo curativo e preservativo del cholera-morbus*, Napoli, tip. Salvatore De Marco, 1836.

DE FAZIO G., *Sistema generale dell'architettura de' lazzeretti*, Napoli, Tip. di A. Treni, 1826.

DELL'OSA D., "Una potenzialità territoriale compressa. Sanità marittima e attività economiche nell'Abruzzo preunitario", *Epidemia, sanità e controllo dei confini, Storia Urbana*, 147(2015), pp. 99-114.

DE GIAXA V., "L'igiene internazionale", *Giornale della Società italiana d'igiene*, 1(1879), vol. I, p. 495.

- DE RENZI S., *Osservazioni sulla topografia medica del regno di Napoli*, Napoli, Tip. Del Filiatre Sebezio, 1838.
- FORTI MESSINA A.L., *Società ed epidemia. Il colera a Napoli nel 1836*, Milano, Franco Angeli, 1979.
- FORTI MESSINA A.L., "L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera", DELLA PERUTA F. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1984, vol. VII, pp. 431-494.
- FUSCO I., *Peste, demografia e fiscalità nel Regno di Napoli del XVII secolo*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- ISTRUZIONE POPOLARE formata dal Supremo Magistrato di Salute, 27 luglio 1835, Napoli, Tipografia Carlo Cataneo, 1835.
- LOPEZ P., *Napoli e la peste, 1464-1530. Politica, istituzioni, problemi*, Napoli, Liguori, 1989.
- MOTU PROPRIO della Santità di Nostro Signore Papa Pio Settimo in data del 25 novembre del 1818, sulla Sanità Marittima de' Porti, e Lidi dello Stato Pontificio, Roma, 1818.
- NARDONE P., *Portualità e navigazione in Abruzzo nella prima metà del XIX secolo*, Bari, Cacucci, 2008.
- PALERMO D., "La Suprema Deputazione Generale di Salute Pubblica del Regno di Sicilia dall'emergenza alla stabilità", *Epidemia, sanità e controllo dei confini, Storia urbana*, 147(2015), pp. 115-138.
- PARISI A., *Annuario storico del Regno delle Due Sicilie dal principio del governo di Ferdinando II di Borbone*, Napoli, Tip. Trani, 1838.
- PASSERI G., *Della peste col ragguaglio della peste di Tunisi avvenuta negli anni 1818, 1819 e 1820*, Siena, Presso Jacopo Balatresi, 1821.
- PRETO P., *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Bari, Laterza, 1988.
- REGOLAMENTO GENERALE per difendere il Regno di Napoli contro l'invasione o la ferocia del colera morbus, Napoli, Dalla Tipografia di Carlo Fafaneo, 1835.
- RESTIFO G., *I porti della peste. Epidemie mediterranee fra Sette e Ottocento*, Messina, Mesogea, 2005.
- RUFFIÉ J. - SOURNIA J.CH., *Le epidemie nella storia*, Roma, Editori Riuniti, 1985.
- SALVEMINI R., "Politiche e interventi su sanità e territori marittimi nel Regno di Napoli", *Epidemia, sanità e controllo dei confini, Storia Urbana*, 147(2015), pp. 75-97.
- SALVEMINI R., "A tutela della salute e del commercio nel Mediterraneo: la sanità marittima nel Mezzogiorno pre-unitario", SALVEMINI R. (a cura di), *Istituzioni e trasporti marittimi nel Mediterraneo tra età antica e crescita moderna*, Napoli, ISSM-CNR, 2009, pp. 259-296.
- SALVEMINI R., "Il Regno delle Due Sicilie e la globalizzazione marittimo-sanitaria alla metà dell'Ottocento", CALCAGNO P. - PALERMO D. (a cura di), *La quotidiana emergenza. I molteplici impieghi delle istituzioni sanitarie nel Mediterraneo moderno, Studi e Ricerche* - 3(2017), New Digital Frontiers, Palermo, pp. 168-203.
- SIRLEO L., *La sanità marittima a Napoli, origini e vicende: odierna organizzazione dell'ufficio sanitario del porto Ministero dell'Interno*, Direzione generale della sanità pubblica, Napoli, R. Stab. Tip. F. Giannini & f., 1910.
- SNOWDEN F.M., *Storia delle epidemie. Dalla morte nera al Covid 19*, Gorizia, La Clessidra, 2020.
- SORCINELLI P., *Nuove epidemie, antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1986.
- SPEZIALE S., "Itinerari di contagio: il colera e il Mediterraneo (XIX-XX secolo)", TAGARELLI A. - PIRO A. (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, Atti del convegno (Spezzano (CS), 19/10/2002), IV voll., San Giovanni in Fiore, Pubblisfera, 2002, vol. I, pp. 31-58.

- SPEZIALE S., *Le altre guerre del Mediterraneo. Uomini ed epidemie tra XVIII e XIX secolo*, Reggio Calabria, Città del Sole, 2013, pp. 95-112.
- TAGARELLI A. - PIRO A. (a cura di), *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, 4 voll., San Giovanni in Fiore, Pubblisfera, 2002.
- TOGNOTTI E., *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*. Prefazione di G. Berlinguer, Bari-Roma, Editori Laterza, 2000.
- VANZAN MARCHINI E. (a cura di), *Rotte mediterranee e baluardi di sanità*, Ginevra-Milano, Skira, 2004.

Résumé

Naples et le contrôle de la frontière maritime au moment du choléra (1830-37).

Comment concilier la protection de la santé au moment des épidémies avec la défense des échanges, des échanges maritimes et terrestres, de la production, du travail, des équilibres sociaux, économiques et financiers? Ce sont des questions très actuelles présenter sur la table des gouvernements touchés par Covid19.

L'objectif de cette intervention est l'analyse des mesures de santé publique et en particulier des mesures maritimes adoptées dans le Royaume des Deux-Siciles pour contenir la propagation des épidémies de choléra au début du XIXe siècle. À partir du plan législatif de santé établi par le Bourbon au milieu du XVIIIe siècle puis révisé en 1820, nous verrons dans quelle mesure et comment il a affecté les pratiques et les échanges commerciaux à la frontière maritime de l'un des grands états de la péninsule italienne, jusqu'à l'Unification.

Mots-clés: frontière maritime, échanges, épidémies de choléra, Royaume des Deux-Siciles.

Resumen

Nápoles y el control de la frontera marítima en la época del cólera (1830-1837).

¿Cómo conciliar la protección de la salud en tiempos de epidemia con la defensa del comercio, el comercio marítimo y terrestre, los equilibrios productivos, laborales, sociales, económicos y financieros? Estos son temas de gran actualidad en la mesa de los gobiernos afectados por Covid19.

El objetivo de esta intervención es el análisis de las medidas de salud pública y, en particular, las medidas marítimas adoptadas en el Reino de las Dos Sicilias para contener la propagación de las epidemias de cólera a principios del siglo XIX. A partir del plan legislativo de salud borbónico nacido a mediados del siglo XVIII y luego revisado en 1820, veremos cuánto y cómo influyó en las prácticas e intercambios comerciales en la frontera marítima de uno de los principales estados de la península italiana hasta la Unificación.

Palabras clave: frontera marítima, intercambios, epidemias de cólera, Reino de las Dos Sicilias.

La Spagnola in Italia 1918-1919

FRANCESCO BALLETTA*

Abstract

The Spanish was an infectious disease, which spread throughout the world between 1918 and 1919.

The characteristics are: fever, phlegm, mucus formation. It affects the lungs causing hemorrhages and death. The virus affects people weak from other diseases. It made massacres among the soldiers participating in the first world war and weakened by the long stay in the trenches.

So far no therapy has been found capable of fighting the virus; nor a vaccine has been found.

The virus manifested itself, at the end of the war, when the rulers had to use all available resources for victory. Therefore there were no resources to fight the Spanish. There was a lack of doctors, nurses and health technicians.

The government measures to contrast the spread of the disease were: the use of masks to contain the spread of mucus; taking care of people's hygiene; closures of public places, schools and places of entertainment. One thing was not done: obligation to stay at home for the civilian population with consequent closure of businesses. This meant that the economy did not suffer excessively from the disease.

The financial economy was hit: the formation of savings was reduced and there was a lack of investments needed to move from the war economy to an economy of peace, so, in 1921, the Italian Discount Bank went bankrupt.

The real economy was little affected by the Spanish, because consumption had decreased during the war, so when the Spanish arrived, the population was used to containing them.

Keywords: Spanish, diffusion, therapy, economy.

* Professore ordinario di Storia Economica, Università di Napoli Federico II, in pensione, e-mail: balletta@unina.it.

1. *Le caratteristiche della Spagnola*

Secondo molti studiosi, la Spagnola partì da un topo (o pipistrello) e un maiale (Guzzanti, 2020; Barry, 2004, p. 20); [07]; [08], poi passò ad un uomo e poi ad altri uomini per mezzo della saliva, oppure toccando con le mani oggetti sporchi di muco del naso. Si manifestò con febbre, tosse, starnuti, cioè venivano colpite le vie respiratorie superiori per cui il virus causava direttamente polmoniti mortali. L'infiammazione si aveva nei lobi inferiori dei polmoni. Spesso si ingrossava la milza, meno spesso colpiva il fegato e venivano danneggiati i reni o infiammate le meningi. A volte la malattia portò alla follia (psicosi, depressione o cambiamento di umore)¹. La Spagnola si diffuse attraverso una grave pandemia in tre ondate successive. Nella prima fase, poiché gli infettati furono molti e la mortalità non elevata, non si diede importanza come malattia infettiva, la ebbe solo quando, in Spagna, si pubblicarono i primi dati allarmanti (Barry, 2004, p. 11); [10]. In alcuni paesi, si diffuse con maggiore velocità e in altri più lentamente, in dipendenza della maggiore o minore densità demografica e del movimento della popolazione. I giovani furono più colpiti degli anziani (Rezza, 2002, p. 14; Barry, 2004, p. 23). È questo un primo dato anomalo, perché il *virus* colpì, prevalentemente, i giovani più deboli. Si trattò di una mortalità difficilmente calcolabile. Alcuni studiosi hanno rilevato che la “variante specifica del *virus* avesse una natura insolitamente aggressiva” [11]. Nei giovani, l'alta mortalità era dovuta “alle forti reazioni immunitarie; mentre le possibilità di sopravvivenza in alcune aree, paradossalmente, sarebbero state più elevate in soggetti con sistemi immunitari più deboli come bambini ed anziani” [12]. Negli Stati Uniti, furono contati 500.000 morti e in India ci fu una vera ecatombe. Nonostante l'elevato numero di morti, si trattava in effetti di una semplice influenza. Nel giro di pochi giorni, la febbre aumentava ulteriormente, i tessuti perdevano

1. Come accadde al Presidente degli Stati Uniti, Woodrow Wilson, proprio quando si recò a Parigi per stipulare il trattato di pace dopo la fine della Prima Guerra Mondiale (Guzzanti, 2020), [09].

forza e si moltiplicava il muco e il versamento di sangue che portavano rapidamente alla morte (Tognotti, 2002, p. 12); [13].

L'origine del virus ancora non si conosce con precisione. Tuttavia, l'incubazione c'è da supporre che si diffuse nelle trincee, dove i soldati soffrivano di carenze igieniche e di ospedali, di scarsa alimentazione e di mancanza di acqua [14]. Il virus, nato in Francia, passò negli Stati Uniti, dove fu suffragato dalle biopsie di alcuni militari americani deceduti per l'influenza².

Le ricerche finora effettuate non ci danno la certezza delle origini della Spagnola. L'unico passo che [è stato] fatto è la provenienza della malattia da un virus, cioè un velano³.

2. Dopo la scoperta dell'esistenza di batteri, è stata rilevata l'esistenza di microrganismi capaci di passare attraverso filtri che trattengono i batteri. I *virus* sono dei parassiti che per vivere entrano nelle cellule di un altro organismo che li ospita, il quale può essere danneggiato o addirittura distrutto ed è la parte più importante del *virus*, che si chiama virione, che consiste in una capsula proteica. I virioni sono senza metabolismo, per cui sono trasportati passivamente, finché non incontrano una cellula da infettare. In questa cellula, i *virus* perdono la loro individualità strutturale, così assumono il controllo della cellula che li ha ospitati. Una parte dei *virus* può inserirsi fisicamente nel codice genetico (genoma) della cellula ospitante in modo che si replica insieme al virus. Il genoma virale entra in quello dell'ospite (detto provirus) e riprende la propria individualità producendo nuovi virioni (Tognotti, 2002, pp. 215-216).

3. Sull'origine del *virus* sono state fatte due ipotesi: potrebbe derivare da cellule che hanno perso gran parte della loro struttura, perché parassita della cellula ospite; altra ipotesi è quella che potrebbe derivare da porzioni del genoma degli ospiti che si sono rese indipendenti.

Il *virus* fu scoperto in occasione della prima vaccinazione del vaiolo e della rabbia. In quella occasione, si suppose l'esistenza di piccolissimi organismi non visibili. Solo con la scoperta del microscopio elettronico (in sostituzione dei microscopi ottici) si riuscì a vederlo e a fotografarlo. Il virus oltre ad essere molto piccolo, all'inizio dell'individuazione, furono scoperte tre forme tipiche (a sfera, ovale e filamentosa). Col miglioramento tecnico del microscopio si scoprì che la forma sferica non esisteva, ma esistevano delle forme poliedriche ed a queste ultime appartiene il *virus* della Spagnola. Le forme filamentose, invece, con la nuova tecnica del microscopio, si sono rilevate delle piccole unità legate le une alle altre e disposte ad elica, queste sono legate al *virus* dell'influenza. I *virus* uniti in gruppi sono composti solo da acido nucleico e proteine (Tognotti, 2002, pp. 217-218). L'acido nucleico può essere DNA oppure RNA, con singola o doppia elica. Le proteine hanno la forma di un guscio, detto capsida, che protegge al suo interno l'acido nucleico. Quest'acido ha un potere infettante, mentre il guscio proteico sprigiona anticorpi. Pertanto, il *virus* ha la capacità di riprodursi, caratteristica che per l'organismo che lo ospita può essere letale (Tognotti, 2002, pp. 218-219).

Si calcola che, nel 1918, furono colpiti dal virus il 40 per cento dei militari della Marina degli Stati Uniti e il 36 per cento dell'Esercito. In Italia, i morti furono 600.000. Comunque, i dati non sono ancora precisi, poiché i governanti non diffusero le notizie dell'epidemia per non creare il panico fra la popolazione, già ampiamente depressa per i morti dovuti ad operazioni militari della Prima Guerra Mondiale (Tognotti, 2002, pp. 219-220). "Poiché i medici non erano in condizioni di dare una terapia capace di estinguere la Spagnola, la popolazione ricorse ad antichi rimedi: si masticava il tabacco o il cuoio, si facevano bagni in acqua fredda, si bruciava frumento con incenso, ogni famiglia creava disperate ricette e rimedi per combattere il morbo, bevendo varechina, alcool denaturato, o provocandosi ulcere mangiando quantità eccessive di peperoncino rosso o alcool, nell'illusione di creare barriere di fuoco e di forza contro il virus, ma ignorando le basilari regole dell'igiene di massa ... La gente cercava di risolvere [la malattia] fra le mura domestiche finché non arrivava il prete per l'estrema unzione" (Guzzanti, 2020). Si faceva un grande consumo del chinino, che abbassava la febbre, ma non toccava il virus. In conseguenza, i prezzi del chinino lievitarono facendo arricchire produttori e commercianti. Intanto, nel gennaio del 1920, la malattia come era arrivata, improvvisamente, scomparve, senza che si fosse trovata una giustificazione. Secondo qualche ricercatore, la scomparsa sarebbe da attribuire a un virus di un uccello dei paesi orientali, che passò all'uomo, favorendo la scomparsa del virus della Spagnola. Ma si tratta di una ipotesi che non ha nessun valore scientifico. In effetti, ancora oggi, a più di cento anni dalla comparsa della malattia, non si conosce il genoma della Spagnola. Si conoscono solo i tentativi fatti dagli studiosi, come un gruppo di ricercatori canadesi, che nel 1998, riesumò i cadaveri di 8 pescatori morti nel 1918 per la Spagnola. I cadaveri erano quasi intatti, perché seppelliti nel permafrost (suolo ghiacciato) dell'Artico nell'isola Spitzberg, a nord della Groenlandia [15]. In tale modo i ricercatori avevano la possibilità di rilevare il virus da cadaveri quasi intatti. Tuttavia, i loro corpi non diedero risposte ai ricercatori. Intanto non avendo ancora trovata l'origine della Spagnola, fa presupporre l'arrivo di un virus simile

con la stessa letalità e non si è in grado di combatterlo (Tognotti, 2002, p. 235). Altri ricercatori del virus della Spagnola studiarono molte cartelle cliniche di militari degli Stati Uniti morti per la Spagnola ed esaminarono i reperti autoptici. I risultati furono che i pazienti erano morti per polmonite e mancanza di ossigeno. I polmoni erano pieni di liquidi. L'unico risultato che può prendersi in considerazione è che il *virus* si era propagato a causa del suo codice genetico. Comunque, dal materiale trovato risultava che il virus non c'era più per cui non si riuscì a mappare il genoma. Pertanto, attualmente le conoscenze scientifiche consentono solo di fare delle supposizioni (Tognotti, 2002, p. 232). Le considerazioni che il virus era un H1N1 o un virus influenzale dell'Aviaria non hanno alcun fondamento scientifico. Il *virus* della Spagnola non può considerarsi un virus influenzale. Infatti, l'influenza si manifesta improvvisamente con sintomi generali: mal di testa, febbre e dolori addominali accompagnati da impedimenti respiratori. Per la Spagnola invece i sintomi erano prevalentemente polmonari, con forte insufficienza respiratoria, che invece nell'influenza non erano così gravi (Tognotti, 2002, pp. 232-234). Secondo Paolo Gulisano, un dato epidemiologico da considerare per la Spagnola – che iniziò fra i militari che erano numerosi e avevano stretti contatti fra loro – era il *virus* che si diffondeva facilmente. D'altra parte, bisognava tenere conto che i militari erano già deboli per un'altra epidemia chiamata “febbre delle trincee”, una febbre che compariva ogni cinque giorni, per cui si chiamava “febbre quintana”. Essa veniva trasmessa agli uomini attraverso parassiti, come le zecche o i pidocchi. Si manifestava come polmonite con lesioni cutanee emorragiche localizzate in base alla presenza dei parassiti. La malattia cominciò nel 1916 (cioè due anni prima della Spagnola) e indebolì notevolmente i militari delle trincee, dove l'igiene era carente (Tognotti, 2002, pp. 236-237).

Oltre all'indebolimento per virus, i soldati dovettero subire altre sofferenze per l'uso delle “armi chimiche”. Per la prima volta in guerra si usò una sostanza molto tossica, come la cloropirina o il fosgene, un gas dannoso per la salute. La cloropirina agiva sulla cornea degli occhi e sul sistema sanguigno aumentando la coagulazione e lesionando i capillari.

Agiva inoltre sul sistema nervoso e sul cuore. La morte arrivava per edema polmonare e per infiammazioni della cavità peritoneale (Tognotti, 2002, p. 238).

Un'altra arma chimica adottata durante la guerra fu il gas iprite, che era inodore e molto pericoloso perché faceva abbassare la pressione sanguigna, faceva dilatare i capillari con aumento della permeabilità delle pareti. Con l'inalazione del gas arrivavano bronchite e polmonite e la morte.

Tornando alla Spagnola, fu una malattia che dopo il 1918-19 fu poco studiata e quasi dimenticata. Solo oggi (2020) si stanno compiendo studi in seguito al diffondersi del Coronavirus, che sta interessando (nel 2020) i ricercatori e i politici preoccupati di trovare un'arma per combattere il virus.

La conclusione della ricerca compiuta da Paolo Gulisano è che il vaccino per la Spagnola non è stato ancora trovato, tuttavia viene considerata una influenza senza che lo sia. Comunque, il *virus* della Spagnola ha una rapida mutagenicità e ogni anno assume forme diverse "sempre classificate con le lettere "H" e "N". Per produrre poi i vaccini, vengono effettuate in laboratorio quelle stesse combinazioni fra ceppi virali diversi che si teme possano avvenire in natura, determinando la trasmissione umana dell'influenza aviaria: un gioco piuttosto pericoloso. Nonostante l'evidenza che la pandemia del 1918, per quanto è veramente noto, si verificò in quelle dimensioni anche per le precarie condizioni igieniche dell'epoca, per le infezioni batteriche contro le quali ancora non c'erano gli antibiotici (adottati solo nel secondo dopoguerra), la psicosi della grande pandemia influenzale continua a persistere e a diffondersi" (Gulisano, 2006, pp. 276-277).

2. La Spagnola nel mondo: diffusione e morti

La notizia che si stesse diffondendo una malattia infettiva che partiva dalla Spagna, si ebbe nel febbraio 1918. Si trattava di una malattia benigna che si pensava non avrebbe colpito in maniera letale (Barry, 2004, p. 12). Essa non era sorta in Spagna, ma da questo paese si cominciarono a

diffondere le notizie sulla sua importanza, poiché la Spagna non partecipava alla guerra. Negli altri paesi la diffusione della malattia fu nascosta per non creare panico fra i militari e la popolazione civile. Chiamarla Spagnola era anche un modo per scaricare su altri paesi ciò che stava accadendo [16]; [17]; [18]; (Guzzanti, 2020). Probabilmente il *virus* letale era già presente in altri stati coinvolti nella guerra e la notizia non venne diffusa perché censurata sui giornali e su altri mezzi di comunicazione, sempre per non diffondere il panico. Nel mese di marzo del 1918, la malattia, secondo lo storico Alfred Crosby, comparve negli Stati Uniti, nelle porcilaie dello stato del Kansas (Guzzanti, 2020). Nel 1999, da ricerche compiute dal virologo britannico John Oxford fu identificata la nascita della Spagnola nel campo militare e ospedaliero di Etaples, in Francia. Si trattava di un luogo in cui transitavano, ogni giorno, circa 100.000 soldati. “Oxford ed il suo *team* asserirono che un *virus* precursore, ospitato negli uccelli, fosse riuscito a mutare, tanto da infettare i maiali tenuti nei pressi del fronte” [19]. Altri studiosi hanno trovato l’origine dell’influenza in Cina, altri in Austria, altri in Canada, altri in Europa. Molte di queste ricerche rilevarono che la diffusione era dovuta ai soldati mobilitati per la guerra [20]. Bisogna tenere conto che quando una persona starnutisce sprigiona e diffonde nell’aria più di 500.000 particelle virali, che colpiscono principalmente le persone nei luoghi sovraffollati. A dare un’accelerata alla pandemia furono anche i mezzi di trasporto spesso affollati. Tali mezzi resero più facile a soldati, marinai e viaggiatori civili di spostarsi nel mondo e diffondere inconsapevolmente la malattia [21]. Si trattava di una febbre leggera che durava solo tre giorni e colpiva, prevalentemente, i militari in partenza per l’Europa per partecipare alla guerra. Nel maggio del 1918, la Spagnola si era diffusa, dove più e dove meno, in quasi tutto il mondo [22]. In alcune località colpì il 70 per cento della popolazione; falciò il 90 per cento degli Eschimesi (Gulisano, 2006, p. 211). I sintomi dell’epidemia erano sempre gli stessi. I medici non erano in grado di dare delle cure e addirittura non riuscivano a individuare di che malattia si trattasse. Nell’estate del 1918, la diffusione della malattia rallentò temporaneamente. In agosto, già comin-

ciò a diffondersi sempre più in Francia e nella Sierra Leone. Nello stesso mese di agosto, la malattia colpì la Svizzera in una forma così violenta che “un ufficiale dell’Intelligence della Marina degli Stati Uniti, in un rapporto, classificato come “segreto e riservato”, avvertiva i superiori che la malattia epidemica in tutta la Svizzera è quella che è comunemente nota come la peste nera, sebbene fosse designata come malattia Spagnola (Barry, 2004, p. 16). “L’influenza Spagnola ebbe conseguenze, talvolta, disastrose, in particolare nelle cosiddette società primitive degli Inuit o delle melanesiane nel Pacifico. Le isole Tonga persero il 25 per cento della loro popolazione, per lo più giovani adulti. Si osservarono, in molti paesi, dei deficit di natalità, nell’estate del 1919, cioè 9 mesi dopo il picco dell’epidemia” [23]. Nel mese di agosto, iniziò la seconda ondata di diffusione del virus che fu più devastante della prima. La malattia fu così violenta che nell’Ospedale di Camp Devens, a 36 miglia da Boston, in un solo giorno, furono ricoverati 1.543 soldati colpiti dall’influenza e si calcolarono circa 100 morti al giorno. Non venivano sepolti con bare e “i corpi ammassati erano qualche cosa di feroce” [24], [25]. A settembre, il virus si rinviò negli Stati Uniti e i portatori della diffusione erano sempre i militari. All’inizio di ottobre, la malattia si diffuse con una rapidità inaudita, spargendo la fame e la miseria. I principali conduttori del virus erano i militari in licenza e i feriti. All’inizio di novembre del 1918, la guerra finì, ma la Spagnola continuò a mietere vittime, specialmente nelle grandi città, dove il contagio era più semplice. Nella seconda fase, l’influenza si diffuse dappertutto: dall’Alaska ghiacciata all’Africa ardente. La gravità della malattia non venne a conoscenza della popolazione per mantenere alto il loro morale, che già aveva sofferto le conseguenze della guerra (Barry, 2004, p. 12). Scrive Barry: “la gente non riusciva più a credere a nulla di ciò che gli veniva detto, quindi temeva tutto, in particolare l’ignoto. Quanto sarebbe durata? Quanti ne avrebbe ucciso? Chi sarebbe morto? Con la verità nascosta, il morale delle persone era crollato. La società stessa iniziò a disintegrarsi” (Barry, 2004, p. 10). Riferendosi alla paura della morte, Barry scrive: “a Goldsboro, nella Carolina del Nord, Dan Tonkel ha ricordato:

“in realtà avevamo quasi paura di respirare. La paura era così grande che le persone avevano davvero paura di uscire di casa ... paura di parlare ad un altro”. A Washington DC, William Sardo disse: “teneva le persona separate ... Non avevi vita scolastica, non avevi vita in chiesa, non avevi nulla ... Ha distrutto completamente tutta la vita familiare e comunitaria ... L'aspetto terrificante era quando ogni nuovo giorno che sorgeva non sapevi se saresti stato lì quando il sole sarebbe tramontato quel giorno” (Barry, 2004, p. 12). Per difendersi dal virus le persone indossarono delle mascherine ed evitavano i contatti per non farsi colpire dalle goccioline di saliva considerate le prime trasmettitrici del virus (Gulisano, 2006, pp. 224-226). Stessa situazione che si ebbe con la peste del 1348 e con la pandemia del Coronavirus del 2020.

Ad aggravare la circostanza contribuì la politica dei governanti che ordinarono di non diffondere notizie sulla gravità della malattia. In particolare, negli Stati Uniti, fu il Presidente Wilson, a fare approvare dal Congresso severe pene per coloro che diffondevano notizie allarmanti. Così il direttore della Salute Pubblica di Philadelphia, Wilmar Krusen, dichiarava che avrebbe circoscritto l'epidemia, mentre crescevano i morti e costringeva i medici a mentire sulla reale gravità della malattia. Quando si convinse della gravità della malattia, ordinò la chiusura di tutte le scuole e vietò tutti gli incontri pubblici (Barry, 2004, p. 16). Intanto, nascondendo la verità, cadde la fiducia della popolazione nei confronti dei pubblici funzionari, specie dei medici. Crollando la fiducia crollava anche il morale delle persone (Barry, 2004, pp. 15-16).

Improvvisamente, a gennaio del 1919, scomparve la malattia. Così si tornò alla vita normale, si riaffollarono le strade, le scuole e i locali pubblici furono riaperti. Tutto senza trovare una ragione della fine della fase più acuta. Ci sarà una terza fase che durò fra febbraio e marzo del 1919, ma fu una fase con pochi morti. Si deve presupporre che essendosi indebolito, il virus non era più nelle condizioni di invadere i polmoni, pertanto si era evoluto in una semplice influenza stagionale. Comunque, non è chiaro perché vi fu la seconda fase così violenta. Alcuni studiosi ritene-

vano l'esistenza di due tipi di virus, uno più letale e uno più debole, pertanto si formarono focolai più virulenti e focolai con fuoco meno ardente (Barry, 2004, pp. 21-22). La scomparsa della malattia può attribuirsi al miglioramento delle cure preventive e alla cura della polmonite, che si diffondeva dopo che le vittime avevano preso il virus. "Un'altra ipotesi della scomparsa è che il virus del 1918 subì un rapido cambiamento verso una forma meno aggressiva, una circostanza comune nei virus patogeni, poiché gli ospiti dei ceppi più pericolosi tendono a estinguersi" [26]. Meravigliava la circostanza che a fine agosto si potesse morire di quella che chiamavano influenza; lasciava increduli che una malattia, in genere ritenuta benigna, prevalente in inverno, potesse fare morire giovani nel pieno delle forze. Questa circostanza era nuova, il tasso di mortalità più elevato si registrava negli individui tra i 15 e i 40 anni, mentre nel passato l'influenza aveva colpito prevalentemente gli anziani, i malati e i portatori di patologie croniche polmonari. Sui giornali italiani, traspariva l'incertezza generale, che preoccupava il mondo medico e scientifico sull'origine di quella strana sindrome. "Esisteva un partito che riteneva trattarsi di due differenti epidemie, considerando quella primaverile con "febbre dei tre giorni", mentre quella comparsa a fine estate era a diagnosi anonima con diverse varianti. L'altro partito sosteneva l'ipotesi che l'epidemia era unica, ovvero con identica causa tra l'epidemia della primavera e quella che si era palesata alla fine di agosto. Si tentava in tutti i modi di rassicurare l'opinione pubblica che l'etiologia batterica non veniva minimamente messa in discussione nelle comunicazioni ufficiali [27]. "Riassumendo, il mondo scientifico italiano era diviso: da una parte la Direzione Generale di Sanità, ove si accettava l'ipotesi batterica, dall'altra si era attestato un gruppo di ricercatori che pensava al virus quale causa dell'epidemia, attribuendo al massimo al batterio una responsabilità nello sviluppo delle manifestazioni secondarie. Oltre a queste due posizioni "forti" vennero avanzate opinioni curiose e improbabili" [28].

Tenendo conto delle ricerche finora compiute sulla diffusione della Spagnola nel mondo, si arriva alla conclusione che è difficile fare un cal-

colo, anche approssimato, del numero delle vittime (Gulisano, 2006, pp. 211 e sgg.). Il primo a cimentarsi nella conta fu il batteriologo americano Edwin Jourdan che calcolò 21,6 milioni di morti nel mondo. Questo dato fu smentito da ricerche più accurate di David Patterson e Gerald Pley, che portarono la cifra a 30 milioni (Spinney, 2020, pp. 479-481). Ma anche questa era lontana dalla realtà, tanto che si è arrivati a supporre che i morti fossero più di 100 milioni su una popolazione mondiale di 2 miliardi, per cui la letalità variò dallo 0,75 al 6 per cento. Il numero dei contagiati fu stimato da alcuni ricercatori intorno ai 500 milioni. Si calcola che, in 24 settimane, la Spagnola uccise più persone che l'AIDS in 24 anni [29]. I paesi colpiti vanno divisi in due categorie, quelli più evoluti, come gli USA e l'Europa, dove la percentuale dei morti sulla popolazione complessiva si mantenne intorno al 2 per cento; in quelli più poveri, come il Messico e la Cina si mantenne fra il 2 e il 4 per cento della popolazione; in Russia e nell'Iran arrivò al 7 per cento; nelle isole Figi al 14 per cento. In alcune aree dell'Alaska e del Gambia morirono tutti, ciò "perché tutti si sono ammalati contemporaneamente e nessuno poteva fornire cure, né poteva dare acqua agli ammalati e forse perché con tanti morti intorno a loro, quelli che sarebbero potuti sopravvivere si sono lasciati andare senza lottare" (Barry, 2004, pp. 21-22); [30]. "Le ricerche effettuate in base alle etnie hanno rivelato che, negli USA, la popolazione afroamericana aveva una mortalità inferiore rispetto ai bianchi, ma un tasso di letalità maggiore. Le ragioni della minore mortalità erano legate alla maggiore esposizione, ma quando si ammalavano avevano un rischio maggiore di morire" [31]; [32].

La Spagnola colpì i centri urbani più densamente popolati e i piccoli centri rurali. Le ragioni delle difficoltà di stabilire dati precisi sono diverse. Tra le prime, perché non si compilarono statistiche; spesso la Spagnola fu confusa con altre malattie infettive o viceversa; perché lo studio del settore delle malattie influenzali solo recentemente ha compiuto progressi; le pandemie influenzali non si sa quando cominciano né quando finiscono; entrano nel ciclo delle influenze stagionali, alterano notevolmente le curve di mobilità e di mortalità; definire i limiti di una pandemia è un fatto molto

discrezionale del ricercatore; la difficoltà di aggregare dati è difficile perché su un territorio (regione, provincia o comune) non si presenta in modo omogeneo, ma con focolai sparsi. Nonostante queste difficoltà, la Spagnola fu una delle peggiori, se non la peggiore, delle malattie influenzali. “Negli annali delle pandemie influenzali – conclude Laura Spinney – l’influenza Spagnola occupa quindi un posto particolare. Quasi tutti gli scienziati ormai sono concordi nel dire che l’evento scatenante – il salto di specie del ceppo influenzale dagli uccelli agli uomini – sarebbe avvenuto anche se il mondo non fosse stato in guerra, ma che il conflitto ha contribuito alla sua eccezionale virulenza, aiutando allo stesso tempo la diffusione del virus in tutto il globo” (Spinney, 2020, pp. 496-497). Con il ritorno a casa dei militari “quello che ci ha insegnato l’influenza Spagnola è che un’altra pandemia influenzale è inevitabile, ma che se farà dieci o cento milioni di vittime dipende solo da come sarà il mondo in cui si scatenerà” (Spinney, 2020, pp. 497-498).

3. La Spagnola in Italia e i provvedimenti adottati per frenarne la divulgazione

Anche in Italia la Spagnola si diffuse con grande violenza, specialmente, dal maggio 1918, nelle zone di guerra e in quelle vicine. I sintomi con cui si manifestava erano gli stessi degli altri paesi: febbre alta, fastidi alla gola, tosse secca, stanchezza, dolori agli arti, mal di testa, il paziente respirava con difficoltà; sanguinava dal naso; la pelle diventava viola; aveva bisogno di aria [33]. Le prime segnalazioni di morti si ebbero ad Assisi, Domodossola, La Spezia. Esse riguardavano i militari della Marina. Altre segnalazioni si ebbero nelle province di Modena, Piacenza, Verona e Pisa [34]. A Torino, si registrarono fino a 400 morti al giorno. Una grave notizia era l’arrivo della Spagnola, ma non fu portata a conoscenza della popolazione per la censura imposta dai governanti italiani, al fine di impedire la diffusione del panico [35]. “Venivano censurate – scrive Paolo Gulisano – anche le lettere indirizzate ai congiunti emigrati all’estero. Le autorità avevano parlato solo di “sospetta epidemia di tifo” (Gulisano, 2006, p. 226). I soldati che avevano partecipato alla guerra, tornando a

casa, diffondevano ulteriormente il *virus* fra la popolazione. I giornali minimizzavano le notizie sulla malattia. Così smisero di diffondere dati e le autorità vietarono le manifestazioni pubbliche, dove si poteva diffondere il virus: chiusero le scuole, i teatri e ordinarono alle farmacie l'apertura senza i turni di chiusura per una giornata settimanale. Le chiese non furono chiuse per consentire la celebrazione dei funerali, che si ripetevano in continuazione. Vietarono qualsiasi assembramento di persone e stabilirono una rigida vigilanza sulla pulizia delle strade e degli uffici pubblici; furono proibite le visite a persone malate di Spagnola; si sconsigliavano abbracci, baci e strette di mano; a metà ottobre, fu decisa la chiusura anticipata delle osterie e dei negozi per la vendita dei prodotti alimentari. Tutti provvedimenti che portarono alla scomparsa dai negozi di disinfettanti e di generi alimentari di prima necessità [36]. Tutto verrà ripetuto nel 2020 con la diffusione del Coronavirus, anzi con maggiore rigidità poiché si obbligò la popolazione a rimanere chiusa in casa.

In tutti gli stati colpiti dalla Spagnola, i governanti adottarono provvedimenti per frenarne la diffusione. In particolare, gli ammalati venivano messi in quarantena, cioè isolati per 40 giorni come si faceva con le navi che arrivavano nei porti venendo dai luoghi dove erano diffuse le malattie infettive (Cipolla, 1989).

In Italia, la gestione della sanità pubblica fu affidata al Ministero degli Interni, pertanto, a livello locale, era gestita dai prefetti e dai sindaci dei comuni (Bachi, 1919, pp. 327 e sgg.; Bachi, 1920, pp. 362 e sgg.); [37], assistiti dal Consiglio Sanitario Consultivo. Si sarebbero potuti stabilire controlli alle frontiere e creare cordoni sanitari, ma, in periodo di guerra, allorché si aveva un notevole movimento delle truppe, molti controlli non si potevano effettuare. Misure di isolamento – ma con pochi risultati – furono adottate nei campi militari e negli ospedali (Tognotti, 2002, p. 81; Stato Maggiore. Ufficio Storico, 1988), [38]. I primi provvedimenti presi dai prefetti furono emanati nel mese di agosto 1918. Essi stabilivano la individuazione e registrazione dei focolai di infezione; il divieto di assembramento delle persone; il rispetto delle norme igieniche negli asili, nei

convitti e nelle scuole. Fu anche disposta la chiusura delle scuole e delle università, ma la disposizione non fu sempre rispettata in tutte le province. Gli uffici pubblici non furono chiusi, perché si riteneva fossero utili per le operazioni riguardanti i militari. Bisognava lavarsi le mani dopo avere maneggiato monete e non toccarsi il viso. I prefetti e i sindaci emanarono altre disposizioni come la chiusura dei teatri e delle chiese, dei cinema, dei caffè-concerto (Il decreto di chiusura dei teatri, ecc., 1928). Furono proibite le visite agli ammalati, sconsigliati i viaggi nei treni e la partecipazione ai funerali. Furono sospese le organizzazioni di fiere e mercati. Le farmacie dovevano rimanere aperte, fino a tarda notte.

Si trattava di provvedimenti che arrivavano nel momento meno opportuno, cioè quando era stata dichiarata la fine della Prima Guerra Mondiale e la popolazione desiderava riprendere le abitudini prebelliche e sospensione delle privazioni che dovettero sopportare per i quattro anni di guerra. Se a questo si aggiunge che non sempre tutti i prefetti e i sindaci adottarono contemporaneamente i provvedimenti necessari e non sempre controllavano con rigore il loro rispetto, si creò confusione e le disposizioni venivano disattese (Intorno all'attuale epidemia, 1918). Comunque, le disposizioni emanate si rifacevano alle conoscenze dell'Ottocento, che facevano risalire la malattia infettiva alla sporcizia. Così non era, perché si erano fatte nuove scoperte con la diffusione dei microbi visti come mostri invisibili, ciò vale specialmente per i nuovi medici igienisti (ufficiali sanitari) incaricati della vigilanza sul rispetto dell'igiene (Tognotti, 2002, pp. 83-84). "La dottrina miasmatica – osserva Tognotti – seppellita dall'avvento del paradigma microbiologico sembrava riaffacciarsi nell'ossessione della disinfezione che confondeva la lotta ai "miasmi" e lotta ai germi, nuovi protagonisti della scena patologica, nascosti nel pulviscolo dell'aria" (Tognotti, 2002, p. 84). Per conseguenza, la disinfestazione e la pulizia divennero gli elementi principali della prevenzione della Spagnola. Crebbe notevolmente la richiesta di disinfettanti e quindi aumentarono i relativi prezzi, tanto che, a Milano, i cittadini chiedevano la loro calmierazione (Disinfettanti, 1918). La richiesta di disinfezioni partiva, prevalentemente,

dai quartieri periferici più poveri delle città, dove l'igiene lasciava a desiderare. Furono emanate dai sindaci e dai prefetti anche severe disposizioni per fare mantenere una certa distanza fra le persone nei luoghi pubblici (tram, poste, uffici, negozi, ecc.). Disposizioni, spesso, non controllate, per cui non venivano rispettate anche per la loro diversità a seconda dei sindaci delle città o dei prefetti (Norme igieniche, 1919). La maggiore diffusione del virus si aveva nelle carrozze dei treni, sempre affollate, anche di militari, che si spostavano dal fronte ai luoghi di origine. Ragione di diffusione del *virus* erano le code di persone che si formavano davanti alle latterie, farmacie, macellerie e agli spacci pubblici e privati (Vigorelli, 1987). Per il timore della diffusione della malattia, in alcuni comuni, si chiese per i convalescenti la limitazione della libertà di movimento, ma non si arrivò a chiudere tutte le persone nelle proprie abitazioni, come è avvenuto nel 2020 per il Coronavirus. In alcuni comuni, fu anche vietata la stretta di mano come saluto, poiché le mani erano considerate veicoli della diffusione della saliva e del muco del naso, fonte principale dell'infezione (L'influenza, 1918; Tognotti, 2002, pp. 90-92). Un grosso pericolo della diffusione dell'influenza derivò dalle manifestazioni di gioia della popolazione per le strade, quando si seppe la notizia della fine della Prima Guerra Mondiale e la firma del Trattato di armistizio con Austria - Ungheria, Germania e Turchia. Manifestazioni giustificate che non si sarebbero potute vietare (Tognotti, 2002, pp. 92-93). Intanto, non rispettando le disposizioni, per evitare i contagi, aumentava vertiginosamente il numero dei morti e venivano emanate altre disposizioni, come il divieto di partecipare alle feste patronali; furono sospese diverse corse che effettuavano i treni (Altri treni, 1918). Comunque, il rispetto delle norme igienico-sanitarie si rafforzò dal momento in cui si diffuse la "dottrina dei microbi", la quale "forniva fondatezza scientifica al fatto che ciascun organismo individuale per mezzo delle innumerevoli armate degli infinitamente piccoli organismi che celavano in esse, andasse per così dire 'all'assalto' di tutti gli organismi del mondo" (Rosanvall, 1990, p. 171; Tognotti, 2002, p. 95). Comunque, il suggerimento di mantenere la pulizia delle persone, delle abitazioni e dei

luoghi pubblici non deriva dalle ricerche scientifiche della microbiologia, ma sono utili per impedire il moltiplicarsi delle infezioni (Tognotti, 2002, pp. 95-96). Si voleva convincere la popolazione a mantenere, comunque, la pulizia delle mani e degli oggetti manipolati. Anche il suggerimento di lavare frequentemente le mani non veniva facilmente rispettato, poiché solo poche abitazioni avevano impianti di acqua potabile corrente (Tognotti, 2002, pp. 97-98; ISTAT, 1957). In generale, nell'immediato primo dopoguerra, la maggiore parte della popolazione italiana viveva nella miseria per lo sforzo bellico che aveva fatto l'Italia. Molte famiglie italiane povere vivevano in abitazioni fatiscenti, prive di acqua, luce e servizi igienici; mangiavano in base a ciò che ricevevano con tessere annonarie che distribuiva il governo. La debolezza fisica di quelle famiglie era un terreno dove facilmente allignava la Spagnola (Tognotti, 2002, p. 99; Dentoni, 1988, s.p.). Le norme igieniche venivano comunicate alla popolazione attraverso le *"Istruzioni popolari per la difesa contro l'influenza"*, le quali venivano diffuse con la pubblicazione sui giornali che comunque avevano una limitata tiratura. Si affiggevano anche manifesti con l'indicazione delle norme igieniche da rispettare. Fra i medici che suggerivano queste norme esistevano contrasti: alcuni suggerivano di non modificare lo stile di vita della popolazione e non spendere soldi per essenze, deodoranti e farmaci inutili; altri medici suggerivano di rispettare le norme igieniche addirittura usando speciali spazzolini per i denti ed altre attenzioni come usare purghe speciali, bere un bicchiere di vino o cognac o masticare tabacco per allontanare il malefico "bacillo" (Tognotti, 2002, p. 105; Febbre spagnola, 1918). Altri medici suggerivano il contrario, ritenendo che bere alcolici o fumare indeboliva le difese immunitarie tanto da favorire la diffusione della Spagnola (Consigli, 1918). La malattia dilagò fra la popolazione anche per la carenza di medici, farmacisti e infermieri, che avrebbero potuto dare dei giusti suggerimenti per impedire il dilagare della malattia [39]. La carenza delle tre categorie di professionisti più informati sulla malattia era dovuta alla carenza in generale, ma ingrandita per il periodo bellico, perché furono chiamati nelle zone di guerra per curare i feriti. Né fu sufficiente colmare

la mancanza di medici con il richiamo degli studenti delle facoltà di medicina nelle strutture ospedaliere, dopo avere frequentato un breve corso di specializzazione [40]. Furono, prevalentemente, i piccoli centri urbani situati in zone agricole che maggiormente soffrivano della carenza di personale sanitario. Molto sentita fu anche la carenza di addetti al trasporto dei cadaveri e scavo delle fosse. In alcuni paesi, mancavano completamente perché richiamati alle armi o morti per la Spagnola (Tognotti, 2002, pp. 107-108). Le carenze di medici e strutture sanitarie cominciarono ad avvertirsi fin dal 1915, quando l'Italia entrò in guerra. Pertanto, fu necessario, per i militari, utilizzare anche strutture di piccoli centri abitati. La situazione si aggravò, nel 1918, quando la Spagnola cominciò a mietere numerose vittime. Si crearono rapidamente delle nuove strutture ospedaliere fisse e mobili. Fu necessario trasferire nelle retrovie i feriti per la guerra nelle strutture dei piccoli centri rurali. Furono utilizzati anche alberghi, caserme, scuole, collegi, seminari. Come se non bastasse ai feriti per la guerra e ai colpiti dalla Spagnola cominciarono a crescere anche i malati di malaria, specialmente fra i militari delle trincee (Tognotti, 2002, p. 109; Bonetti, 2004).

Non mancarono problemi di coordinamento fra la Sanità civile e la Sanità militare, dovuti alla divisione dei poteri fra le due istituzioni, né mancarono problemi di coordinamento fra i poteri di tre ministeri coinvolti nella guerra (Interni, Guerra e Marina). Come al solito, le carenze di strutture sanitarie si ebbero principalmente nell'Italia Meridionale e nelle Isole. Mentre nel Nord le strutture ospedaliere erano concentrate nei grandi centri urbani, che furono impegnate a soddisfare le esigenze dei militari e dei civili (De Napoli, 1989; Salpietro, 1918). In Lombardia, la maggior parte dei medici era destinata alle cure dei militari, per i civili erano pochissimi ed erano impegnati notte e giorno [41]. A nulla servì la disposizione di ricorrere a medici pensionati “anziani e poco validi”, essi “avevano ben poche possibilità di migliorare la situazione critica nelle aree rurali ad insediamento sparso” (Tognotti, 2002, p. 112). Quando, nel mese di ottobre del 1918, l'epidemia cominciò ad assumere proporzioni drammatiche, fu necessario spostare diverse centinaia di medici dal servi-

zio militare alle strutture per i pazienti civili, fu inoltre necessario utilizzare i medici della Croce Rossa e gli studenti di medicina (Tognotti, 2002, p. 112); [42].

Il vuoto dell'assistenza medica, a fine ottobre del 1918, si aggravò perché molti medici e sanitari si ammalarono e diversi contagiati morirono (Giovannini, 1987, pp. 373 e sgg.). Questi disagi suscitarono le proteste e le agitazioni della popolazione, che sfociarono in vere e proprie rivolte, principalmente, a Bologna (L'influenza, Il Resto del Carlino 1918). A nulla servì l'invito alla calma e alla serenità di animo che veniva dai giornali [43].

In conclusione, si rileva dal "Corriere della Sera" del 16 ottobre 1918, i provvedimenti "risultarono insufficienti, data la varietà dei bisogni e l'insufficienza dei mezzi disponibili, e di personale sanitario" (L'influenza, Corriere della Sera, 1918). Negli ospedali improvvisati nelle scuole o negli alberghi mancava quasi tutto, persino i disinfettanti. Nessuna meraviglia, dunque, che la mortalità fosse così elevata, pure considerando il fatto che i ricoverati erano naturalmente gli ammalati più gravi. Pochissimi i dati disponibili (Tognotti, 2002, p. 120). A tutto ciò si aggiungeva la carenza di farmacisti e di medicinali, tanto che in alcune città furono rubati molti farmaci. Pertanto dai giornali si chiedeva una maggiore vigilanza sulle farmacie e sui prezzi dei prodotti più richiesti, come il chinino [44].

4. Le terapie adottate per guarire l'influenza Spagnola

Durante il 1918 e il 1919, mentre la Spagnola mieteva migliaia di vittime non si riuscì a trovare una terapia che potesse debellare il male. Ciò creò una grande confusione sui suggerimenti che venivano proposti sui giornali per curare la malattia con droghe, acido fenico, chinino, ecc. Tutte proposte empiriche, senza alcun fondamento scientifico (L'epidemia in provincia, 1918, s.p.). La mancanza di rimedi per debellare il male creava sfiducia nella popolazione nei confronti della medicina ufficiale. Caddero molte speranze che si erano diffuse con la scoperta della "*teoria dei germi*" di fine Ottocento e inizio Novecento, cioè "la misteriosa Spa-

gnola riportava indietro le lancette della storia sulla terapia, lasciando solo al medico la possibilità di alleviare i sintomi e di cercare di mutare il decorso della malattia” (Tognotti, 2002, p. 124). In mancanza di una terapia scientifica, si dava adito a ciarlatani, guaritori e maghi di ogni genere a conquistare la credibilità degli infettati, estorcendo loro lautissimi compensi. Era tale la confusione che si cominciò a parlare della presenza di untori, che venivano individuati tra i medici, altri fra le autorità di governo. Si arrivò anche ad ipotizzare una guerra batteriologica: la Spagnola viene definita anche un regalo della Germania per fare perdere la guerra agli alleati [45]. Ad aggravare la confusione vi era la immissione sul mercato, con la pubblicità, da parte di farmacie e case farmaceutiche, di rimedi sanitari, come colluttori, sieri antisettici, pozioni, disinfettanti ed antifebbrili di nessuna efficacia concreta (Un consiglio pratico, 1918; Tognotti E., 2002, p. 125). Per le frequenti inserzioni pubblicitarie sui giornali relative ai rimedi per combattere la Spagnola c’è da presupporre che molte persone si curassero senza neanche ricorrere ai medici. Anche i medici condotti, non sapendo quale terapia applicare, si limitarono a combattere solo i sintomi, come la febbre e i dolori, consigliando le aspirine oppure la salicina (Tognotti, 2002, p. 127) o china – china, oppure i salassi ritenuti di grande aiuto per i polmoni. Consigli venivano anche dai medici militari, che curavano molti giovani soldati tenuti a mantenere una rigida disciplina (Sulla terapia, 1919). Negli ospedali, si faceva molto uso dell’aspirina, in commercio dall’inizio del ’900. Anche per questo medicinale vi erano molti pareri discordanti fra i medici, alcuni erano favorevoli all’uso, altri contrari. Quasi tutti i medici erano concordi sull’uso della confora, considerata “un cardiotonico poco dannoso” (Tognotti, 2002, pp. 129-130). Anche per questo medicinale i sanitari si comportavano in base alle loro esperienze e meno su dati scientifici. “In generale si può dire – scrive Tognotti – che nelle strategie entravano in campo, a seconda del caso, i cardiocinetici (stricnina, caffeina, olio comparato), i medicamenti atti a diminuire l’eccitabilità del sistema nervoso (valeriana, derivati del bramuro, veronal, morfina) e gli antitermici chimici” (Tognotti, 2002, p. 130; Dragonetti, 1919).

Per le infezioni, come antinfettivi, si usavano l'uropinia, il chinino, gli arsenici e l'ucopirina (un alcaloide che combatte gli streptococchi). Per i disturbi nervosi e le situazioni di delirio si consigliavano bagni caldi o freddi. Comunque, la Spagnola fu l'occasione per dare un "formidabile impulso alla ricerca batteriologica e virologica", cioè fu l'occasione per sperimentare "nuove strategie terapeutiche e in particolare di sieri e vaccini". La sieroterapia aveva dato buoni risultati per la cura della difterite, della scarlattina, del tetano, tuttavia "presentava molte incognite, anche se alcuni esperimenti avevano dato risultati confortanti" (Tognotti, 2002, p. 132). In molte parti del mondo e a Milano in particolare, furono fatte molte sperimentazioni di vaccini come cura preventiva, ma i risultati non furono così soddisfacenti da potere dichiarare il vaccino trovato scientificamente valido.

5. La misurazione della diffusione della malattia e dei morti in Italia

Come nel Trecento e nel Seicento, si diffondeva rapidamente la morte per colera o peste, così accadde con la Spagnola. Nei momenti più caldi, i morti non si riuscivano a contare. Le persone morivano per le strade come mosche, colpiti dalla misteriosa malattia (Tognotti, 2002, p. 137). Poiché non bisognava diffondere notizie allarmanti sui morti di Spagnola, il comune di Napoli comunicava al giornale *Il Mattino* notizie molto generali, come quella dell'ottobre 1918: "certamente il numero degli attacchi è piuttosto rilevante, ma se lo si confronta con la quota di Madrid, di Roma e di altre città d'Italia, dove oltre 1/3 della popolazione fu colpita dal morbo, Napoli può ritenersi privilegiata" (Le condizioni sanitarie della città, 1918). "D'altra parte, erano i giornali a divulgare i provvedimenti del governo, le misure profilattiche dei sindaci, gli annunci che riguardavano la chiusura di scuole e locali pubblici, i programmi di disinfezione e persino le comunicazioni della Curia sulla sospensione dell'obbligo del digiuno e dell'astinenza per le famiglie attaccate dal morbo o dell'intera popolazione, almeno in alcuni casi" (Tognotti, 2002, p. 141). Le informazioni e le direttive relative alla epidemia non erano solo affidate a "manifesti" affissi da

sindaci e prefetti, come era avvenuto, nell'Ottocento, per le epidemie di colera ma anche dai giornali. Circolando sui giornali le informazioni raggiungevano, se non l'intera popolazione, una parte consistente che comprendeva i nuovi alfabetizzati nel servizio militare e nelle trincee" (Tognotti, 2002, p. 145). Comunque, indirettamente, si rilevava la gravità della situazione dalle disposizioni che emanavano i sindaci dei comuni: divieto di svolgere funerali, di suonare le campane a morte, di chiudere i portoni in segno di lutto o di deporre corone di fiori. "Tutto questo – scrive Tognotti – dove le misure della catastrofe sanitaria che stava completando l'opera dei sofisticati strumenti bellici introdotti in quella guerra, tra cui c'erano i gas tossici". Altri indici della gravità della situazione per la Spagnola erano la carenza dei prodotti alimentari sui mercati e l'aumento dei prezzi, infatti per i prezzi dei generi di prima necessità, nel 1918, rispetto al 1914, erano quadruplicati (Tognotti, 2002, p. 156). "Fame e malattie erano due facce della stessa medaglia: ci si ammalava perché debilitati dalle privazioni della malattia, si stentava a guarire perché mancavano gli alimenti necessari alla vita" (Tognotti, 2002, p. 150). Si riusciva comunque a sopravvivere grazie alla distribuzione di viveri (riso e pasta) che effettuava lo Stato e i comuni. Spesso si allestivano cucine economiche per la distribuzione di latte, brodo e riso per gli ammalati poveri (Delle Calabrie, 1918).

È difficile stabilire il numero preciso dei morti per la Spagnola, nel 1918 e 1919, poiché, per questa malattia, non vi era l'obbligo della dichiarazione della causa della morte. Secondo i dati dell'Istituto Centrale di Statistica, la popolazione italiana presente sul territorio, dal 1917 al 1918, scese da 36 a 35 milioni di abitanti; rimase invariata nel 1919 e crebbe a 36 milioni nel 1920. I nati vivi, fra il 1917 e il 1918, scesero da 713 mila a 655 mila; i nati morti, nello stesso periodo, passarono da 30 mila a 33 mila e balzarono a 36 mila nel 1919; i morti, fra il 1917 e il 1918, crebbero da 948 mila a 1.268 mila e scesero a 676 mila nel 1919 (ISTAT, 1958, pp. 39-43; SVIMEZ, 1960, pp. 65 e sgg.). Secondo i calcoli di Mortara riportati da Tognotti, dal confronto del numero medio dei morti mensil-

Tab. 1 - Eccedenza del numero dei morti nel 1918 e 1919 sul numero medio dei morti dello stesso mese del 1911-13

Anni	Mesi	Ecc. in + o in - /cifre assolute)
1918	giugno	- 285
	luglio	- 1.201
	agosto	10.329
	settembre	77.999
	ottobre	242.841
	movembre	118.142
1919	dicembre	49.561
	gennaio	25.461
	febbraio	7.069
	marzo	1.055
	aprile	- 3.352
	maggio	- 986

Fonte: Tognotti, (2002), p. 172; Mortara, (1926), p. 120; ISTAT, (1958), pp. 220-230

mente nel periodo da giugno 1918 a maggio 1919 con il periodo giugno 1911 e maggio 1913, i morti in eccesso (dopo due mesi di riduzione della mortalità) crebbe da 10 mila, nel mese di agosto 1918, a 242 mila nel mese di ottobre e scese gradualmente a poco più di mille nel marzo 1919 (Mortara, 1926; ISTAT, Cause di morte, 1958, pp. 229-230). La vita media della popolazione italiana scese, nel 1918, a 30 anni, mai fu così bassa.

Secondo Giorgio Mortara, dall'agosto 1918 al marzo 1919, complessivamente, in Italia, i morti per la Spagnola furono circa 600.000 [46]; [47] su una popolazione di 36.000.000 di abitanti. Tenendo conto di questi numeri, si ha una mortalità del 17 per mille degli abitanti (in percentuale 1,7). Una cifra fra le più elevate nell'ambito dei paesi europei e al nono posto nel mondo dopo l'India, il Madagascar, il Messico, l'Africa e la Nuova Zelanda (Tognotti, 2002, p. 173; SVIMEZ, 1958, pp. 61 e sgg.).

La mortalità non era uguale in tutte le province italiane, in alcune superava di poco l'1 per cento della popolazione e in altre arrivava al 10 per cento (Tognotti, 2002, p. 177). Altre ricerche riportavano una valutazione fra l'8 e il 9 per mille (Tognotti, 2002, p. 173). Secondo le informazioni di Tognotti, la Spagnola colpì in modo più o meno grave un italiano su sette, tenendo conto dei soli ammalati e dei morti. Si trattava di “un rapporto impressionante”, che dava conto della straordinaria diffusione della malattia, soprattutto se si considera che il ciclo epidemico durò soltanto alcune settimane. Il morbo non si diffuse contemporaneamente nella stessa misura nelle regioni del Nord e del Sud della Penisola. Furono colpite prima alcune regioni del Sud. I primi focolai furono avvertiti a Rosarno, in Calabria, da lì coinvolsero l'intera regione e poi passarono nelle province della Campania (Caserta, Napoli ed Avellino). Successivamente, scesero in Sicilia, colpendo maggiormente le province di Catania, Caltanissetta, Trapani e infine Palermo. Quindi la malattia passò in Puglia colpendo principalmente le province di Foggia e Bari. Meno grave fu la diffusione in Basilicata. Intanto, mentre, nell'Italia Meridionale, cominciavano a spegnersi i focolai più caldi, l'influenza passò nell'Italia Centrale e Settentrionale, dove colpì principalmente la popolazione del Lazio, dell'Abruzzo, del Piemonte e della Lombardia (Mortara, 1926, p. 410; Lauria, 1918, p. 5). A Milano, l'esplosione della malattia si ebbe nel mese di agosto del 1918, a Firenze a fine settembre e a Roma, Napoli e Palermo il focolaio si accese prima nelle rispettive province e poi nelle città, dove colpì prima i centri più frequentati come collegi, cinema e scuole. Il numero dei decessi rimase elevato fino all'inizio di novembre del 1918, poi rallentò nel mese di dicembre fino al mese di marzo 1919 (La febbre spagnola, 1918; Sull'epidemia, 1919, p. 401). Una volta arrivata in una città la malattia si diffondeva rapidamente in tutti i quartieri, specie dove vi erano caserme e fabbriche con molti operai e dove l'igiene era carente. La categoria più colpita era quella dei militari e fra questi quelli delle prime linee, perché stressati e malnutriti. Ad essi si aggiungevano i feriti e i prigionieri (Cantieri, 1919, p. 385). Quando l'epidemia colpiva una certa zona vi ri-

maneva per un periodo piuttosto breve: 20-30 giorni. Sulla base dei dati delle grandi città, l'epidemia ebbe la punta più alta nei mesi di ottobre e novembre. A Roma, il 19 ottobre, su 260 morti, 226 (87 per cento) morirono di Spagnola; a Milano, il 16 ottobre del 1918, su 151 morti, 127 erano morti per la Spagnola (84 per cento). Situazioni molto simili si ebbero a Bologna e a Palermo (Tognotti, 2002, p. 179). Comunque, i più alti tassi di mortalità, nel 1918, si registrarono nel Lazio (114 per ogni 10.000 abitanti); seguiva la Sardegna (108 ogni 10.000 abitanti); la Basilicata (105 ogni 10.000 abitanti) e la Calabria con 104. I tassi più bassi furono registrati nel Veneto con il 38 per cento ogni 10.000 abitanti (Tognotti, 2002, p. 180; Pontano, 1918, p. 323; SVIMEZ, 1956, pp. 61 e sgg.). Un indice della diffusa mortalità per la Spagnola si rileva dai numerosi necrologi che si pubblicavano sui giornali relativi alla morte di persone facoltose, nobili, borghesi e politici. Ciò dimostra che la malattia colpiva senza fare distinzioni fra classi sociali, cioè colpiva sia i ricchi che i poveri (Tognotti, 2002, p. 181; Lutrario, 1921). I più colpiti erano coloro che dovevano assistere gli ammalati (medici, infermieri, autisti, telefonisti, ecc.). In più erano i deboli perché affetti da altre malattie: tubercolosi, malati di cuore o di malaria (Il bilancio dell'influenza, 1918; Tognotti, 2002, p. 182).

Un dato che è rimasto inspiegabile è la maggiore mortalità femminile rispetto a quella maschile. Alcuni studiosi ritengono che il lavoro femminile sia più rischioso, principalmente per l'assistenza ai malati e per gli infetti rimasti nelle famiglie, comunque, non vi è una spiegazione scientifica (Bravo, 1999; Mortara, 1926, p. 148). La mortalità causata dalla Spagnola, colpendo principalmente i giovani, creò uno squilibrio biologico e demografico. La speranza di vita scese, nel 1918, a 30 anni per gli uomini e a 32 per le donne (Tognotti, 2006, pp. 183-184).

Nel biennio 1918-19, si ebbe la crescita della mortalità dei bambini fino ai 5 anni. Un dato confermato dalla mortalità in molti paesi europei. I meno colpiti dalla Spagnola furono le persone anziane (Tognotti, 2002, p. 184; Sanz Germano - Ramiro Farinas, 2000, pp. 121-151; Somogy, 1967, p. 85; Tomaselli, 1918). Comunque, per il virus della Spagnola ad

Tab. 2 - Mortalità per influenza spagnola nelle regioni italiane (1916-1920) (x 10.000 ab.)

	1916	1917	1918	1919	1920
Piemonte	1,3	0,6	64,4	11,2	5,4
Liguria	0,9	1,2	63,8	10,4	7,8
Lombardia	1,7	0,7	72,6	8,6	5,1
Veneto	1,0	0,6	37,9	4,8	4,0
Emilia	1,2	0,7	67,1	11,0	6,3
Toscana	0,8	0,5	76,5	9,7	8,4
Marche	1,1	0,8	72,3	12,5	8,8
Umbria	1,3	1,3	73,3	13,8	10,8
Lazio	2,5	0,6	114,7	9,6	8,9
Abruzzo e Molise	1,7	1,5	93,8	8,1	8,6
Campania	1,5	1,2	78,8	8,3	8,5
Puglia	2,8	1,8	89,8	4,8	5,2
Basilicata	4,3	3,0	105,1	16,5	8,6
Calabria	2,6	2,0	104,8	10,4	7,5
Sicilia	1,7	0,9	76,1	4,9	4,5
Sardegna	2,1	2,8	108,8	10,7	12,4

Fonte: Tognotti, (2002), p. 180; Rivista Italiana di Igiene, (2019), Tab. 7: Secombe, (1997), p. 40

oltre cento anni dalla sua maggiore diffusione, nel 1918-1919, molti dati sono ancora incerti sulle sue caratteristiche e sulla sua diffusione e ancora non si è scoperto un vaccino che possa prevenire una seconda strage.

La popolazione addetta all'agricoltura delle regioni meridionali, fra il 1911 e il 1921, passò dal 29 al 30 per cento; quella addetta alle industrie scese dal 9,8 all'8,8 per cento; gli addetti a trasporti e commercio passarono dal 3,8 al 3,10 per cento. Pertanto, questi dati stanno ad indicare che la guerra e la Spagnola, in effetti, non stravolsero completamente l'assetto sociale della popolazione (SVIMEZ, 1954, p. 43).

Il numero dei matrimoni non risentì della presenza della Spagnola, infatti furono celebrati, in Italia, nel 1918, 3 matrimoni ogni 1.000 abitanti, che crebbero a 9,3 nel 1919. La ragione della triplicazione (SVI-MEZ, 1954, p. 77) era dovuta al rinvio della cerimonia che molti giovani dovettero effettuare per partecipare alla guerra. Al ritorno, una volta sistemati i problemi del lavoro, ebbero la possibilità di sposarsi.

6. L'economia italiana negli anni della Spagnola

Parallelamente all'andamento della mortalità, provocata dalla Spagnola, bisogna esaminare l'andamento dell'economia italiana. Da un primo esame dei dati disponibili possiamo dire che l'economia, nel biennio 1918-19, non subì una grossa influenza negativa dalla Spagnola. Vi sono dei dati negativi, ma molti sono positivi. La prima considerazione è che il governo centrale, i prefetti e i sindaci non adottarono provvedimenti di politica economica così radicali da bloccare completamente tutte le attività produttive, come è invece accaduto con i provvedimenti emanati, nel 2020, per il Coronavirus. D'altra parte, in questa seconda epidemia non vi erano gli effetti di una guerra che bloccò l'economia mondiale. Il 1918, dal punto di vista economico, può dividersi in due parti. La prima è la continuazione dell'economia di guerra impostata fin dal 1915; la seconda fu caratterizzata da una economia di pace con una domanda di prodotti in crescita. Nella prima parte – quando ancora la Spagnola non imperversava ferocemente – l'economia crebbe a ritmi accelerati, perché fu necessario compiere uno sforzo bellico finale, dopo la triste sconfitta di Caporetto. Nella seconda metà dell'anno, si crearono molte aspettative di crescita economica poiché si pensava potessero riprendere le attività nella stessa maniera degli anni prebellici. Così non fu, per cui, secondo Riccardo Bachi, la vita economica fu segnata “da attriti, da ostacoli che imposero una rigorosa selezione tra le operazioni economiche, in vista del supremo evento (la vittoria bellica) dominante sulla vita nazionale. Tutte le iniziative passavano per lo Stato. Lo Stato [era] diventato, ancora più di prima,

il centro, il motore dell'economia nazionale, il cliente unico o massimo delle più svariate opere, il dispotico regolatore delle più varie gestioni" (Bachi, 1919, pp. V-VI). Anche nel 1919, che fu il primo anno di pace, le aspettative di ritorno all'economia prebellica vennero a mancare. A segnare la ripresa dell'economia, ci fu uno "svolgimento tumultuario, da spostamenti assai frequenti nelle posizioni e nelle prospettive. È gravato ogni ora, generale, penoso il senso della instabilità, della incertezza, impedente ogni fondata previsione, ogni razionale apprestamento di operazioni a lungo decorso ... nei primi mesi posteriori alla deposizione delle armi, una fase di marasma per la generale astensione dagli acquisti, la quale ha avuto una durata non lunga ed è stata seguita da una più estesa fase di effervescenza negli affari, simile in parte a quello che ha segnalato molto in tempo di guerra" (Bachi, 1920, p. V). In queste considerazioni Bachi non fa alcun riferimento alla Spagnola, che a nostro avviso contribuì a creare la confusione e alla crisi dell'economia.

Finita la guerra, la ripresa delle attività economiche dei paesi europei fu condizionata dall'aumento ulteriore dei prezzi e da "una grande confusione nel mercato dei cambi. Le risorse valutarie [furono] decurtate dall'inflazione e dal più rapido deteriorarsi della valuta, con la conseguente rivoluzione del potere di acquisto in termine di importazioni per importanti paesi come l'Austria, la Polonia e la Germania e il commercio estero ne risulta profondamente colpito" (Tattara, 1981, p. 147). Gli industriali, alla fine del 1919, chiedevano l'immediato smantellamento dell'economia di guerra e la rimozione dell'intervento dello Stato nell'economia, che era stata opportuna solo durante la guerra. Subito bisognava iniziare una politica di libertà economica. Violente furono le polemiche contro le "bardature" di guerra. Ciò significava frenare le iniziative per il rapido riavvio delle attività economiche (Carocci, 1975, p. 241).

Nel marzo del 1918, furono stipulati i primi accordi di cooperazione finanziaria fra Italia e Stati Uniti. Furono emanati i primi provvedimenti di stabilizzazione della lira svalutata durante la guerra. A novembre, fu stabilito l'armistizio con l'Austria e la Germania. A fine anno 1918, furono

riaperte le borse, che erano rimaste chiuse nel periodo di guerra. Nel marzo del 1919, gli alleati sospesero la politica di sostegno alle oscillazioni del valore della lira, politica avviata nel 1918, pertanto il cambio della lira si fece liberamente oscillare. Rispetto alla moneta più forte, la lira entrò in una fase di svalutazione. Nel maggio del 1919, finì il monopolio dei cambi. Il 28 giugno, la Germania firmò il trattato di pace a Versailles. A settembre fu l'Austria a firmare il trattato di pace. Intanto, poiché all'Italia non venne concesso il territorio che aveva chiesto per il trattato di pace, D'Annunzio occupò Fiume con un gruppo di volontari. A settembre del 1919, caddero le quotazioni di borsa per la ventilata introduzione di un tributo patrimoniale troppo alto. Nonostante la Spagnola – per la quale si sarebbero dovute concedere delle disponibilità finanziarie per gli imprenditori – gli Stati Uniti e la Gran Bretagna aumentarono il saggio ufficiale di sconto. A novembre del 1919, in Italia, si effettuarono le elezioni che portarono alla vittoria i socialisti e i popolari, mentre persero voti i liberali. L'anno 1919, che vide il dilagare della Spagnola, si chiuse con tensioni sociali, che si aggravarono nel 1920. Ancora una volta si ignorò la Spagnola per non aggravare le tensioni sociali e finanziarie (Germanò-Stefani, 2003, pp. 629-630).

Esaminiamo i dati più significativi dell'economia italiana nel 1918 e 1919. Secondo Toniolo, che nelle sue considerazioni sul periodo, non tiene conto della presenza della Spagnola: “in linea molto generale si può dire che l'espansione produttiva “tirata” dalla congiuntura bellica raggiunse il suo punto di massima tra la fine del 1917 e l'inizio del 1918. Questo ultimo anno fu certo caratterizzato da un livello di attività inferiore a quello dei due precedenti. I primi mesi di pace furono caratterizzati da un ristagno produttivo. La brusca diminuzione dei flussi finanziari dall'estero (prestiti interalleati di guerra) implicò una caduta della capacità di importare, mentre il processo di *import-substitution* si metteva in movimento molto più lentamente. Nella seconda metà del 1919 si notarono segni di ripresa che diedero ben presto il via ad una intensa quanto breve onda ciclica espansiva” (Toniolo, 1981, pp. 17-19). In base ai calcoli dell'Istat, il *red-*

dito nazionale netto, ai prezzi costanti del 1938, scese da 91 miliardi, nel 1917, a 89 miliardi nel biennio 1918-19. Il valore pro capite del reddito, sempre in base ai prezzi costanti del 1938, scese da 2.411 lire, nel 1917, a 2.384 nel 1918 e a 2.401 nel 1919. Il PIL crebbe dalla media del periodo 1901-1910 alla media del periodo 1911-20 da 10 a 13 miliardi di lire. Nel settore agricolo, il PIL, fra il primo e il secondo periodo, scese dal 43 al 40 per cento e nel settore industriale salì dal 22 al 25 per cento; il settore terziario crebbe dal 3 al 4 per cento (ISTAT, 1975, pp. 181-182).

Con l'indice base 100, dal dicembre 1918 al dicembre 1919, in Italia, i depositi bancari crebbero lievemente passando dall'indice 205 a 261. Il settore bancario risentì delle difficoltà create dalla Spagnola. Per esempio, i risparmi raccolti dalla *Banca della Società di Credito Popolare di Torre del Greco*, in valori nominali, fra il 1918 e il 1919, aumentarono, mentre in valori reali, in base ai prezzi del 1938, diminuirono del 6 per cento. Anche l'impiego dei risparmi, in valori reali, diminuì fra il 1919 e il 1920, del 68 per cento (Balletta, 2009, pp. 64-73; Bachi, 1920, p. 120). Complessivamente, le attività di tutte le banche, fra il 1918 e il 1919, crebbero da 12 a 18 miliardi di lire correnti (Cotula ed Altri, 2003, p. 120). Ciò dimostra che nelle singole località l'attività delle banche variò in base alla maggiore o minore intensità della mortalità provocata dalla Spagnola. L'attività dei tre istituti di emissione – Banca d'Italia, Banco di Napoli e Banco di Sicilia – e quella dell'INCE (Istituto Nazionale dei Cambi con l'Esterio) crebbe, in valore nominale, da 15 miliardi di lire, nel 1918, a 22 miliardi nel 1919 (Servizio Ragioneria della Banca d'Italia, 1993, p. 751). L'indice delle entrate dello Stato crebbe da 318 a 417; quello delle spese passò da 809 a 825 (Toniolo, 2003, p. 174); l'indice di indebitamento dello Stato passò da 420 a 636; l'indice dei prezzi all'ingrosso crebbe da 463 a 500; l'indice del costo della vita passò da 266 a 291; l'indice del cambio del dollaro balzò da 53 a 112 e quello della sterlina da 59 a 109. Questa ultima variazione dipese dall'abolizione del monopolio dei cambi del 1919 (Cotula-Spaventa, 2003, p. 213). Tali oscillazioni portarono anche alla caduta degli scambi internazionali e alla scarsa competitività internazionale

degli industriali italiani. Tenendo conto che l'Italia, per partecipare alla guerra, aveva impegnato nelle spese belliche circa 1/3 del suo prodotto interno lordo e nell'ultimo anno di guerra, ebbe ben poche risorse da destinare alla lotta contro la Spagnola. "L'essenza dell'economia di guerra – rileva Toniolo – in Italia come negli altri paesi, fu un processo di riallocazione delle risorse [dei bisogni privati e quelli bellici] di dimensione, rapidità e durata sino all'indispensabile" (Toniolo, 2003, p. 175). Ciò comportò una drastica riduzione degli investimenti e un contenimento delle spese private, ma anche un aumento delle spese per importazioni di merci dall'estero. Lo Stato, per le spese belliche, si fece promotore della "mobilitazione industriale e si adoperò per l'approvvigionamento, l'impiego dei lavoratori e la distribuzione dei prodotti di prima necessità". "Per il resto si ricorse a un complesso sistema di divieti e di incentivi. Vennero snellite le procedure di appalto e di pagamento delle forniture. Il sistema adottato rese agevole ai privati la realizzazione di eccezionali profitti e consentì, tramite la guerra, la concessione di anticipi sull'ammontare dei contratti, di provvedere alle imprese parte della liquidità della quale avevano bisogno" (Toniolo, 2003, pp. 172-173). Relativamente ai consumi di prima necessità, nel 1918, la politica di approvvigionamento fu condizionata dalle importazioni dall'estero. Comunque, i consumi furono condizionati dalla politica annonaria diretta a contenere la crescita dei prezzi (Bachi, 1919, pp. 262 e sgg.). Nel 1919, l'obiettivo della politica annonaria venne a mancare e gradualmente cominciò a funzionare il libero mercato pure rimanendo i prezzi elevati (Bachi, 1920, pp. 335 e sgg.).

Da un esame più approfondito dell'economia e finanze, nel 1918-1919, possono vedersi i segni della crisi dovuta alla Spagnola. Infatti abbiamo visto che si ebbe un lieve calo del reddito nazionale netto; la circolazione monetaria complessiva si ridusse (da 14,5 a 14,3 miliardi di lire correnti) (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. I) nei mesi di marzo ed aprile 1919, venne ridotta la liquidità in un periodo che si aveva più bisogno di denaro per il dilagare della Spagnola. La lira italiana fu così svalutata che il cambio con il dollaro, da gen-

naio a dicembre 1919, crebbe da 6,3 a 57 lire (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. I). L'indice dei prezzi all'ingrosso, calcolato da Bachi, dall'inizio alla fine del 1919, crebbe da 311 a 437; calcolato in quantità di ore lavorative l'indice Bachi, nello stesso 1919, scese da 254 a 171 (Bachi, 1919, p. 90; Bachi, 1920, p. 120). L'indice del costo della vita a Torino e Milano (con base 1920 = 100), da gennaio a giugno 1918, crebbe da 72 a 76, precipitò a 65 nel mese di agosto e risalì a 80 nel 1919 (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. I, nn. 6 e 7). Crebbero anche i salari, per cui l'indice di quelli praticati a Milano crebbe da 41 a 53; a Brescia lo stesso indice per i salari del settore metallurgico crebbe da 78 a 90; quello dell'industria chimica, sempre da gennaio a dicembre, passò da 45 a 91. I salari giornalieri in agricoltura, a Ferrara, crebbero da gennaio a giugno 1919, da 7 a 17 lire e scesero a 6 lire in dicembre (questi salari comunque risentirono della domanda stagionale di lavoro che si aveva in agricoltura). I salari pagati alle donne, nella stessa provincia, rispetto a quelli degli uomini, erano dimezzati (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. III, I e II). Il numero dei disoccupati, nel marzo del 1919, era 27.400; crebbe a 381 mila nel mese successivo, poi calò gradualmente arrivando a 208 mila a fine dicembre. Il saggio di interesse pagato sui depositi a risparmio raccolti dalle banche di credito ordinario crebbe dal 2,75 per cento, all'inizio del 1919, al 3 per cento alla fine dell'anno (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. III, nn. 4 e 5). Il saggio di sconto ufficiale si mantenne invariato al 5 per cento durante tutto il 1919; quello praticato dalla Cassa di Risparmio di Padova era di un mezzo punto in più (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. III, nn. 10-14). Il corso generale delle azioni quotate in borsa crebbe dall'indice 99, nel gennaio 1919, a 110 a maggio e tornò a 99 alla fine dell'anno. Un significativo indice di riduzione dei risparmi degli italiani si rileva dal risparmio depositato presso le casse di risparmio ordinario, che scese da 80 milioni, nel gennaio 1919, a 60 milioni alla fine dell'anno. È questo un indice significativo del timore che si venisse colpiti

dalla Spagnola, gli italiani, nel timore della morte, non volevano lasciare i risparmi in banca. Si ebbe invece un aumento dei versamenti nei conti correnti presso le casse ordinarie di risparmio (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. VII, nn. 6 e 7). Il gettito mensile delle tasse di registro dopo un periodo di incertezza, all'inizio del 1919, crebbe da 20 milioni, in marzo, a 72 milioni di lire alla fine dell'anno (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. VII). Il gettito della tassa di bollo da 53 milioni, a gennaio, scese a 11 milioni a marzo e risalì a 19 milioni a dicembre. La tassa ipotecaria è un indice delle difficoltà in cui versava la popolazione, infatti crebbe da circa 2 milioni, nel gennaio 1919, a ben 7 milioni di lire a dicembre. Anche il gettito della tassa di successione raddoppiò passando da 11 milioni, all'inizio del 1919, a più di 20 milioni alla fine dell'anno (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. VII, n. 17).

Nell'ambito dell'economia reale, il tonnellaggio delle merci trasportate per ferrovia, nel 1919, crebbe da 1,6 milioni a gennaio a 2,2 milioni alla fine dell'anno. I proventi delle poste crebbero da 15 a 18 milioni fra gennaio ed aprile 1919 e scesero a 17 milioni a novembre (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. VIII, nn. 4-5).

Una notevole variazione ebbe il numero dei viaggiatori di prima classe delle ferrovie che crebbe da 138 mila, nel gennaio 1919 a 260 mila in aprile e diminuì a 203 mila alla fine dell'anno. Minore fu l'oscillazione dei viaggiatori di terza classe. Tale oscillazione è l'indice del diffuso timore di essere contagiati dalla Spagnola, per cui si viaggiava solo se era necessario (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. III, nn. 12 e 13). La media trimestrale delle merci importate crebbe da 1,2 miliardi di lire, nel primo trimestre, a 1,3 miliardi di lire nel quarto trimestre del 1919. La media trimestrale delle esportazioni crebbe da 311 milioni, nel primo semestre del 1919, a 789 milioni nell'ultimo semestre dell'anno. Le eccedenze delle importazioni sulle esportazioni passarono da 902 milioni, nel primo trimestre del 1919, a 543 milioni nel quarto se-

mestre dello stesso anno (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. VIII, nn. 17 e 18).

Il consumo di gas passò da 18 mila metri cubi, nel primo trimestre del 1919, a 21 mila nei due trimestri successivi e tornò a 18 mila nel quarto trimestre (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. IX, n. 11). Le assicurazioni stipulate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (INA) crebbero da 5 milioni, nel gennaio del 1919, a 64 milioni alla fine dell'anno (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. X, n. 11). Anche questo è un indice delle incertezze sulla durata della vita che fu causato dalla presenza della Spagnola. Il credito dei depositanti delle casse di risparmio, a fine anno, crebbe da 4.672 milioni di lire, nel gennaio 1919, a 5.462 milioni alla fine del 1919 (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. X, n. 16). Il credito dei depositanti delle casse di risparmio postali crebbe da 3 miliardi, nel gennaio 1919, a 5 miliardi alla fine dell'anno (Comitato per gli indici del movimento economico italiano, 1939, Tav. 11, n. 8).

Un indice significativo dei bisogni di denaro degli italiani, nel 1918 e 1919, fu la crescita del risparmio inviato ai familiari dagli italiani all'estero, cioè le rimesse degli emigranti, che passarono da 2.908 milioni di lire, nel 1918, a 14.630 milioni, nel 1919 in lire correnti. Si trattava del 27 per cento delle entrate della bilancia dei pagamenti. Era il contributo che gli italiani all'estero inviavano ai parenti lasciati in Italia per sopperire ai loro disagi economici e finanziari (Balletta, 1976, p. 273).

Il quadro sintetico che si ricava dai dati che abbiamo esposto è che lo Stato non contribuì a sostenere i disagi economici e morali degli italiani colpiti dalla Spagnola. In effetti, la crisi che colpì l'economia non fu così profonda sia per gli indicatori dell'economia reale che di quelli dell'economia finanziaria. Gli italiani, per sopperire ai loro bisogni, ricorsero ai pochi risparmi depositati nelle casse postali o inviati dai parenti all'estero. Questo oggi può considerarsi un indice della resilienza per fare fronte alle crisi, ma è un'altra storia.

7. Conclusioni

Le conclusioni sul virus della Spagnola sono diverse. La prima è che fu molto grave, ma ancora non si conosce la natura. La sua origine può essere dovuta ad animali selvatici o domestici. Occorrono ancora molte ricerche per trovare un vaccino capace di prevenirne la diffusione. Essa fu letale, prevalentemente, fra i giovani (30-50 anni), ma non è sicuro che colpì in primo luogo i richiamati alle armi per la Prima Guerra Mondiale e per l'igiene e l'alimentazione dei soldati interrati nelle trincee. Neanche si conosce la ragione per cui furono colpite prevalentemente le donne.

Le terapie adottate per combattere la diffusione del virus non ebbero alcun valore scientifico. I medici si comportavano in base all'esperienza che avevano, adoperavano, molto spesso, medicinali che combattevano alcuni sintomi della malattia senza combatterne la radice. Si suggeriva l'aspirina, il chinino, bagni freddi e liquori forti. Questa incertezza consentì a maghi e indovini di estorcere denaro ai più ignoranti ed ai più intimoriti dalla vicinanza della morte. A diffondere notizie false per i rimedi da adottare contribuivano anche i giornali, dove si pubblicavano informazioni sui farmaci che non davano alcun risultato. Gli unici suggerimenti che arrivavano dal Ministero dell'Interno (quindi da prefetti e sindaci) erano quelli di rispettare l'igiene, la distanza fra le persone, indossare le mascherine e i guanti. Non si arrivò a costringere le persone a rimanere chiuse in casa, bloccando tutte le attività produttive e commerciali, come è accaduto, nel 2020, con il Coronavirus. Gli unici provvedimenti che frenarono la diffusione, solo in parte, furono la chiusura delle scuole e delle istituzioni pubbliche e private. Ma anche questi provvedimenti ebbero scarsa efficacia, poiché venivano disposti dai prefetti e dai sindaci senza un coordinamento, per cui non tutti emanavano provvedimenti drastici, perché non c'era la possibilità di effettuare severi controlli. D'altra parte vi erano i soldati che erano tornati dal fronte di guerra, dove avevano subito dure sofferenze e privazioni nelle trincee con carenza di viveri ed acqua e vi era la diffusione di altre malattie, come la malaria e il tifo. Ai giovani soldati

non si poteva impedire di circolare liberamente con gli amici e i parenti che non vedevano da tre anni. Secondo Freddy Vinet, le “autorità mediche e politiche si trovarono impotenti di fronte all’epidemia di influenza. Non vollero mantenere vivo il ricordo di un evento che fu per loro un completo fallimento. Si è dovuta attendere la fine del XX secolo per fare riemergere l’influenza del 1918-19 in termini di riferimento epidemico” [47]. Una conclusione significativa è quella che suggerisce J.M. Barry – che ha compiuto importanti ricerche sulla Spagnola – e che vale per qualsiasi influenza che si presenterà in futuro, è quella che gli organi politici e sanitari devono dire sempre la verità, perché nasconderla, come accadde nel 1918-19, fa perdere la fiducia della popolazione, prendendo decisioni sbagliate che aggravano le conseguenze della malattia.

8. *Confronto della Spagnola con l’attuale Coronavirus*

Più volte in questo articolo abbiamo rilevato le analogie e differenze fra la Spagnola e il Coronavirus del 2020. In primo luogo, secondo le ultime ricerche, il *virus* della Spagnola apparteneva alla famiglia dei Mixovirus (AH1N1) di origine Aviaria, quindi era un virus responsabile delle epidemie influenzali molto letali. La pandemia del 2020, invece, appartiene ad una famiglia diversa, cioè a quella dei Coronavirus. Il “Mixovirus e il Coronavirus sono due famiglie di virus molto diverse tra loro per caratteristiche, trasmissibilità, modi di attacco e letalità. Il *virus* influenzale, inoltre, muta con cadenza annuale e si ripresenta in autunno inoltrato, cosa che i Coronavirus non fanno” [48]. Inoltre, si diffusero le due malattie, tenendo conto dei grandi progressi che sono stati fatti, dal 1918 al 2020, in tutti i settori delle scienze. Basterebbe rilevare l’importanza che oggi hanno i mezzi di comunicazione, specialmente la televisione e i telefoni, per cui le notizie rapidamente arrivano al grande pubblico. Ma importanti sono i progressi nel settore della medicina, della chimica e dell’ingegneria. Ancora più importante è il ruolo che ebbe la Prima Guerra Mondiale nel diffon-

dere la malattia. Cosa che non si è avuta nel 2020, anche se i focolai di guerra nel mondo sono ancora molti.

Un'altra differenza riguarda la diversa rapidità con cui si diffusero le malattie. Con il Coronavirus, tenendo conto della maggiore rapidità dei mezzi di trasporto, nel giro di un paio di mesi si diffuse in tutto il mondo; la Spagnola invece impiegò circa un anno per infettare molti paesi [49]. Con la Spagnola i medici sapevano dell'esistenza del virus, ma non fu mai visto nella realtà; oggi si riesce ad isolarlo e esaminarlo al fine di scoprire i farmaci per curarli e i vaccini per prevenirli. Nel 1918, i respiratori per curare i malati non esistevano e la possibilità di tracciare i contatti delle persone era impossibile, cosa che oggi è possibile. Una differenza, fondamentale, riguarda i colpiti dalle due malattie: nel 1918-19, furono prevalentemente i giovani con meno di 65 anni e nel 2020 sono prevalentemente gli anziani. Cento anni fa gli anziani beneficiarono di una particolare protezione dovuta alla pandemia influenzale del 1889-1890. Altre differenze potrebbero rilevarsi sull'origine delle due malattie, ma non è il caso di soffermarci e sperare solo che la prossima epidemia ricada fra le influenze meno letali e meno aggressive.

Nel quadro sintetico di molti dati possiamo distinguere gli aspetti positivi dell'economia del biennio 1918-19 e agli aspetti negativi. Gli aspetti positivi sono: lieve calo del reddito nazionale netto; crescita del commercio con l'estero, ma la bilancia commerciale spesso fu negativa; aumento del trasporto per ferrovia delle persone e delle merci; la crescita dei proventi delle poste; aumento del gettito della tassa di registro e ipotecaria, ovviamente per operazioni commerciali, mobiliari e immobiliari; aumentò il risparmio inviato in Italia dagli emigrati all'estero. Gli indici negativi dell'economia del biennio considerato sono: calo della circolazione monetaria in un momento in cui si aveva maggiore bisogno di moneta sul mercato per le spese della Spagnola e per compiere le operazioni di scambi rinviati durante la guerra; calo di depositi e risparmi presso le banche; aumento dei prezzi, specie dei prodotti farmaceutici per combattere la Spagnola; au-

mento dei prezzi, specie di beni di prima necessità e farmaci; riduzione dei salari; aumento dei saggi di interesse.

Dai dati a nostra disposizione, non possiamo dire che l'economia fu gravemente colpita dalla Spagnola, perché anche in questo caso i dati sono discordanti e perché si confondono con le conseguenze provocate dalla guerra e dalle ripercussioni della crisi economica e finanziaria del 1920-21 dovuta alla riconversione dall'economia di guerra in quella di pace, che colpì il settore metallurgico e meccanico e provocò il fallimento della Banca Italiana di Sconto, che trascinò nella crisi l'intero settore bancario e l'economia.

*Bibliografia***

- “Altri treni provvisoriamente sospesi”, *Corriere della Sera* del 24 ottobre 1918.
“Consigli alla cittadinanza”, *La Stampa* del 20 ottobre 1918.
“Contro il bagarinaggio sul chinino di Stato”, *L'Ora* dell'8-9 ottobre 1918.
“Delle Calabrie”, *Il Mattino* del 15-16 ottobre 1918.
“Disinfettanti e misure preventive”, *Corriere della Sera* del 29 settembre 1918.
“Febbre spagnola, febbre di trincea, febbre di influenza”, *Il Fanfulla* del 21 settembre 1918.
“Il bilancio dell'influenza in città e provincia di Bologna”, *Il Resto del Carlino* del 3 dicembre 1918.
“Il Decreto di chiusura dei teatri, cinematografi e caffè concerto” *La Stampa* del 6 ottobre 1918.
“Il vaccino contro l'influenza”, *Il Resto del Carlino* del 26 ottobre 1918.
“Intorno all'attuale epidemia”, *L'Ora* del 27 settembre 1918.
“Intorno alla nuova epidemia”, *La Nazione* del 26 settembre 1918.
“L'epidemia in provincia”, *Il Messaggero* del 19 ottobre 1918.
“L'influenza. Provvedimenti presi, quelli non presi, quelli presi a metà”, *Il Corriere di Romagna* del 28 ottobre 1918.
“L'influenza”, *Il Corriere della Sera* del 16 ottobre 1918.
“L'influenza”, *Il Resto del Carlino* del 2 ottobre 1918.
“L'influenza”, *Il Resto del Carlino* del 28 ottobre 1918.
“L'influenza”, *Il Resto del Carlino* del 3 ottobre 1918.
“La febbre spagnola”, *L'Osservatore Romano* del 24 settembre 1918.
“Le condizioni sanitarie della città migliorano”, *Il Mattino* del 4-5 ottobre 1918.
“Norme di igiene individuali”, *La Stampa* del 4 ottobre 1918.
“Norme igieniche sui tram”, *La Stampa* del 4 gennaio 1919.
“Per la salute pubblica”, *Il Mattino* del 15-16 settembre 1918.
“Sull'epidemia di influenza in Roma”, *Il Policlinico*, 1919, Fascicolo 13.

** Per scelta dell'Autore, la bibliografia è stata redatta secondo i criteri adottati dalle principali riviste di Storia Economica.

- “Sulla terapia dell’influenza”, *Rivista di Clinica Medica* del 1° marzo 1919, Fasc. 9.
- “Un consiglio pratico”, *Il Mattino* del 27-28 novembre 1918.
- “Una nuova influenza. La febbre spagnola”, *La Nazione* del 25 settembre 1918.
- AFKHAMI A., “Compromised Constitutions: The Iranian Experience with the 1918 Influenza Pandemic”, *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 77(2003), n. 2, The Johns Hopkins University Press, 2003.
- ANTONOVICS J. ed Altri, “Molecular virology: was the 1918 flu avian in origin?”, *Nature*, 440(2006) n. 7.
- BACHI R., *L'Italia economica nell'anno 1918*, Milano-Roma-Napoli, Società Editrice Dante Alighieri, 1919.
- BACHI R., *L'Italia economica nell'anno 1919*, Milano-Roma-Napoli, Società Editrice Dante Alighieri, 1920.
- BALLETTA F., *Economia e banche a Torre del Greco fra Ottocento e Novecento*, Napoli, Arte Tipografica, 2009.
- BALLETTA F., *Le rimesse degli emigrati italiani (1861-1975)*, Napoli, Arte Tipografica, 1976.
- BARRY J.M., *The Great Influenza: The Epic Story of the Greatest Plague in History*, New York, Viking Penguin, 2004.
- BELLETTINI A., “La popolazione italiana dall’inizio dell’era volgare ai giorni nostri. Valutazioni e tendenze”, *Storia d'Italia di Einaudi*, Torino, 1993.
- BIANCHI R., “La “spagnola”. Appunti sulla pandemia del Novecento”, *Blog di passato e presente*, 2020.
- BONETTI O., “La sanità militare italiana durante la grande guerra: equipaggiamento, struttura e metodologia”, *Aquile in guerra*, 12(2004).
- BRAVO A., *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, Laterza, Roma-Bari, 1999.
- CANTIERI C., “Alcune note cliniche e anatomo-patologiche sull’influenza nella recente epidemia”, *Rivista Clinica Medica*, 34(1919).
- CAROCCI G., *Storia d'Italia dall'Unità ad oggi*, Milano, Einaudi, 1975.
- CHIABERGE R., 1918. *La grande epidemia*, Torino, Utet, 2016.
- CIPOLLA C.M., *Miasmi e umori*, Bologna, il Mulino, 1989.
- COLLIER R., *The Plague of the Spanish Lady - The Influenza Pandemic of 1918-19*, Atheneum, 1974.
- COMITATO PER GLI INDICI DEL MOVIMENTO ECONOMICO ITALIANO, *L'economia italiana dal 1919 al 1929*, Roma, 1939, Tav. I.
- COTULA F. - SPAVENTA L., “La politica monetaria tra le due guerre (1919-1935)”, COTULA F. ed Altri (a cura di), *La Banca d'Italia. Sintesi della ricerca storica*, Bari, Laterza, 2003.
- COTULA F. ed Altri (a cura di), *La Banca d'Italia. Sintesi della ricerca storica*, Bari, Laterza, 2003.
- CROSBY A.W., *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*, 2nd, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.
- CROSBY A.W., *Epidemic and Peace, 1918*, Westport, Ct, Greenwood Press, 1976.
- CUTOLO F., “L’influenza spagnola nel Regio Esercito (1918-1919)”, *Annali. Museo Storico Italiano della Guerra*, 7(2019).
- CUTOLO F., “La quotidianità in tempo di pandemia. L’esperienza della “spagnola” in Italia (1918-1919)”, *Al presente. Storia - lavoro*, 2020.
- CUTOLO F., “Mentalità e comportamenti popolari durante la “Spagnola” in Italia”, *Blog di passato e presente*, 2020.
- DE NAPOLI D., *La sanità militare in Italia durante la I guerra mondiale*, Roma, La Feltrinelli, 1989.

- DENTONI M.C., "La politica degli approvvigionamenti alimentari in Italia negli anni della grande guerra", *Studi e ricerche in memoria di Paolo Spriano*, Cagliari, Università di Cagliari, Annali della Facoltà di Magistero, Quaderno, 30(1988).
- DRAGONETTI G., "La cura dell'influenza", *Il Policlinico* del gennaio 1919.
- FOX M., *Researchers unlock secrets of 1918 flu pandemic*, Reuters, 29 dicembre 2008.
- GERMANÒ V. - STEFANI M.L. (a cura di), "Cronologia. 1892-1960", COTULA F. ed Altri (a cura di), *La Banca d'Italia. Sintesi della ricerca storica*, Laterza, Bari, 2003.
- GIOVANNINI P., "L'influenza "spagnola": controllo istituzionale e reazioni popolari (1918-1919)", A. PASTORE - P. SARCINELLI, *Sanità e società*, Udine, 1987.
- GULISANO P., *Pandemie. Dalla peste al coronavirus: storia, letteratura, medicina*, Ancora, Milano, 2006.
- GUZZANTI P., "Storia della spagnola. L'epidemia che cambiò la storia del '900", *Il Riformista* del 14 aprile 2020.
- HARARI S., "Sintomi", *50 domande sul coronavirus. Gli esperti rispondono*, Milano, 2020.
- HONIGSBAUM M., *Living with Enza: The Forgotten Story of Britain and the Great Flu Pandemic of 1918*, Palgrave Macmillan, 2008.
- ISTAT, *Cause di morte (1887-1955)*, ISTAT, Roma, 1958.
- ISTAT, *IX censimento generale della popolazione*, vol. VI, *Abitazioni*, ISTAT, Roma, 1957.
- ISTAT, *Sommario di statistiche storiche dell'Italia, 1861-1975*, ISTAT, Roma, 1976.
- ISTAT, *Sommario di statistiche storiche italiane (1861-1955)*, ISTAT, Roma, 1958.
- KOLATA G., *Epidemia*, Milano, Mondadori, 2000.
- LES BENEDICT M. - BRAITHWAITE M., "The Year of the Killer Flu", *In the Face of Disaster. True Stories of Canadian Heroes from the Archives of Maclean's*, New York, Viking, 2000.
- MORRISSEY C.R., "The Influenza Epidemic of 1918", *Navy Medicine*, 77(1986), n. 3.
- MORTARA G., *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari, Laterza, 1926.
- NIALL J., *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue*, London and New York, Routledge, 2006.
- OSBORNE HUMPHRIES M., "Paths of Infection: The First World War and the Origins of the 1918 Influenza Pandemic", *War in History*, 21(2014), n. 1.
- PONTANO T., "Note cliniche etiologiche", *Il Policlinico* del 6 ottobre 1918.
- POTTER C.W., "A History of Influenza", *J Appl Microbiol*, 91(2006), n. 4.
- REZZA G., "Prefazione", TOGNOTTI E., *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo*, Seconda edizione, Milano, Franco Angeli, 2002.
- ROSANVALL P., *L'état en France de 1789 à nos jours*, Paris, 1990.
- SALPIETRO F., "Sulla natura delle epidemie", *L'Ora* del 28-29 settembre 1918.
- SECOMBE W., *Le trasformazioni della famiglia nell'Europa Nord-Occidentale. Mille anni di storia tra feudalesimo e capitalismo*, Firenze, 1997.
- SERVIZIO RAGIONERIA DELLA BANCA D'ITALIA (a cura di), *I bilanci degli istituti di emissione (1894-1990)*, Roma-Bari, Laterza, 1993.
- SOMOGY S., *La mortalità nei primi cinque anni in Italia*, Palermo, 1967.
- SPINNEY L., *L'influenza spagnola*, Santa Marta, Marsilio, 2020.
- STATO MAGGIORE. UFFICIO STORICO, *L'esercito italiano nella grande guerra (1915-1918)*, Col. V, Tomo 2 bis, Roma, 1988.
- SVIMEZ, *Statistiche sul Mezzogiorno d'Italia (1861-1953)*, Roma, 1954.
- TATTARA G., "Aspetti dello sviluppo dell'industria italiana dal primo dopoguerra al 1935, *Banca e industria fra le due guerre*, BANCO DI ROMA (a cura di), Milano, 1981.
- TOGNOTTI E., *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-19)*, Milano, Franco Angeli, 2002.

- TOMASELLI G., *Osservazioni e confronti sulle due epidemie influenzali (1880-1918)*, Parma, 1918.
- TONIOLO G., "L'economia italiana tra il 1919 e il 1939. Breve sintesi macroeconomica", *Banche e industrie fra le due guerre*, Milano, 1981.
- TONIOLO G., "La Banca d'Italia e l'economia di guerra (1914-1919)", COTULA F. ed Altri (a cura di), *La Banca d'Italia. Sintesi della ricerca storica*, Bari, Laterza, 2003.
- TUCIDIDE, *La guerra del Peloponneso*, Roma, 1999.

Sitografia

- [01] Wikipedia, ricerca *vaiolo* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [02] Wikipedia, ricerca *morbillo* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [03] Wikipedia, ricerca *asiatica* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [04] Wikipedia, ricerca *ebola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [05] Wikipedia, ricerca *Covid 19 e influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [06] Wikipedia, ricerca F. VINET, *L'influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [07] Wikipedia, ricerca S. SABBATONI, *La pandemia influenzale. "Spagnola"* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [08] Wikipedia, ricerca *Covid 19 e influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [09] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [10] Wikitesto, ricerca *La spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [11] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [12] Idem.
- [13] Wikipedia, ricerca S. SABBATONI, *La pandemia influenzale. "Spagnola"* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [14] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [15] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [16] Idem.
- [17] Wikitesto, ricerca C. PULCINELLI, *Spagnola V/S Covid: trova le differenze* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [18] Wikipedia, ricerca F. VINET, *Storie virali, l'influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [19] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [20] Idem.
- [21] Idem.
- [22] Idem.
- [23] Wikipedia, ricerca F. VINET, *Storie virali, l'influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [24] Idem.
- [25] Wikipedia, ricerca *Covid 19 e l'influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [26] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [27] Wikipedia, ricerca S. Sabbatoni, *La pandemia influenzale. "Spagnola"* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [28] Idem.
- [29] Wikitesto, ricerca *Epidemia la spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [30] Idem.
- [31] Idem.
- [32] Idem.
- [33] Wikipedia, ricerca C. PULCINELLI, *Spagnola V/S Covid* (Accesso del 16 Dicembre 2020).

- [34] Wikipedia, ricerca S. SABBATONI, *La pandemia influenzale. “Spagnola”* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [35] Idem.
- [36] Wikipedia, ricerca C. PULCINELLI, *Spagnola V/S Covid* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [37] Wikipedia, ricerca F. VINET, *Storie virali, l’influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [38] Wikipedia, ricerca S. SABBATONI, *La pandemia influenzale. “Spagnola”* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [39] Idem.
- [40] Wikipedia, ricerca C. PULCINELLI, *Spagnola V/S Covid* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [41] Idem.
- [42] Idem.
- [43] Idem.
- [44] Idem.
- [45] Idem.
- [46] Wikitesto, ricerca Epidemia la spagnola (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [47] Wikipedia, ricerca S. SABBATONI, *La pandemia influenzale. “Spagnola”* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [48] Wikipedia, ricerca F. VINET, *Storie virali, l’influenza spagnola* (Accesso del 16 Dicembre 2020).
- [49] Wikipedia, ricerca *coronavirus come la spagnola. Il mistero delle Svalbard* (Accesso del 16 Dicembre 2020).

Résumé

La grippe Espagnole fut une maladie infectieuse qui se propagea dans le monde entier entre 1918 et 1919: ses caractéristiques sont la fièvre, le catarrhe, la formation de mucus; elle affecte les poumons, en causant des hémorragies et à la fin la mort. Jusqu'à ce moment on n'a pas trouvé une thérapie ou un vaccin pour la combattre.

Le virus se présenta pendant une phase où les gouvernants, engagés sur le front de guerre, affectèrent la plupart des ressources disponibles à la solution du conflit, en sous-évaluant la pandémie.

Les mesures des gouvernements pour limiter la diffusion de la maladie furent l'usage des masques, le soin et l'hygiène des personnes, la fermeture des établissements publics, des écoles et des lieux d'amusements, mais elles n'investirent pas la cessation des activités productives.

Néanmoins, les conséquences dans le domaine financier furent remarquables: on réduisit l'épargne et les investissements pour passer de l'économie de guerre à l'économie de paix firent défaut, tandis que l'économie réelle se ressentit très faiblement de la Grippe Espagnole à la suite de la réduction naturelle de la consommation, due à la guerre.

Mots-clés: Espagnole, diffusion, thérapie, économie.

Resumen

La gripe Española fue una enfermedad infecciosa que se extendió en el mundo entre 1918 y 1919. Sus síntomas principales eran fiebre, catarro de vías respiratorias altas, formación de moco y afectación pulmonar, causando neumonía, hemorragia pulmonar y exitus. Hasta la fecha no se ha encontrado un tratamiento ni una vacuna eficaz contra esta cepa viral.

El virus se presentó en un periodo histórico en que la mayoría de gobiernos, ocupados sobre el frente bélico, destinaron gran parte de los recursos económicos de las naciones para la resolución del conflicto, mientras que muy pocos recursos fueron destinados a contrastar la pandemia.

Las medidas que se tomaron para contener la difusión de la enfermedad fueron el uso de mascarillas, medias higiénicas individuales, el cierre de locales públicos, escuelas y espacios recreativos aunque no se optó por la suspensión de las actividades de producción. Sin embargo, las consecuencias económicas fueron importantes: se redujo la capacidad de ahorro y faltaron las inversiones necesarias para la transición desde la economía de guerra a la de paz, mientras que la economía real percibió menos los efectos de la pandemia por la reducción natural y preexistente de consumos debida a la guerra.

Palabras clave: gripe Española, difusión, terapia, economía.

**Pandemia di Covid-19 e demografia delle imprese in Italia:
prime evidenze da una lettura territoriale**

MARIA ANTONIETTA CLERICI*

Abstract

In Italy, as in other countries, the Covid-19 pandemic has triggered a severe economic recession, which the Government is trying to counter with unprecedented measures to support businesses, families and workers. This paper presents a first assessment of the effects of the pandemic on business demographics. Using province-wide business registry data, we highlight how, in the year 2020, the flows of new and closed businesses have fallen dramatically compared to the previous three years. However, significant differences are visible both between territorial divisions (NUTS 1 level) and between urban and rural areas. The pandemic could accentuate spatial gaps within the country; policy-makers should look very carefully at business dynamics in order to define policies for a return to a “new normal”.

Keywords: Covid-19, Italy, recession, business demography, resilience.

1. Introduzione

La pandemia di Covid-19 ha innescato uno tsunami economico globale (Zandi, 2020) che ha portato in recessione molti paesi. In Italia, nel corso del 2020, si è registrata una forte caduta del PIL (–8,8%) che non ha precedenti dalla Seconda guerra mondiale. Secondo le stime più ottimistiche, ci vorranno almeno due anni per tornare ai livelli pre-crisi. An-

* Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani (DASU), e-mail: maria.clerici@polimi.it.

che sul fronte dell'occupazione il quadro è preoccupante: in un anno si sono persi 444.000 posti di lavoro, soprattutto fra donne, lavoratori autonomi e giovani con contratti precari [01]. La povertà e le disuguaglianze sociali, già marcate prima della pandemia, sono aumentate (ISTAT, 2020). Per affrontare l'intreccio perverso fra crisi sanitaria, economica e sociale, il Governo italiano è intervenuto ripetutamente con misure per limitare la diffusione dei contagi e per tutelare lavoratori, famiglie e imprese. Ciò ha comportato una crescita del debito pubblico (dal 134,6% del PIL nel 2019 al 157,5% nel 2020 [02]), ma ha anche messo in evidenza la centralità dello Stato dopo una lunga stagione di politiche di austerità e di delega alle forze del mercato in molti campi della vita economica e sociale. Le scelte del Governo saranno decisive per la "nuova ricostruzione" del Paese attraverso l'uso dei fondi legati al Next Generation European Union (NGEU), per ridefinire il modello di sviluppo dell'Italia in direzione di uno sviluppo realmente sostenibile (Barca, Giovannini, 2020; Frigerio, Lisi, 2021).

Questo lavoro propone un primo bilancio degli effetti della pandemia di Covid-19 sulla demografia delle imprese, analizzando la dinamica delle iscrizioni e cancellazioni a scala provinciale nel corso del 2020. La chiusura forzata delle attività economiche (*lockdown*), le restrizioni al movimento degli individui e le misure di distanziamento sociale introdotte dal Governo per contrastare la pandemia hanno avuto un forte impatto sulle imprese. Queste ultime hanno dovuto affrontare anche il calo della domanda di beni e servizi espressa da imprese e famiglie. L'incertezza è aumentata, con ripercussioni sia sull'avvio di nuove attività, sia sulla sopravvivenza dei soggetti già attivi nel mercato (Inshan, Prakash, 2020; Ratten, 2021). Molti imprenditori hanno dovuto re-inventare il proprio *business*, adottando strategie di *bricolage* per operare in una "nuova normalità" caratterizzata da fasi di *stop and go* e per scovare nuove opportunità di mercato, legate in particolare alla digitalizzazione e alla riscoperta del servizio di prossimità (si pensi all'interesse per la "città dei 15 minuti"). L'adattamento delle imprese si è manifestato anche attraverso il cambiamento dei codici di attività Ateco, ai quali sono legati i sussidi (ristori) stanziati dallo Stato.

Mistretta (2020) ha evidenziato come durante la serrata primaverile ci sia stato un netto incremento, rispetto al periodo 2015-2019, delle pratiche di modifica dei codici Ateco, con il passaggio da attività classificate come “non essenziali” (sospese dalle norme) ad attività “essenziali”, soprattutto nel comparto manifatturiero e nelle regioni settentrionali.

Gli studi che valutano l'impatto della pandemia di Covid-19 sul sistema delle imprese si sono rapidamente moltiplicati; un tratto comune, al di là delle specifiche realtà prese in esame, è quello di evidenziare come l'impatto sia differenziato per settori, territori, dimensioni d'impresa e profili imprenditoriali dal punto di vista etnico e di genere (Bailey *et al.*, 2020; Bartik *et al.*, 2020; Böhme, Besana, 2020; Carnazza, Giorgio, 2020; Cerqua, Letta, 2020; Fairlie, 2020; World Bank, 2020; Brown, Cowling, 2021; ISTAT, 2021).

L'imprenditorialità è un fattore chiave dei processi di sviluppo economico. L'impresa è il motore che muove l'economia e la società (Acs, Armington, 2006). Negli studi sull'imprenditorialità si è prestata molta attenzione, in particolare, alla natalità delle imprese, per gli effetti positivi che essa induce sull'innovazione, la concorrenza e la creazione di posti di lavoro. Una complessa serie di caratteri locali – fattori di domanda e offerta, economie di agglomerazione, istituzioni formali e informali – incidono sulla natalità delle imprese e contribuiscono altresì a definire una gerarchia fra aree che tende a persistere nel tempo (Armington, Acs, 2002; Andersson, Koster, 2011). Minore attenzione è stata riservata, invece, alla cessazione delle imprese e alle ragioni sottostanti (Coad, 2014). Comunque, si è verificata l'esistenza di un'alta correlazione positiva fra iscrizioni e cancellazioni di imprese (Bartelsman *et al.*, 2003).

Rispetto alle finalità di questo lavoro, sono importanti gli studi che valutano la demografia delle imprese in periodi di crisi economica (Parker, 2009; Koellinger, Thurik, 2012; Fairlie, 2013). Le cancellazioni di imprese seguono, in genere, un *trend* contro-ciclico: le uscite dal mercato aumentano in periodi recessivi e coinvolgono soprattutto le imprese più piccole, quelle marginali e quelle in affanno già prima della crisi (per il maggior in-

debitamento e la minor efficienza). Per quanto riguarda il flusso delle nuove imprese, spesso c'è prova di un effetto pro-ciclico. L'innalzamento del rischio in fasi di crisi economica scoraggia l'avvio di nuove attività. Tuttavia, non si può escludere un effetto contro-ciclico. La natalità delle imprese potrebbe aumentare in periodi recessivi per diversi motivi: perché non è possibile trovare una fonte alternativa di reddito, perché si intravedono nicchie di mercato e domande emergenti, oppure perché si può far conto su un minor costo del lavoro e del capitale. Comunque, non va dimenticato che ogni crisi economica è un evento unico per le sue cause scatenanti e il suo svolgimento. La letteratura di cui disponiamo, inoltre, non è riferita a recessioni originate da un'emergenza sanitaria di portata globale.

Alcuni studi hanno indagato la dinamica dell'imprenditorialità in relazione alla resilienza economica regionale. Assumendo il concetto di *adaptive resilience* (Martin, 2012; Martin *et al.*, 2016), si è dimostrato come le aree con una maggior propensione all'imprenditorialità siano più reattive agli *shock* recessivi e più capaci di re-inventare le proprie economie (Williams, Vorley, 2014; Id., 2017; Soroka *et al.*, 2020). Anche a fronte della pandemia si stanno moltiplicando i lavori che assumono la resilienza come paradigma di riferimento per interpretare le diverse traiettorie evolutive dei territori, con un'attenzione rivolta anche alle dinamiche dell'imprenditorialità (Gong *et al.*, 2020; McCann, Vorley, 2021).

A partire da questo quadro generale, il lavoro indaga la dinamica delle iscrizioni e cancellazioni di imprese in Italia, utilizzando i dati Infocamere-Movimprese relativi a 105 province. Quale impatto ha avuto la pandemia di Covid-19 sulle iscrizioni e sulle cancellazioni di imprese nel corso del 2020? Sono visibili differenze fra ripartizioni geografiche e fra ambiti metropolitani, intermedi e rurali? Quali province sono state più resistenti allo *shock* pandemico? Proveremo a rispondere a queste domande nei prossimi paragrafi. Sul caso italiano sono già disponibili alcune prime valutazioni (Carnazza, Giorgio, 2020; Pini, Rinaldi, 2020). Questo lavoro, pur con il limite di un approccio descrittivo, arricchisce il quadro prestando particolare attenzione alla variabilità geografica dei flussi di ingresso e uscita dal

mercato nel primo anno di pandemia. Come vedremo, la variabilità è elevata – non solo in direzione Nord/Sud – e ciò potrebbe influenzare anche le dinamiche nel prossimo futuro, contribuendo a rafforzare i divari territoriali.

2. Flussi di imprese iscritte e cessate nel primo anno di pandemia

Nel corso del 2020, contrariamente alle pessimistiche previsioni di molti esperti, il sistema imprenditoriale italiano ha resistito allo *shock* della pandemia di Covid-19, tant'è che si rileva un saldo positivo delle imprese attive rispetto all'anno precedente (+9.836 unità, tab. 1).

Comunque, a livello di ripartizioni territoriali, la dinamica non è stata omogenea: nel Centro-Sud le imprese sono aumentate, mentre nel Nord è prevalsa la spinta opposta. Su ciò ha pesato la più alta incidenza dei contagi registrata nelle regioni settentrionali, ma verosimilmente anche la loro maggior integrazione nelle reti globali, che ha penalizzato molte imprese vocate all'*export*, specie nel comparto manifatturiero. Lo *stock* delle imprese attive è costante dal 2014, quando si è raggiunto il valore più basso in una traiettoria declinante iniziata con la Grande Recessione. La tenuta delle imprese nel 2020 potrebbe indicare una situazione di calma prima della tempesta. Secondo Rinaldi (2020), le misure varate dal Governo per affrontare la pandemia hanno “congelato” il sistema imprenditoriale, ma nel 2021 molti operatori sottocapitalizzati e a rischio di insolvenza saranno spinti fuori dal mercato, specie se verrà meno la moratoria sui prestiti alle PMI (in scadenza il 30 giugno 2021). Inoltre, la stabilità del numero di imprese non deve trarre in inganno: è già in atto una razionalizzazione della rete delle unità locali e un preoccupante aumento della disoccupazione, nonostante i ripetuti interventi dello Stato per salvaguardare i posti di lavoro e per trovare un compromesso fra sviluppo economico e tutela della salute.

Lo *stock* dei soggetti attivi nel mercato può essere stabile nel tempo, ma ciò deriva dalla combinazione di flussi di iscrizioni e cancellazioni di imprese, che tendono ad equilibrarsi. Si tratta di flussi in genere piuttosto

consistenti, essenziali per il dispiegarsi del processo schumpeteriano di “distruzione creativa”, aspetto ben noto negli studi sull’imprenditorialità (Bartelsman *et al.*, 2003).

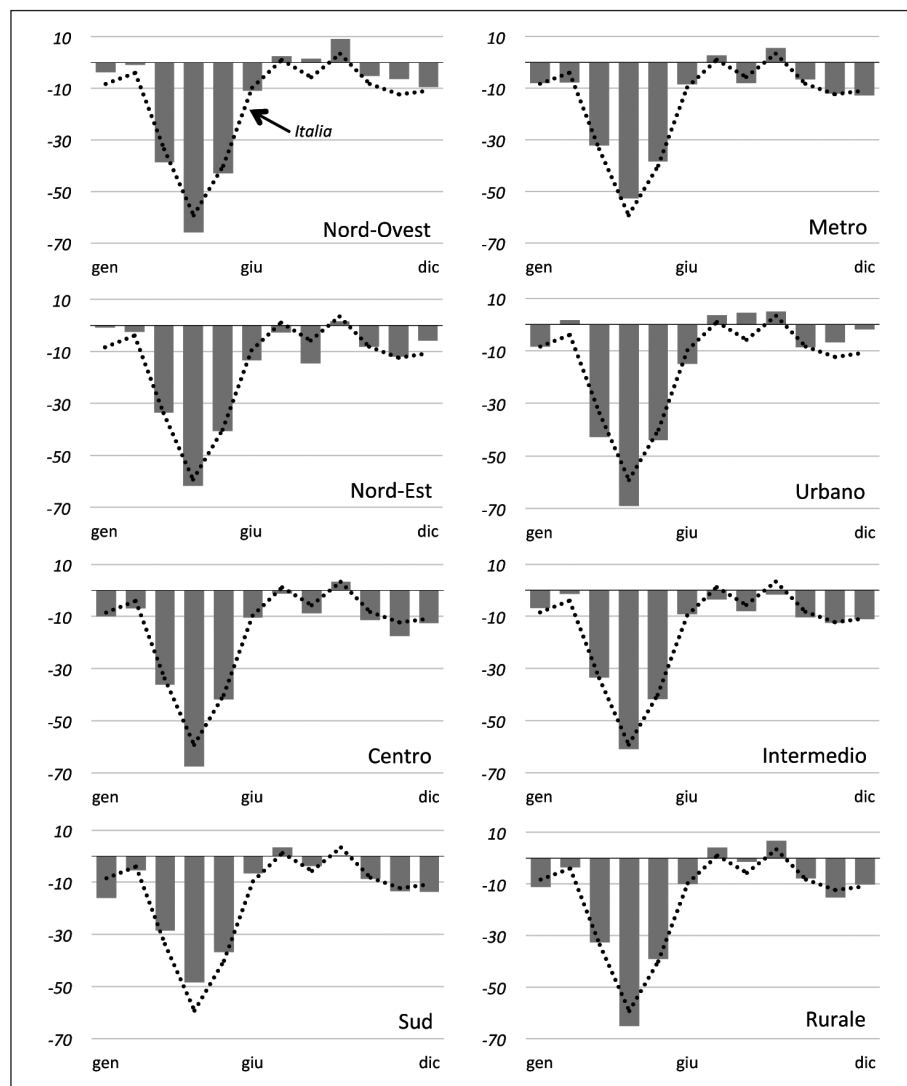
In questo lavoro seguiremo la variazione tendenziale delle imprese iscritte e cessate in Italia nel corso del 2020 rispetto alla media del triennio precedente (2017-2019), coincidente con una fase di ripresa economica, ancorché debole nel confronto con altri paesi, dopo la crisi dei mutui *subprime* (2007-2009) e quella del debito sovrano (2010-2011). Considereremo i dati annuali, trimestrali e mensili relativi a 105 province, suddivise per ripartizioni geografiche e tipologie territoriali. Su quest’ultimo fronte, adottando la metodologia Eurostat (2019), distingueremo le aree urbane, intermedie e rurali sulla base della quota di popolazione residente al di fuori dei cd. *urban clusters*¹. Le 14 città metropolitane (CM), istituite dalla L. 56/2014, compongono una classe specifica, che si aggiunge alle precedenti.

Su base annuale, si rileva la riduzione generalizzata delle iscrizioni e delle cancellazioni di imprese, sia pur con un’intensità variabile negli ambiti considerati (tab. 2). Sorprende il dato sulle imprese cessate (–14,3% a scala nazionale). La crisi economica innescata dalla pandemia ha scoraggiato l’avvio di nuove attività – effetto pro-ciclico – ma non ha determinato un’impennata delle uscite dal mercato; anzi, le cancellazioni sono ben al di sotto dei valori registrati nel triennio precedente, a confermare l’effetto “congelamento” sopra richiamato.

A scala nazionale, le iscrizioni hanno registrato un forte calo (–17,1%, corrispondente a 60.476 mancate nuove imprese), con un conseguente mancato contributo all’innovazione e alla creazione di posti di lavoro (Formai *et al.*, 2020; OECD, 2020b; Pini, Rinaldi, 2020). Il dato è ancor più preoccupante se si pensa che già dopo la Grande Recessione la natalità delle imprese in Italia si era notevolmente ridotta.

1. Celle contigue di 1 Km² con un almeno 300 ab./Km² e 5.000 abitanti. Nelle province urbane, intermedie e rurali, rispettivamente, meno del 20%, il 20-50% e oltre il 50% della popolazione risiede al di fuori di tali aree.

Fig. 1 - Flusso mensile imprese iscritte in Italia per ripartizioni territoriali e tipologie territoriali, variazione tendenziale 2020-media 2017/2019, val. %



Fonte: nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

Il flusso degli ingressi nel mercato è stato negativo per buona parte del 2020, ad eccezione di luglio e settembre (fig. 1). La riduzione più marcata è in corrispondenza della chiusura primaverile, con una punta massima ad

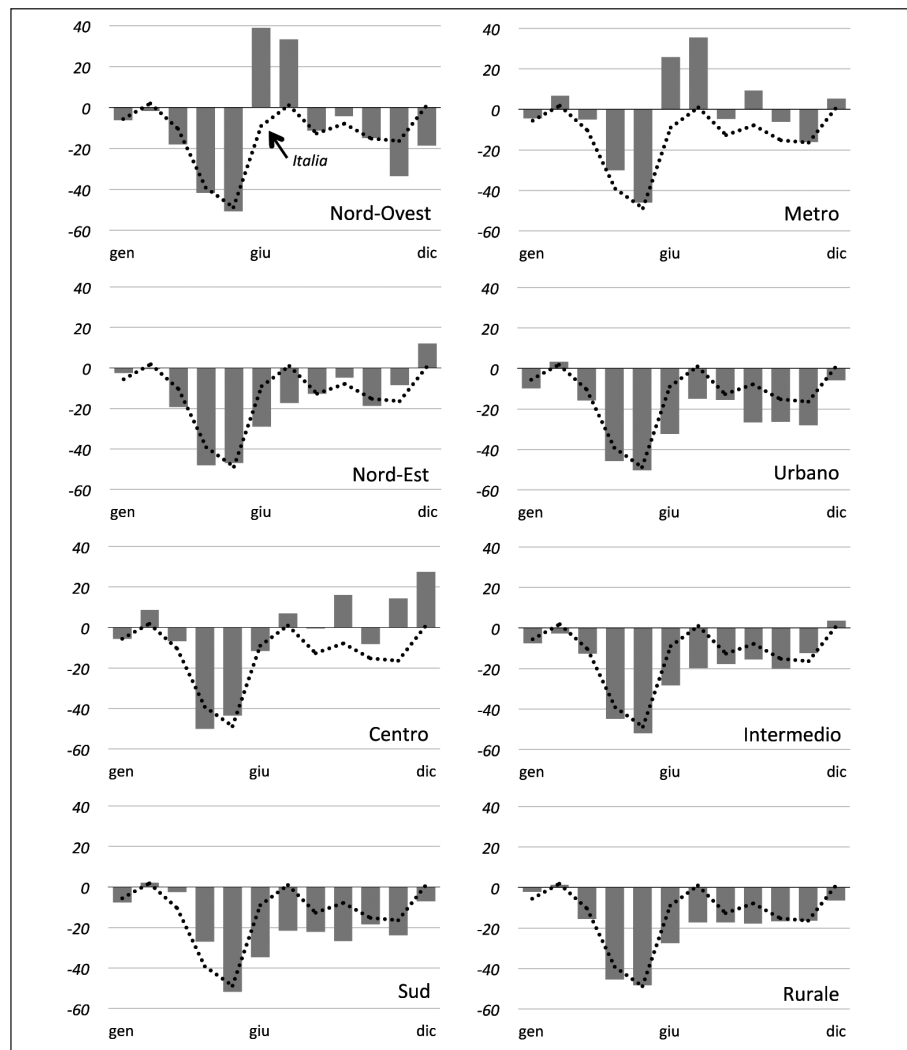
aprile (–59,3%). Nei mesi estivi c'è stata una ripresa delle iscrizioni (variazione tendenziale, rispetto allo stesso periodo del triennio precedente, lievemente negativa o positiva), ma dopo le misure introdotte dal Governo nell'autunno, per arginare la seconda ondata pandemica, il flusso si è nuovamente ridotto, benché le chiusure, differenziate per fasce di rischio (zone gialle, arancio e rosse), siano state meno stringenti. Il *trend* mensile delle nuove imprese è simile nelle ripartizioni territoriali; tuttavia, i tassi di variazione denotano una diversa capacità di resistenza allo *shock* pandemico.

Il Nord-Ovest e il Sud registrano il minor calo delle iscrizioni, ma ciò è frutto di dinamiche differenti. Il Nord-Ovest, colpito per primo dalla pandemia, ha affrontato notevoli difficoltà – segnate da una riduzione delle iscrizioni superiore al dato nazionale – nella prima parte dell'anno, ma poi ha avuto una *performance* migliore. Nel Mezzogiorno, invece, è accaduto il contrario.

Il flusso delle iscrizioni si è fortemente ridotto nel Centro Italia (–19,6% su base annua), dove si è registrata una dinamica peggiore di quella nazionale per buona parte dell'anno. Più contrastato il *trend* del Nord-Est, che comunque chiude il 2020 con un tasso uguale a quello nazionale. Rispetto alle tipologie territoriali, risaltano le CM, connotate da un calo delle iscrizioni più contenuto delle altre aree (–16,3% su base annua). Ciò si verifica per ben nove mesi nel corso del 2020. Le economie di urbanizzazione, importanti determinanti della natalità delle imprese, hanno verosimilmente attutito l'impatto negativo della pandemia.

Anche sul fronte delle cancellazioni la variazione tendenziale annua è negativa (–14,3%, tab. 2), corrispondente alla mancata chiusura di 45.394 attività. Su base mensile, il flusso è negativo per buona parte dell'anno (fig. 2). Le cancellazioni sono crollate in concomitanza della prima serrata, soprattutto ad Aprile (–39%) e a Maggio (–49%). Nei mesi successivi la spinta ad abbandonare il mercato si è rinvigorita, ma pur sempre il *gap* rispetto al triennio precedente è notevole. Ciò segnala la resistenza delle imprese, favorita anche dai provvedimenti pubblici. Il quadro, però, potrebbe mutare nel 2021, soprattutto se verranno meno le misure di “protezione”

Fig. 2 - Flusso mensile imprese cessate in Italia per ripartizioni territoriali e tipologie territoriali, variazione tendenziale 2020-media 2017/2019, val. %



Fonte: nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

finora previste (in particolare la moratoria sui prestiti alle PMI). L'impatto della pandemia si manifesterà su un arco temporale lungo, inducendo un processo di "lento bruciare" (*slow burns*), che sfida la resilienza delle imprese quanto (e forse più) di uno *shock* improvviso (Pendall *et al.*, 2010).

Come per le iscrizioni, anche per le cancellazioni il quadro è differenziato a livello geografico. I tassi di variazione, benché negativi, hanno valori diversi e seguendo il *trend* su base mensile i profili sono più disomogenei di quelli visibili nel campo delle iscrizioni. Risalta il Mezzogiorno, dove la capacità di “proteggere” le imprese attive, frenandone l’uscita dal mercato, è stata maggiore. Ciò è evidente non solo durante la chiusura primaverile, ma anche nel periodo successivo, tant’è che per nove mesi il flusso delle cancellazioni al Sud ha segnato *performance* migliori di quelle nazionali. Ciò non stupisce: a fronte di una perdurante alta disoccupazione, avviare un’attività in proprio assicura una fonte di reddito, anche se spesso si è relegati in una posizione marginale sul mercato (è il profilo dell’imprenditore *necessity-driven*). Da un lato, ciò sostiene il flusso delle iscrizioni, dall’altro comprime le cancellazioni. Anche nel Centro Italia c’è un apprezzabile capacità di “conservazione” delle imprese, ma rispetto al Sud il *trend* è stato più discontinuo nel tempo. Il Nord-Ovest è l’unica area ad aver registrato un forte incremento delle cancellazioni nella prima fase post-chiusura, con variazioni positive rispetto al triennio precedente. Questo territorio, del resto, ha subito più a lungo degli altri gli effetti delle restrizioni introdotte dal Governo per arginare la pandemia (a partire dall’istituzione della prima zona rossa in provincia di Lodi). In aggiunta, pesa l’effetto della concorrenza indotta da un flusso di iscrizioni che si è ridimensionato meno rispetto al resto d’Italia. Un ulteriore dato interessante riguarda le CM, ambiti dinamici e concorrenziali dove le cancellazioni hanno valori più simili alla fase pre-pandemia (−13,3% su base annua). Su ciò incide anche la maggiore integrazione internazionale delle CM. La loro situazione è diversa da quella delle aree urbane, più ripiegate sui contesti locali, dove c’è stata un’alta protezione delle imprese attive, ma una minor contrazione delle iscrizioni rispetto ai dati nazionali.

3. *Uno shock forte, ma diverse traiettorie di resistenza*

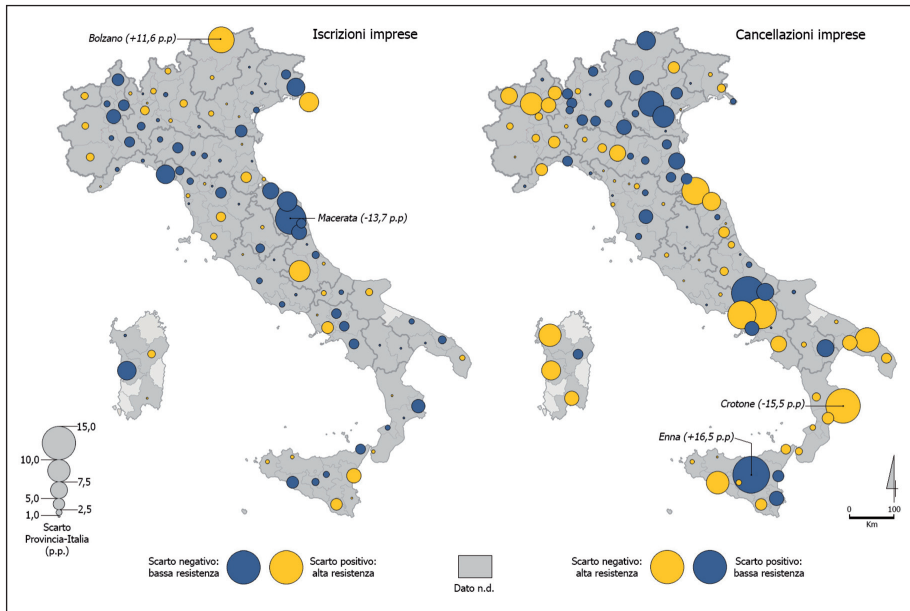
Confrontando i tassi di variazione tendenziale delle imprese iscritte e cessate di ogni provincia con quelli dell’Italia, è possibile identificare le

realità più resistenti nel corso del 2020. La resistenza, intesa come capacità di attutire l'urto di uno *shock*, è una delle dimensioni dell'*adaptive resilience* (Martin, 2012). Questa valutazione è legata unicamente alla performance rispetto alla dinamica nazionale. Non entriamo nel merito dei tassi di natalità e mortalità delle imprese, che sono influenzati dai caratteri socioeconomici locali e che compongono geografie persistenti nel tempo (Andersson, Koster, 2011; Fritsch, Wyrwich, 2017; Koster, Hans, 2017). Occorre fare attenzione a come si interpretano i dati. I differenziali provincia-Italia possono essere positivi o negativi, con una diversa scala di valori. Le province ad alta resistenza hanno uno scarto *positivo* nelle iscrizioni e *negativo* nelle cancellazioni. Nel primo caso, nel 2020, il flusso delle nuove imprese si è ridotto meno rispetto a quanto accaduto nel paese; nel secondo, invece, la spinta ad abbandonare il mercato è stata più debole (si è in presenza di una maggior "protezione" delle imprese attive). Per contro, le province con scarti *negativi* nelle iscrizioni e *positivi* nelle cancellazioni hanno una scarsa resistenza: a confronto con il *trend* nazionale, c'è un forte rallentamento degli ingressi nel mercato e un forte impulso alle uscite.

Sul fronte delle iscrizioni, solo il 40% delle province (42 su 105) ha un'alta resistenza (tab. 3 e fig. 3). Bolzano e Macerata occupano le posizioni estreme in graduatoria, con scarti dal dato nazionale rispettivamente pari a +11,6 p.p. e -13,7 p.p. In tutte le ripartizioni geografiche oltre la metà delle province ha una bassa resistenza, ma questa situazione diventa pervasiva nel Centro Italia (16 province su 22). Anche nella fascia territoriale fra Milano e Torino si addensano molti casi di scarsa resistenza. Le aree intermedie e rurali sono piuttosto omogenee e scontano le maggiori difficoltà, mentre le aree urbane e le CM sono più contrastate, con un'incidenza dei casi di alta resistenza che sale alla metà del totale. Nel gruppo delle CM è chiaro il divario geografico: mentre nel Sud prevalgono i casi di alta resistenza (ad eccezione di Bari e Messina), nel Nord accade il contrario (fanno eccezione solo Milano e Torino).

Rispetto al quadro delle iscrizioni, quello delle cancellazioni è più variegato, sia per la suddivisione delle province, sia per l'entità degli scarti nei

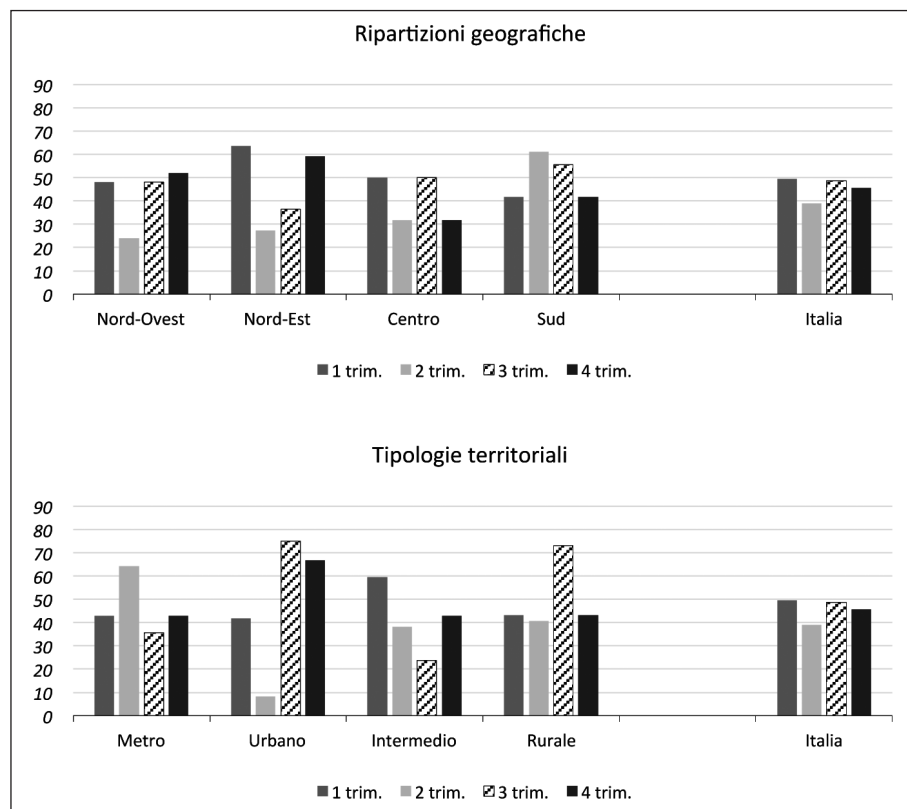
Fig. 3 - Iscrizioni e cancellazioni di imprese in Italia: province per grado di resistenza, variazione 2020-media 2017/2019



Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

campi di maggior e minor resistenza (tab. 4, fig. 3). Agli estremi della graduatoria si trovano Enna (+16,5 p.p. sul dato nazionale) e Crotone (-15,5 p.p.). I casi di alta resistenza sono prevalenti (57 province) e molto diffusi nel Centro-Sud. Comunque, le realtà che si trovano in una situazione opposta non sono poche, soprattutto nel Nord-Est e nel gruppo delle aree intermedie. La fig. 4 mostra l'evoluzione per trimestri dei casi di alta resistenza rispetto alle iscrizioni. Al di là della variabilità dei valori in gioco, è chiaro come il *trend* non sia identico ovunque. Si delineano traiettorie a "V", a "V rovesciata" o spezzate. Interessante quanto accaduto nel 2° trimestre: a scala nazionale i casi di alta resistenza calano, ma ciò non avviene in tutti gli ambiti considerati. Il Sud e le CM fanno eccezione: proprio in questo periodo, che raccoglie gli effetti della prima ondata pandemica, la quota delle province più resistenti aumenta e tocca il massimo nell'arco dell'anno. Valori e profili diversi sono visibili anche considerando le cancella-

Fig. 4 - Variazione tendenziale imprese iscritte in Italia per trimestri, 2020-media 2017/2019: province alta resistenza, val. %



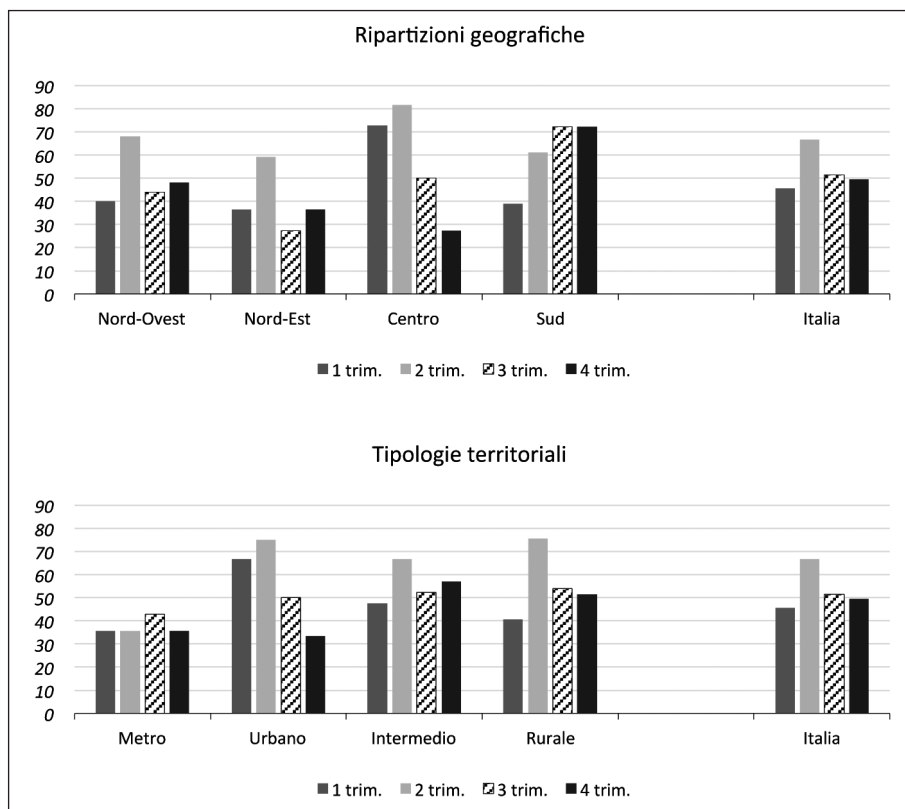
Fonte: nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

zioni (fig. 5). Risalta il Centro Italia, dove i casi di alta resistenza, già ben presenti nel 1° trimestre, aumentano nel 2° e poi subiscono un brusco calo.

Nel Sud, la protezione nei confronti delle imprese attive cresce nel tempo, con un picco posticipato rispetto agli altri ambiti. Anche le CM hanno un comportamento singolare in quanto l'incidenza dei casi di resistenza è minore rispetto alle altre aree e più stabile nel tempo.

Considerando congiuntamente la *performance* delle province nelle iscrizioni e cancellazioni, si delineano quattro dinamiche evolutive, elencate in ordine decrescente per frequenza (fig. 6):

Fig. 5 - Variazione tendenziale imprese cessate in Italia per trimestri, 2020-media 2017/2019: province alta resistenza, val. %

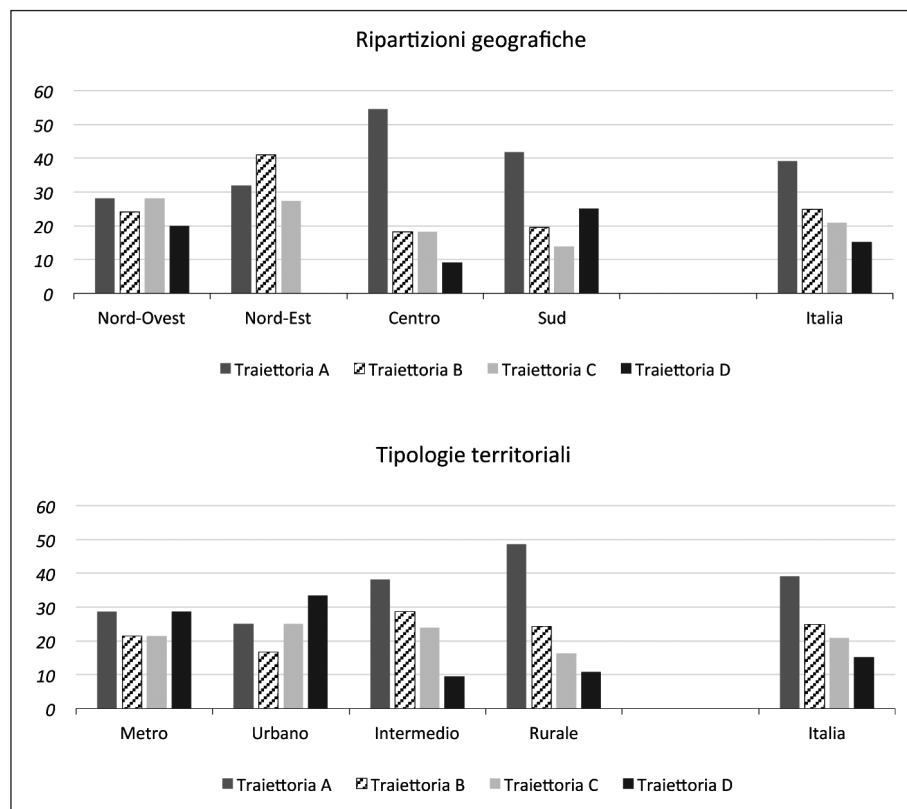


Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

– *traiettoria A*, coincidente con scarti provincia-Italia negativi nelle iscrizioni e nelle cancellazioni (41 casi). Si tratta delle realtà più conservative (di maggior inerzia) nel panorama nazionale, dove nel 2020 c'è stata una limitata espulsione delle imprese dal mercato, ma dove è stata debole anche la spinta opposta. Questa situazione è molto diffusa nel Centro-Sud, nelle aree intermedie e in quelle rurali;

– *traiettoria B*, contraddistinta da scarti positivi nelle iscrizioni e nelle cancellazioni, che identificano le realtà più dinamiche (26 casi). Rispetto ai tipi territoriali, la distribuzione è equilibrata (con una lieve predomi-

Fig. 6 - Variazione imprese iscritte e cessate in Italia, 2020-media 2017/2019: traiettorie evolutive province, val. %



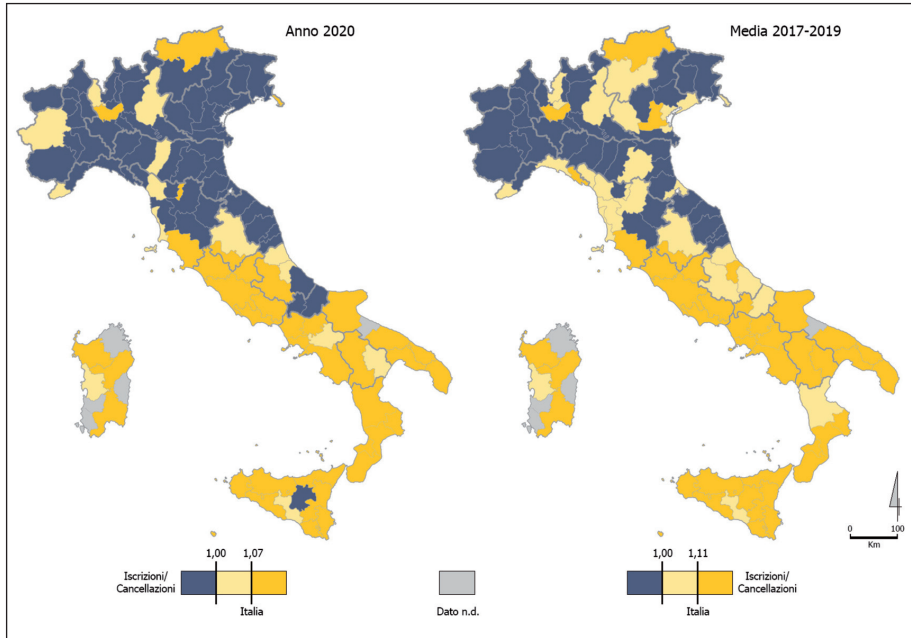
Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

nanza nelle aree intermedie), mentre a livello di ripartizioni geografiche è visibile una marcata concentrazione nel Nord-Est;

– *traiettoria C*, contrassegnata da scarti positivi nelle cancellazioni e negativi nelle iscrizioni (22 casi). Si tratta di realtà problematiche, con un rilevante flusso di uscite dal mercato e una scarsa capacità di generare nuove imprese. Questa situazione è più rara nel Centro-Sud e nelle aree rurali;

– *traiettoria D*, contrassegnata da scarti positivi nelle iscrizioni e negativi nelle cancellazioni (16 casi). Si tratta di un comportamento virtuoso, che segna un'alta resistenza su entrambi i fronti considerati a confronto

Fig. 7 - Iscrizioni/cancellazioni di imprese In Italia per province, 2020 e media 2017/2019



Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

con il *trend* nazionale. Questa situazione è assente nel Nord-Est, sporadica nel Centro, ma piuttosto frequente nel Nord-Ovest e soprattutto nel Sud. L'incidenza è significativa anche nelle CM e nelle aree urbane.

La distribuzione delle traiettorie nei singoli ambiti considerati evidenzia una situazione più contrastata nel Nord-Ovest e nelle CM, mentre altrove è identificabile una traiettoria nettamente prevalente. Non c'è spazio per discutere la posizione delle singole province, ma quantomeno va segnalata l'opposizione fra Milano e Roma, le maggiori CM italiane, che hanno seguito rispettivamente le traiettorie B e A.

Oltre a considerare il grado di resistenza delle province, è stato valutato il rapporto iscrizioni/cancellazioni. I valori sono diversi in ragione dell'ambiente socioeconomico locale (Armington, Acs, 2002; Nyström,

2007). La pandemia di Covid-19 ha inciso sul posizionamento dei territori, determinando in un solo anno un incremento significativo delle province con un indice <1 (da 38 a 54 casi). A scala nazionale, nel 2020, l'indice è >1 , ma si è ridotto rispetto al triennio precedente (da 1,108 a 1,070). La fig. 7 evidenzia come 29 province su 105 abbiano cambiato classe d'appartenenza rispetto al triennio precedente (con balzi in avanti o indietro). Soprattutto, però, si è accentuata la spaccatura Nord/Sud. Nel 2020, in molte province venete, toscane e marchigiane l'indice è diventato <1 . Nel Nord, poche realtà conservano un indice >1 e superiore a quello nazionale. Anche quattro CM si "spengono" nella mappa (Bologna, Genova, Firenze e Venezia). Nel Centro-Sud, invece, il rapporto iscrizioni/cancellazioni resta diffusamente >1 , a parte poche eccezioni (Chieti, Campobasso, Isernia, Enna).

4. Alcuni fattori esplicativi

Quali fattori hanno influenzato le *performance* delle province finora descritte? Pur senza elaborare un modello esplicativo, proviamo a considerare tre aspetti rilevanti: 1) densità territoriale; 2) dinamismo economico nella fase pre-pandemia; 3) presenza di attività a rischio di contagio e più sensibili alle misure di contenimento varate dal Governo nazionale.

La densità territoriale è una *proxy* delle economie di urbanizzazione, uno dei fattori più importanti nel definire la geografia dell'imprenditorialità e nell'alimentarne la persistenza per lunghi periodi di tempo (Reynolds *et al.*, 1994; Glaeser, 2007; Stam, 2010; Bosma, Sternberg, 2014). La natalità delle imprese è un evento tipicamente urbano: le grandi città concentrano un ampio *set* di fattori materiali e immateriali che favoriscono l'avvio di nuove attività e rendono più facile trovare nicchie di mercato per nuovi affari. Tuttavia, nelle aree urbane, la concorrenza è forte e ciò limita la sopravvivenza delle imprese. Così, accanto a molte nuove imprese, c'è un elevato flusso di uscite dal mercato. Riflettere sul nesso fra densità territoriale e dinamica imprenditoriale è importante in quanto, in Italia come

in altri paesi, la pandemia ha duramente colpito le aree densamente urbanizzate (Agnoletti *et al.*, 2020; Murgante *et al.*, 2020).

Le misure di distanziamento sociale e l'incremento del lavoro da remoto (*smart working, south working*) potrebbero scardinare consolidati principi insediativi. Si è ipotizzato un ritorno al rurale e ai piccoli borghi delle aree interne che potrebbe ridimensionare il ruolo delle economie di urbanizzazione e ridurre i divari territoriali (per una critica: Fenu, 2020; Graziano, 2021), con effetti anche sulle dinamiche dell'imprenditorialità.

Nel 2020 è rilevabile una correlazione positiva sia fra densità territoriale e imprese iscritte ($R^2=0,3984$), sia fra densità territoriale e imprese cancellate ($R^2=0,3864$). In entrambi i casi, i valori sono lievemente superiori a quelli del triennio precedente. Ciò non toglie che alcune province si scostino in modo evidente dalle rette della distribuzione normale: Monza-Brianza, Prato, Napoli, Varese e Milano hanno un *deficit* di iscrizioni (e cancellazioni) rispetto alla loro elevata densità territoriale, mentre Bari, Roma e Torino si trovano nella situazione opposta. La tab. 5 evidenzia la dinamica delle imprese iscritte e cessate in base ai quartili di densità territoriale delle province. Rispetto alle iscrizioni, a scala nazionale, la performance è peggiore laddove la densità territoriale è medio-bassa e medio-alta (2° e 3° quartile). Ciò è confermato anche separando il Centro-Nord dal Sud. Ci sono tuttavia differenze fra le due macroaree per quanto riguarda la dinamica delle province più densamente urbanizzate (4° quartile). Al Sud esse hanno protetto le iscrizioni più di tutte le altre; nel Centro-Nord, invece, la capacità protettiva è più marcata nelle aree "periferiche", a minore densità (1° quartile). Per quanto riguarda le cancellazioni, la pressione è stata più forte nelle aree densamente urbanizzate, specie nel Centro-Nord (valori negativi bassi indicano una dinamica più simile a quella del triennio pre-pandemia).

È possibile ipotizzare che la diversa capacità di resistenza delle province nel 2020 dipenda dal grado di dinamismo economico nella fase pre-pandemia. Realtà già in affanno o con un'economia stagnante potrebbero aver subito più di altre i contraccolpi dell'emergenza sanitaria. In Italia,

nel triennio pre-pandemia, si è registrato un moderato incremento del valore aggiunto (+4,4%) che però cela forti differenze fra province, visto che i valori oscillano fra -1,5% (Siracusa) e +8,4% (Prato). Nel 2020, è rilevabile un'alta correlazione positiva fra il valore aggiunto – *proxy* dell'ampiezza del mercato locale – le imprese iscritte ($R^2=0,8963$) e le imprese cessate ($R^2=0,9044$). I valori non si discostano da quelli registrati nel triennio precedente. In molte province meridionali, il flusso delle iscrizioni (cancellazioni) è superiore al rango per valore aggiunto (fra i casi più evidenti: Napoli, Bari, Salerno, Caserta e Lecce). Ciò va ricondotto alla loro centralità nell'area vasta, ma verosimilmente anche alla presenza di imprese *necessity-driven*, che possono essere facilmente create in settori con basse barriere all'ingresso (ad esempio nel commercio), ben presenti nell'economia meridionale. Considerando il flusso delle iscrizioni rispetto alla *performance* economica (tab. 6), è evidente un chiaro gradiente nel Centro-Nord: il calo delle iscrizioni è stato più contenuto nelle province che nel triennio pre-pandemia hanno registrato la più elevata crescita del valore aggiunto (4° quartile). Lo scarto rispetto alle altre classi è cospicuo. Al Sud la gerarchia è ribaltata. Ciò potrebbe dipendere proprio da forme di imprenditorialità *necessity-driven*, che tendono a replicarsi anche a fronte della pandemia, inducendo un alto fervore imprenditoriale nonostante la limitata crescita economica.

Il quadro delle cancellazioni è complesso e non speculare a quello delle iscrizioni. Nel Centro-Nord, la spinta all'uscita dal mercato è stata massima nelle realtà con una crescita più intensa del valore aggiunto alla vigilia della pandemia (4° quartile), dove peraltro c'è anche una maggior concorrenza derivante dal flusso delle nuove imprese create. Ma non c'è il gradiente rilevabile nelle iscrizioni. Nel Sud, il dato riferito al 1° quartile fa pensare a forme di resistenza delle imprese “a tutti i costi”, ma lo scarto rispetto al 3° e 4° quartile è limitato e non c'è un andamento lineare. I maggiori problemi, segnalati da un flusso più elevato di cancellazioni, interessano le province appartenenti al 2° quartile.

Un ulteriore asse di riflessione riguarda la dinamica delle imprese iscritte e cessate in relazione alla presenza di attività più esposte al rischio di contagio. Diversi studi hanno stimato i posti di lavoro messi a repentaglio dalla chiusura forzata delle attività e più sensibili alle misure di distanziamento sociale introdotte dalle autorità pubbliche per limitare la diffusione dei contagi; in particolare, secondo l'OECD (2020a) i settori più colpiti sono otto: 1) fabbricazione di veicoli; 2) costruzioni; 3) attività commerciali; 4) trasporto aereo; 5) alberghi, bar e ristoranti; 6) servizi immobiliari; 7) servizi professionali; 8) servizi culturali sportivi e di intrattenimento. I posti di lavoro concentrati in questi settori oscillano fra il 15% e il 35% del totale (perimetro OECD). L'incidenza è alta soprattutto nelle regioni turistiche e nelle aree metropolitane.

Le imprese operano (o decidono di entrare) in mercati più o meno popolati e concorrenziali. Per questo motivo, anziché considerare gli addetti, ci siamo riferiti alle unità locali, selezionando un numero più ristretto di settori a rischio rispetto a quelli indicati dall'OECD: 1) trasporto di passeggeri; 2) commercio al dettaglio (escluso beni alimentari e farmacie); 3) alberghi, ristoranti e bar; 4) agenzie viaggi e prenotazioni; 5) intrattenimento, servizi culturali e attività sportive; 6) altri servizi alla persona (ivi compresi parrucchieri e lavanderie). Si tratta di attività particolarmente penalizzate dallo *stop and go* e dalle misure restrittive volte ad arginare la pandemia, e che nel corso del 2020 hanno beneficiato di sostegni di varia natura da parte dello Stato e degli enti locali (ristori, incentivi a fondo perduto, deroghe per scadenze fiscali, moratoria sui finanziamenti...).

In Italia, il 30,4% delle unità locali appartiene ai settori selezionati (dato al 2018). Le quote variano sensibilmente a scala provinciale: si oscilla fra il 18,3% di Prato e il 44,6% di Vibo Valentia. Nel Sud, in modo diffuso, i valori sono alti: in 11 province si supera la quota del 40% e nessuna realtà è inserita nel 1° quartile. In linea con le aspettative, nel corso del 2020, il calo delle iscrizioni di imprese è stato maggiore nelle province con un'elevata presenza di attività a rischio (tab. 7).

Ciò vale soprattutto nel Sud, dove nel passaggio dal 4° quartile a quelli inferiori i valori si riducono progressivamente (scarto fra le classi estreme di 3,5 p.p.). Nel Centro-Nord il quadro è più articolato e anche nelle province con una quota medio-bassa di attività a rischio (2° quartile) si è registrata una significativa contrazione delle iscrizioni. Le cancellazioni, contrariamente alle aspettative, non sono state maggiori nel 4° quartile; anzi, le province appartenenti a questo gruppo hanno protetto più delle altre – soprattutto al Sud – le imprese. In realtà, questo dato non deve stupire. Va considerata la natura dei settori a rischio. Essi comprendono molte piccole imprese familiari e artigianali che si configurano come “progetti di vita” e che hanno cercato di resistere allo *shock* della pandemia, rimanendo sul mercato anche a costo di una riduzione del fatturato e di un maggior indebitamento, e usufruendo dei ristori pubblici.

5. *Note conclusive*

Pur con i limiti di un'analisi descrittiva e di breve periodo, il lavoro ha evidenziato come, in Italia, nel corso del 2020, l'impatto della pandemia sulla demografia delle imprese sia stato forte, ma anche spazialmente differenziato. Ciò è legato ai caratteri dei contesti locali, alla loro posizione pre-pandemia e all'evoluzione della geografia dei contagi nel corso dell'anno (inizialmente concentrati nelle regioni settentrionali e poi dilagati nel resto del paese). I casi di alta resistenza sono numerosi nel Mezzogiorno (specie per quanto riguarda le cancellazioni di imprese), nel Nord-Ovest (soprattutto per le iscrizioni) e nelle realtà più densamente urbanizzate (CM e aree urbane). Il dato più sorprendente è quello relativo alle imprese cessate, in forte riduzione rispetto al triennio 2017-2019. Dunque, non c'è stato quel *trend* contro-ciclico riscontrato in precedenti recessioni: ciò deve molto alle misure di sostegno varate dal Governo, che hanno favorito la sopravvivenza delle imprese. Non è facile capire l'intreccio dei fattori alla base delle differenti performance delle province, ma è evidente il ruolo della densità territoriale (*proxy* delle economie di urbanizzazione) nel “pro-

teggere” la natalità delle imprese, impedendone un eccessivo abbattimento a fronte dello *shock* pandemico. Anche il grado di dinamismo economico pre-pandemia e la specializzazione delle economie locali, in termini di presenza di attività che amplificano il rischio di contagio, hanno avuto un certo peso.

Occorre sicuramente più tempo per valutare il reale impatto della pandemia sulla demografia delle imprese. Tuttavia, alla luce delle differenti *performance* delle province e della loro diversa capacità di resistenza, sarebbe importante calibrare spazialmente le politiche di intervento a sostegno delle imprese per migliorare la coesione territoriale. Occorre, inoltre, un’azione più incisiva per la creazione di nuove imprese. Nel corso del 2020 ha prevalso la protezione delle imprese già attive, e non poteva che essere altrimenti. Per il futuro, c’è da chiedersi se sia auspicabile continuare a sostenere *tutte* le imprese, comprese quelle decotte. Ma soprattutto occorre favorire la creazione di nuove imprese, una questione cruciale visto il rallentamento registrato già prima della pandemia. Da questo punto di vista, saranno importanti le priorità di investimento stabilite nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR): si dovrebbe puntare su settori capaci di generare molte nuove imprese e posti di lavoro non delocalizzabili (come nell’economia verde), e si dovrebbero introdurre misure a favore dell’imprenditorialità femminile e giovanile, segmenti fra i più penalizzati dalla pandemia. In questa fase di ritorno dello Stato nell’economia, non solo si dovrebbe favorire la creazione di nuove imprese, ma si dovrebbe promuovere maggiormente la cultura d’impresa. Vanno sburocratizzate le procedure, va facilitato l’accesso al credito, ma occorrono anche misure per far crescere negli imprenditori quelle capacità e abilità indispensabili per affrontare rischi e incertezze, che con la pandemia sono diventati fatti strutturali.

Allegato statistico

Tab. 1 - Imprese attive in Italia per ripartizioni geografiche, 2019-2020

Ripartizioni geografiche	N° 2020	Saldo 2019-2020	% 2019-2020	Imprese/ 1.000 abitanti
Nord-Ovest	1.336.467	-4.929	-0,4	83,6
Nord-Est	1.015.910	-5.039	-0,5	87,4
Centro	1.078.843	+2.991	+0,3	91,2
Sud	1.716.294	+16.813	+1,0	85,0
Italia	5.147.514	+9.836	+0,2	86,3

Nostra elaborazione su dati Istat e Infocamere-Movimprese

Tab. 2 - Imprese iscritte e cessate in Italia per ripartizioni geografiche e tipologie territoriali, variazione 2020-media 2017/2019

Ambiti	Imprese iscritte		Imprese cessate	
	%	Saldo	%	Saldo
Nord-Ovest	-16,0	-14.624	-13,8	-12.124
Nord-Est	-17,1	-10.764	-11,1	-7.067
Centro	-19,6	-15.334	-15,2	-10.216
Sud	-16,5	-19.754	-16,0	-15.987
Città metropolitane	-16,3	-22.516	-13,3	-15.044
Province urbane	-17,3	-5.931	-16,2	-5.259
Province intermedie	-18,0	-20.197	-14,2	-15.120
Province rurali	-17,4	-11.832	-15,2	-9.971
Italia	-17,1	-60.476	-14,3	-45.394

Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

Tab. 3 - Variazione imprese iscritte in Italia per province, 2020-media 2017/2019

Ambiti	Prov. N°	Province alta resistenza (Performance migliore del dato nazionale)		Province bassa resistenza (Performance peggiore del dato nazionale)	
		N°	%	N°	%
Nord-Ovest	25	11	44,0	14	56,0
Nord-Est	22	9	40,9	13	59,1
Centro	22	6	27,3	16	72,7
Sud	36	16	44,4	20	55,6
Città metropolitane	14	7	50,0	7	50,0
Prov. urbane	12	6	50,0	6	50,0
Prov. intermedie	42	16	38,1	26	61,9
Prov. rurali	37	13	35,1	24	64,9
Italia	105	42	40,0	63	60,0

Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

Tab. 4 - Variazione imprese cessate in Italia per province, 2020-media 2017/2019

Ambiti	Prov. N°	Province alta resistenza (Performance migliore del dato nazionale)		Province bassa resistenza (Performance peggiore del dato nazionale)	
		N°	%	N°	%
Nord-Ovest	25	12	48,0	13	52,0
Nord-Est	22	7	31,8	15	68,2
Centro	22	14	63,6	8	36,4
Sud	36	24	66,7	12	33,3
Città metropolitane	14	8	57,1	6	42,9
Prov. urbane	12	7	58,3	5	41,7
Prov. intermedie	42	20	47,6	22	52,4
Prov. rurali	37	22	59,5	15	40,5
Italia	105	57	54,3	48	45,7

Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

Tab. 5 - Densità territoriale e variazione imprese iscritte e cessate in Italia per province, 2020-media 2017/2019

Classi densità territoriale (ab./Kmq), 2020	% imprese iscritte 2020-media 2017/2019			% imprese cessate 2020-media 2017/2019		
	Italia	Centro- Nord	Sud	Italia	Centro- Nord	Sud
Province 1° quartile	-15,6	-15,0	-16,4	-13,9	-12,9	-15,2
Province 2° quartile	-19,4	-21,2	-18,2	-16,9	-15,8	-18,4
Province 3° quartile	-18,7	-18,6	-18,7	-15,5	-14,2	-18,0
Province 4° quartile	-16,3	-17,0	-14,3	-12,9	-12,7	-13,8
Totale Province	-17,1	-17,5	-16,5	-14,3	-13,5	-16,0

Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Infocamere-Movimprese

Tab. 6 - Performance economica pre-pandemia e variazione imprese iscritte e cessate in Italia per province, 2020-media 2017/2019

Classi % valore aggiunto, 2016-2018	% imprese iscritte 2020-media 2017/2019			% imprese cessate 2020-media 2017/2019		
	Italia	Centro- Nord	Sud	Italia	Centro- Nord	Sud
Province 1° quartile	-18,3	-19,0	-17,3	-15,5	-13,8	-17,7
Province 2° quartile	-16,2	-18,8	-15,0	-14,4	-15,3	-13,8
Province 3° quartile	-18,2	-18,3	-18,2	-14,4	-13,5	-18,0
Province 4° quartile	-16,0	-15,8	-18,0	-13,0	-12,7	-16,6
Totale Province	-17,1	-17,5	-16,5	-14,3	-13,5	-16,0

Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Istat e Infocamere-Movimprese

Tab. 7 - Attività a rischio e variazione imprese iscritte e cessate in Italia per province, 2020-media 2017/2019

Classi % Unità locali attività a rischio, 2018	% imprese iscritte 2020-media 2017/2019			% imprese cessate 2020-media 2017/2019		
	Italia	Centro- Nord	Sud	Italia	Centro- Nord	Sud
Province 1° quartile	-17,2	-17,2	-	-12,2	-12,2	-
Province 2° quartile	-17,7	-18,1	-14,3	-14,6	-14,9	-11,9
Province 3° quartile	-15,8	-16,6	-15,4	-13,5	-13,3	-13,5
Province 4° quartile	-17,9	-18,3	-17,8	-18,4	-15,1	-18,9
Totale Province	-17,1	-17,5	-16,5	-14,3	-13,5	-16,0

Escluso cancellazioni d'ufficio - Nostra elaborazione su dati Istat e Infocamere-Movimprese

Bibliografia

- ACS Z.J. - ARMINGTON C., *Entrepreneurship, geography, and American economic growth*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.
- AGNOLETTI M. ed Altri, "Covid-19 and rural landscape: The case of Italy", *Landscape and Urban Planning* 204, 103955(2020), pp. 1-9.
- ANDERSSON M. - KOSTER S., "Sources of persistence in regional start-up rates. Evidence from Sweden", *Journal of Economic Geography*, 11(2011), 1, pp. 179-201.
- ARMINGTON C. - ACS Z.J., "The determinants of regional variation in new firm formation", *Regional Studies*, 36(2002), 1, pp. 33-45.
- BAILEY D. ed Altri, "Regions in a time of pandemic", *Regional Studies*, 54(2020), 9, pp. 1163-1174.
- BARCA F. - GIOVANNINI E., *Quel mondo diverso. Da immaginare, per cui battersi, che si può realizzare*, Roma-Bari, Laterza, 2020.
- BARTELSMAN E.J. ed Altri, "Comparative analysis of firm demographics and survival: Micro-level evidence for the OECD countries", *OECD Economics Department Working Paper*, 348(2003), pp. 1-61.
- BARTIK A.W. ed Altri, "The impact of COVID-19 on small business outcomes and expectations", *PNAS-Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(2020), 30, pp. 17656-17666.
- BÖHME K. - BESANA F., "Understanding the territorially diverse implications of COVID-19 policy responses", *Spatial Foresight Briefing*, 13(2020), pp. 1-16.
- BOSMA N. - STERNBERG R. (2014), "Entrepreneurship as an urban event? Empirical evidence from European cities", *Regional Studies*, 48(2014), 6, pp. 1016-1033.
- BROWN R. - COWLING M., "The geographical impact of the Covid-19 crisis on precautionary savings, firm survival and jobs: Evidence from the United Kingdom's 100 largest towns and cities", *International Small Business Journal: Researching Entrepreneurship*, 39(2021), pp. 319-329.
- CARNAZZA P. - GIORGIO F., "Gli effetti del COVID-19 sull'economia italiana e sul sistema produttivo", *Argomenti*, 16(2020), pp. 25-55.
- CERQUA A. - LETTA M. (2020), "Local economies amidst the COVID-19 crisis in Italy: A tale of diverging trajectories", *MPRA Paper*, 104404(2020), pp. 1-31.
- COAD A. (2014), "Death is not a success: Reflections on business exit", *International Small Business Journal: Researching Entrepreneurship*, 32(2014), 7, pp. 721-732.
- EUROSTAT, *Methodological manual on territorial typologies, 2018 edition*, Luxembourg, Eurostat, 2019.
- FAIRLIE R.W., "Entrepreneurship, economic conditions, and the Great Recession", *Journal of Economics and Management Strategy*, 22(2013), 2, pp. 207-231.
- FAIRLIE R.W., "The impact of COVID-19 on small business owners: Evidence from the first 3 months after widespread social-distancing restrictions", *Journal of Economics Management Strategy*, 4(2020), pp. 727-740.
- FENU N. (a cura di), *Aree interne e Covid*, Siracusa, LetteraVentidue, 2020.
- FORMAI S. ed Altri, "Così il Covid ha contagiato l'imprenditorialità", *Lavoce.info*, 2 luglio 2020. pp. 1-5.
- FRIGERIO A. - LISI R. (a cura di), *Pubblico è meglio. La via maestra per ricostruire l'Italia*, Roma, Donzelli, 2021.

- FRITSCH M. - WYRWICH M., "Persistence of regional entrepreneurship: Causes, effects, and directions for future research", *Jena Economic Research Papers*, 3(2017), pp. 1-27.
- GLAESER E.L., "Entrepreneurship and the City", *NBER Working Paper*, 13551(2007), pp. 1-47.
- GONG H. ed Altri, "Regional resilience in times of a pandemic crisis: The case of Covid-19 in China", *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 111(2020), 3, pp. 497-512.
- GRAZIANO T., "Smart technologies, back-to-the-village rhetoric, and tactical urbanism: Post-covid planning scenarios in Italy", *International Journal of E-Planning Research*, 10(2021), 2, pp. 80-93.
- INSHAN M. - PRAKASH P., "The impact of COVID-19 on entrepreneurship globally", *Journal of Economics and Business*, 3(2020), 3, pp. 1165-1173.
- ISTAT, *Rapporto annuale 2020. La situazione del paese*, Roma, ISTAT, 2020.
- ISTAT, *Rapporto sulla competitività dei settori produttivi*, Roma, ISTAT, 2021.
- KOELLINGER P.D. - THURIK A.R., "Entrepreneurship and the business cycle", *Review of Economics and Statistics*, 94(2012), 4, pp. 1143-1156.
- KOSTER S. - HANS L., "History repeating! Spatial dynamics in Dutch start-up rates (1996-2013)", *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 108(2017), 2, pp. 250-257.
- MARTIN R., "Regional economic resilience, hysteresis and recessionary shocks", *Journal of Economic Geography*, 12(2012), 1, pp. 1-32.
- MARTIN R. ed Altri, "How regions react to recessions: Resilience and the role of economic structure", *Regional Studies*, 50(2016), 4, pp. 561-585.
- MCCANN P. - VORLEY T. (eds.), *Productivity and the pandemic. Challenges and insights from Covid-19*, Cheltenham, Edward Elgar, 2021.
- MISTRETTA A., "La demografia d'impresa ai tempi del Covid-19: un approfondimento sui cambi di codice dell'attività", *Note Covid-19 Banca d'Italia*, 16 dicembre 2020, pp. 1-24.
- MURGANTE B. ed Altri, "Why Italy first? Health, geographical and planning aspects of the COVID-19 outbreak", *Sustainability*, 12(2020), 12, pp. 1-44.
- NYSTRÖM K., "An industry disaggregated analysis of the determinants of regional entry and exit". *Annals of Regional Science*, 41(2007), 4, pp. 877-896.
- OECD, *Coronavirus (COVID-19), from pandemic to recovery: Local employment and economic development*, Paris, OECD, 2020a.
- OECD, *Start-ups in the time of COVID-19: Facing the challenges, seizing the Opportunities*, Paris, OECD, 2020b.
- PARKER S.C., *The economics of entrepreneurship*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009.
- PENDALL R. ed Altri, "Resilience and regions: Building understanding to the metaphor", *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 3(2010), 1, pp. 71-84.
- PINI M. - RINALDI A., "Nuova imprenditorialità mancata e perdita di occupazione: prime valutazioni sugli effetti della pandemia sul sistema produttivo italiano", *EyesReg.it*, 3(2020), pp. 1-11.
- RATTEN V., *Covid-19 and entrepreneurship*, London and New York, Routledge, 2021.

- REYNOLDS P. ed Altri, "Cross-national comparisons of the variation in new firm formation rates: an editorial overview", *Regional Studies*, 28(1994), 4, pp. 343-346.
- RINALDI A., "Nuove imprese 'chiuse' dalla pandemia", *Lavoce.info*, 9 dicembre 2020, pp. 1-4.
- SOROKA A. ed Altri, "Measuring regional business resilience", *Regional Studies*, 54(2020), 6, pp. 838-850.
- STAM E., "Entrepreneurship, evolution and geography", BOSCHMA R. - MARTIN R. (eds.), *The Handbook of evolutionary economic geography*, Cheltenham, Edward Elgar, 2010, pp. 139-161.
- WILLIAMS N. - VORLEY T., "Economic resilience and entrepreneurship: Lessons from the Sheffield city region", *Entrepreneurship & Regional Development*, 26(2014), 3-4, pp. 257-281.
- WILLIAMS N. - VORLEY T., *Creating resilient economies: Entrepreneurship, growth and development in uncertain times*, Cheltenham, Edward Elgar, 2017.
- WORLD BANK, "Unmasking the impact of COVID-19 on businesses. Firm level evidence from across the world", *Policy Research Working Paper*, 9434(2020), pp. 1-60.
- ZANDI M., "Covid-19: Global economic tsunami", *Moody's Analytics*, marzo 2020, pp. 1-8.

Sitografia

- [01] https://www.corriere.it/economia/lavoro/21_febbraio_01/lavoro-dicembre-persi-444-mila-posti-rispetto-2019-92008d2c-6471-11eb-aad7-ece6884524fa.shtml (Accesso del 21 Febbraio 2021).
- [02] <https://www.ilsole24ore.com/art/debito-pubblico-italiano-aumento-quasi-160per cento-2021-l-fmi-ma-e-sostenibile-ADe6WNGB> (Accesso del 29 Gennaio 2021).

Résumé

En Italie, comme dans d'autres pays, la pandémie de Covid-19 a déclenché une grave récession économique, que le Gouvernement tente de contrer par des mesures sans précédent pour soutenir les entreprises, les familles et les travailleurs. Ce document présente une première évaluation des effets de la pandémie sur la démographie des entreprises. En utilisant les données du registre des entreprises à l'échelle provinciale, nous mettons en évidence comment, au cours de l'année 2020, les flux d'entreprises créées et fermées ont radicalement diminué par rapport aux trois années précédentes. Toutefois, des différences significatives sont visibles tant entre les divisions territoriales (niveau NUTS 1) qu'entre les zones urbaines et rurales. La pandémie pourrait accentuer les fractures territoriales au sein du pays; les décideurs devraient examiner très attentivement la dynamique des entreprises afin de définir des politiques permettant le retour à une "nouvelle normalité".

Mots clés: Covid-19, Italie, récession, démographie des entreprises, résilience.

Resumen

En Italia, al igual que en otros países, la pandemia de Covid-19 ha desencadenado una grave recesión económica, que el Gobierno intenta contrarrestar con medidas sin precedentes

para apoyar a las empresas, las familias y los trabajadores. Este documento presenta una primera evaluación de los efectos de la pandemia en la demografía empresarial. Utilizando los datos del registro de empresas de toda la provincia, destacamos cómo, durante el 2020, los flujos de empresas nuevas y cerradas han disminuido drásticamente en comparación con los tres años anteriores. Sin embargo, se observan diferencias significativas tanto entre las divisiones territoriales (nivel NUTS 1) como entre las zonas urbanas y rurales. La pandemia podría acentuar las disparidades territoriales dentro del país; los responsables políticos deberían examinar muy detenidamente la dinámica empresarial para definir las políticas de vuelta a la “nueva normalidad”.

Palabras clave: Covid-19, Italia, recesión, demografía empresarial, resiliencia.

Il turismo sostenibile tra crisi e opportunità di ripresa post COVID-19

FRANCESCA SORRENTINI*

Abstract

The pandemic crisis has caused serious consequences for tourist destinations facing difficult challenges, which can give rise to new opportunities aimed at creating a greater balance in territorial ecosystems and the well-being of communities. This study intends to urge the reflection on the possibility of rethinking the way in which to do tourism, by reviewing offers and favouring the choices consistent with the environment and promotion of tourism, from the defence of identity and innovation, to reach the adoption of a tourism model with the participation of the local community.

Keywords: tourism, environment, Covid-19.

1. Introduzione

Il turismo è un efficace strumento di conservazione della natura e di benessere delle comunità locali, contribuendo sia alla tutela dell'ambiente sia allo sviluppo economico, che possono autoalimentarsi e rafforzarsi reciprocamente. In particolare, l'ecoturismo, inteso come quel fenomeno che applica i principi di rispetto e responsabilità nei viaggi in aree naturali e rurali¹, può concorrere a migliorare gli *standard* di vita dei residenti locali

* Università degli Studi di Napoli "Federico II", e-mail: sorrenti@unina.it.

1. La definizione più utilizzata e condivisa di ecoturismo è quella dell'IUCN: "Un viaggio ecologicamente responsabile e una visita ad aree naturali relativamente indisturbate per godere e apprezzare la natura (e ogni dotazione culturale collegata, sia storica sia at-

e la funzione educativa riguardo alla dimensione ecologica, nonché a finanziare il ripristino degli habitat naturali. Esso, inoltre, consente al turista di entrare in contatto con i popoli e le culture dei territori di destinazione, secondo le recenti tendenze che vedono il viaggiatore particolarmente interessato alla protezione e tutela del patrimonio naturale, alla conservazione della biodiversità e al rispetto, oltre alla conoscenza, delle culture locali. In altri termini, poiché il nuovo turista predilige un approccio esperienziale, egli è alla ricerca di nuovi stimoli, ha voglia di non essere più solo spettatore dei contesti visitati e di vivere una situazione che percepisce come unica e irripetibile, fruendo di un ambiente naturale incontaminato e rispettando l'autenticità socio-culturale delle comunità ospiti. A differenza del turismo di natura, l'ecoturismo non si concentra soltanto sugli interessi, motivazioni e comportamenti dei viaggiatori, ma implica anche l'organizzazione e la pianificazione della filiera da parte degli operatori pubblici e privati, affinché sia garantito il corretto utilizzo delle risorse e il pieno coinvolgimento della popolazione locale (Ziffer, 1989).

Tali orientamenti, unitamente al desiderio del turista di partecipare alla conservazione delle risorse naturali e di evitare vacanze standardizzate e generaliste, hanno determinato un'espansione dell'ecoturismo, rafforzatasi in seguito all'esplosione della pandemia da Covid-19, che se, da un lato, ha inferto un duro colpo all'economia mondiale e in particolare al comparto turistico (sistema di accoglienza, professioni turistiche, editoria di viaggio, artigianato artistico, ristorazione, produzioni di qualità, sistemi museali, fruizione del patrimonio ed attività culturali), dall'altro, ha imposto l'adozione di nuove misure utili affinché il turismo possa essere una piattaforma per superare la crisi e per promuovere solidarietà e fiducia. Pertanto, alla

tuale), un viaggio che promuove la conservazione, riduce al minimo l'impatto negativo dei visitatori e stimola il coinvolgimento della popolazione locale nella condivisione dei benefici socio-economici" (IUCN, 1996, p. 12). Altra interessante definizione è la seguente: "Un viaggio ecologicamente responsabile finalizzato a godere e apprezzare la natura (e ogni dotazione culturale collegata), che promuove la conservazione dell'ambiente naturale e contribuisce allo sviluppo socio-economico responsabile delle collettività locali" (Nicolini, Marzo, 2013, p. 22).

luce della recente situazione, il tema del turismo sostenibile si pone in una diversa prospettiva, cioè impone un cambio di paradigma strategico nei prossimi anni, legato a una visione sistemica e organica dei modelli di società e di economia per rispondere ai mutati bisogni dei viaggiatori.

2. Gli effetti del Covid-19 sul turismo: criticità e innovazioni

La necessità di superare il modello di sviluppo basato sull'eccessivo consumo di risorse e su un'economia lineare non è un tema nuovo, ma si è imposto con maggiore forza in seguito alla pandemia da COVID-19², la quale suggerisce l'opportunità di ripensare agli impatti generati dal turismo su ambiente, clima, salute umana e di adottare scelte ispirate a un impiego efficiente dei beni naturali e alle regole dell'economia circolare, che vengono percepite come più rassicuranti.

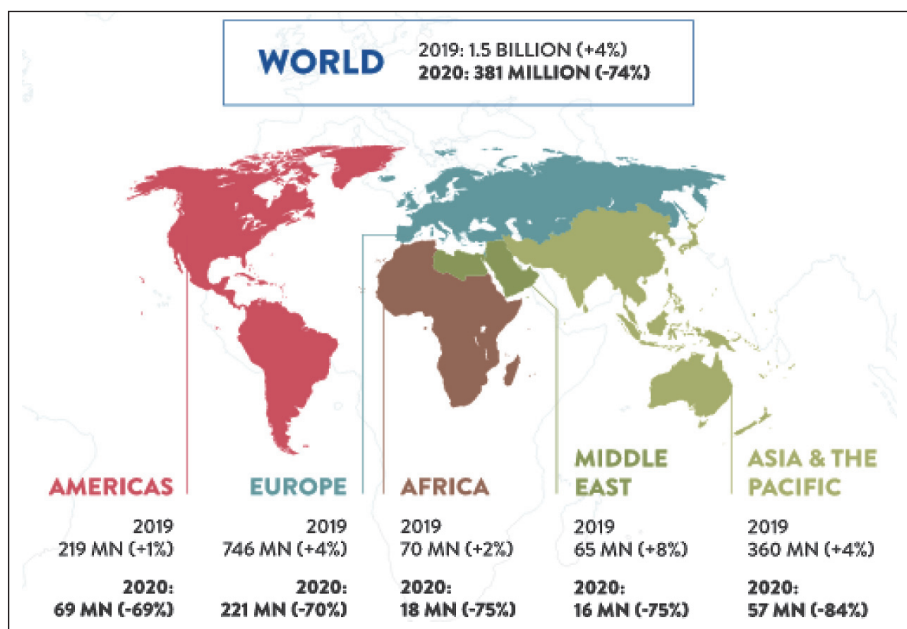
Secondo i dati dell'OECD, in media il turismo contribuisce al 4,4% del Pil, al 6,9% della forza lavoro e al 21,5% delle esportazioni legate ai servizi [01]; nel 2019 ha registrato 1,5 miliardi di arrivi turistici internazionali (fig. 1)³.

La crisi sanitaria e le conseguenti restrizioni ai viaggi hanno causato una notevole perdita sia degli arrivi internazionali, che sono diminuiti nel 2020 del 74%, sia delle entrate (–1.300 miliardi di dollari), mettendo a ri-

2. COVID-19 è l'acronimo dell'inglese *CO*rona*V*irus *D*isease 19, una malattia infettiva respiratoria causata dal *virus* denominato SARS-CoV-2, appartenente alla famiglia dei coronavirus. I primi casi sono stati riscontrati in Cina e, il 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina. Il giorno successivo, il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati a partire dal 22 gennaio, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale.

3. Sebbene l'incremento degli arrivi nel 2019 rispetto al 2018 sia stato elevato (4,5%), si è trattato comunque di una crescita inferiore al biennio precedente, a causa, tra l'altro, dell'incertezza prodotta dalla *Brexit* e dalle tensioni politiche e commerciali. Nel 2019, nell'UE il contributo al Pil è stato del 9,5% del Pil e l'11,2% dell'occupazione era direttamente e indirettamente imputabile al turismo, interno e internazionale [02].

Fig. 1 - Arrivi turistici internazionali



Fonte: [03]

Tab. 1 - Arrivi e presenze negli esercizi ricettivi per mese e residenza dei clienti. Anno 2019 e 2020, variazioni %

Movimento	var % 2020-2019									
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	anno fino a settembre
Residenti										
Arrivi	5,8	-11,9	-87,6	-98,8	-91,3	-60,5	-17,0	0,2	-14,0	-39,0
Presenze	3,3	-8,5	-75,8	-92,1	-84,5	-63,3	-26,4	-6,7	-7,8	-32,9
Non residenti										
Arrivi	5,1	-11,9	-94,2	-99,9	-99,6	-93,0	-73,7	-57,8	-58,3	-72,6
Presenze	3,3	-3,2	-89,0	-98,3	-98,1	-93,1	-72,1	-54,7	-51,4	-68,6
Totale										
Arrivi	5,5	-11,9	-90,5	-99,3	-96,0	-77,4	-47,1	-26,4	-39,6	-55,9
Presenze	3,3	-5,8	-82,4	-95,4	-92,9	-79,5	-49,0	-26,1	-33,5	-50,9

Fonte: Istat, Movimento dei clienti negli esercizi ricettivi, dati provvisori

schio tra i 100 e i 120 milioni di posti di lavoro diretti, molti dei quali nelle piccole e medie imprese [03].

Per quanto riguarda il nostro Paese⁴, gli arrivi hanno subito un drastico calo di circa il 59% (–74,7% stranieri; –43,2% residenti) e le presenze si sono ridotte del 53,3%, cioè una perdita di 232,8 milioni (Morvillo e Becheri, 2020a), imputabile soprattutto alla domanda straniera (–70%), che, in situazioni di normalità, influisce per oltre il 50% sul totale dei pernottamenti⁵ (tab. 1) (Bozzato ed Altri, 2020).

In questo scenario, il turismo deve affrontare sfide sempre più difficili per essere sostenibile, considerato che, già da tempo, la sua crescita globale rapida e spesso incontrollata ha amplificato alcune criticità: l'occupazione è connotata da una forte stagionalità, oltre a ricevere stipendi esigui; il sovraffollamento (*overtourism*) e il conseguente superamento della capacità di carico sono causa, ad esempio, di perdita di biodiversità, di modifica della struttura dei suoli e di interi regimi idrici, di inquinamento acustico e atmosferico, di alterazioni alle difese costiere naturali, di incremento delle emissioni di CO₂⁶, oltre che di dinamiche di disagio sociale; le ricadute sulla comunità ospite non sempre sono positive, soprattutto quando il turismo costituisce l'unica fonte di reddito, provocando, in situazioni di difficoltà, squilibri ecologici e scompensi economici [04]; Zerbi, 1998; Hall e Lew, 1998; Butler, 2000.

D'altro canto, l'ecoturismo contribuisce anche a migliorare l'ambiente e a raggiungere gli Obiettivi dello Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030⁷, in particolare il primo ("Lotta alla Povertà"), attraverso l'occupazio-

4. In Italia il turismo contribuisce circa al 13% del Pil, crollato al 7% nel 2020, e al 15% dell'occupazione.

5. In Italia nel 2020 il PIL si è ridotto dell'8,9%, a fronte di un calo dell'UE del 6,2%. Il nostro Paese è stato il più colpito dalla crisi, che ha imposto un *lockdown* generalizzato a marzo 2020 e ha causato il maggiore numero di decessi registrati tra i paesi dell'UE.

6. Si stima che l'8% delle emissioni globali di gas serra sia imputabile al turismo (Lenzen, Sun e al., 2018).

7. L'Agenda 2030 è un piano d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità. Essa definisce 17 Obiettivi (*Sustainable Development Goals SDGs*), da raggiungere entro il 2030, articolati in 169 *Target*.

zione e i suoi legami con la catena del valore nelle economie locali, e l'obiettivo 15 ("Conservazione, restauro e uso sostenibile degli ecosistemi"), quando offre prodotti climaticamente neutri, utilizza energia pulita, riduce l'uso di sostanze chimiche e nocive e di plastica, protegge le specie a rischio di estinzione (Epler Wood, 2002; Galli, Notarianni, 2002; Borges ed Altri, 2011); [05]. Basti pensare ai grandi parchi naturali africani (Kenya, Uganda, Repubblica del Congo, Ruanda), dove se non fosse per questa attività molti corridoi vitali per la migrazione degli animali finirebbero per tornare ad essere terreni di caccia o sarebbero destinati ad altri usi, mettendo a rischio alcune tra le maggiori concentrazioni di vita animale nel mondo (come i gorilla) [06]; [07]; (IUCN WCPA, 2021).

Tuttavia, la questione è complessa, poiché per alcune destinazioni ridurre la pressione turistica può essere l'unico modo per ripristinare un mondo naturale, anche quando l'industria del turismo si concentra sull'ambiente. È il caso del parco nazionale di Komodo (Indonesia), noto anche per ospitare la lucertola più grande del mondo (il drago di Komodo), dove, il notevole incremento del numero di visitatori ha determinato un aumento dell'inquinamento, che ha provocato la perdita di biodiversità e la distruzione dell'ambiente naturale del drago. Al fine di tutelare la specie e di contrastare i crescenti episodi di bracconaggio, le Autorità indonesiane prima della pandemia avevano deciso di chiudere l'ingresso dell'isola ai turisti per tutto il 2020, salvo poi adottare una nuova direttiva che prevedeva la regolamentazione degli accessi⁸, in seguito sia alle verifiche condotte, che hanno dimostrato la stabilità della popolazione di varani, sia alle proteste dei residenti, per i quali il turismo rappresenta un'importante fonte di sostentamento. Il Covid-19 ha vietato l'ingresso non solo al Parco ma ovunque, restituendo un'immagine, allo stesso tempo spaventosa e suggestiva, di un mondo senza turismo, e, con la graduale ripresa dei viaggi, offre l'occa-

8. Il Ministro dell'Ambiente indonesiano aveva previsto un sistema di abbonamenti con biglietti da 500 a 1.000 dollari, cioè circa 50 volte la quota d'ingresso fissata fino al 2018, nell'intento di attirare i turisti più ricchi, ridurre il numero di visitatori e di consentire ai rettili, ai cervi di cui si nutrono le lucertole, e al loro *habitat* comune di recuperare.

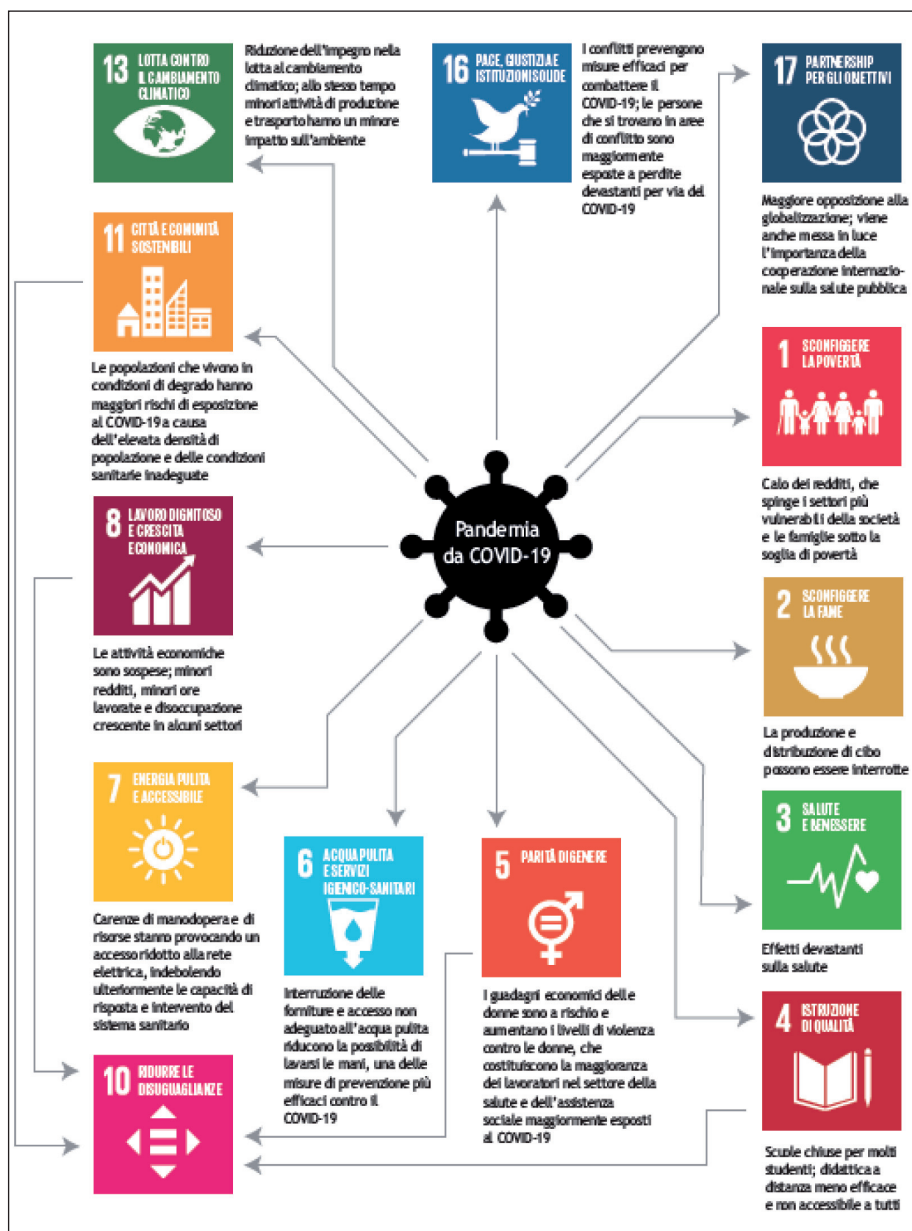
sione per riflettere sull'urgenza di uscire da un ciclo distruttivo ed effettuare un'inversione di rotta utile a ribaltare il processo di degrado e a creare sistemi in cui l'uomo e l'ambiente possano convivere⁹ (Ioannides, Gyimothy, 2020; Sarkar ed Altri, 2020).

In sintesi, non tutto il turismo basato sulla natura fa bene alla natura stessa; secondo un recente sondaggio, quasi l'85% dei turisti ritiene essenziale ridurre l'impronta di carbonio, anche se solo l'11% dichiara di voler sostenere costi aggiuntivi per assicurare la sostenibilità della propria vacanza [08]; (Hunter, Shaw, 2007). Pertanto, è importante che il turismo diventi un settore resiliente, competitivo, efficiente sotto il profilo delle risorse e a emissioni zero, in linea con gli obiettivi e i principi dell'accordo di Parigi sui cambiamenti climatici e dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Ne consegue l'evidente e condivisa necessità di rilanciare il comparto, concentrando l'attenzione sul valore intrinseco delle risorse naturali, ricorrendo a un approccio biocentrico piuttosto che antropocentrico, spingendo il turista ad accettare l'ambiente nella sua realtà, senza pretendere di trasformarlo secondo la sua convenienza [09].

A tale riguardo, si rilevano interessanti iniziative intraprese da molte destinazioni, e che si sono rafforzate con la pandemia, volte a soddisfare le suddette esigenze. Innanzitutto, sono aumentati gli investimenti sulla sostenibilità, nel senso che quest'ultima viene proposta come *focus* dell'esperienza di vacanza ed è percepita dal turista come un nuovo lusso. Basti pensare a Peio, nota località sciistica del Trentino che dal 2019 è diventata la prima *ski area plastic free* al mondo, con un progetto che punta ad adottare buone pratiche ecosostenibili, obiettivi e traguardi in linea con l'Agenda 2030; e al Parco del Pollino in Calabria, dove è nato il *River Tribe*,

9. Già nel 2019 il Rapporto ONU dedicato agli obiettivi dello sviluppo sostenibile evidenziava le difficoltà di risolvere alcune questioni (come la lotta alla povertà, la disuguaglianza in termini di accesso alla salute e all'istruzione, il cambiamento climatico) entro il 2030, in assenza di azioni e politiche più rapide e ambiziose di trasformazione economica e sociale. Tale preoccupazione si è aggravata con la pandemia, a causa dell'impoverimento, della mancanza di cibo, della chiusura delle scuole e della pressione sanitaria (fig. 2); (ASviS, 2020).

Fig. 2 - Impatto della pandemia su alcune dimensioni dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile



Fonte: ASviS, 2020

Fig. 3 - La *Tree Top Walk*



Fonte: [16]

uno dei principali centri *outdoor* d'Europa per le attività ecosostenibili, che propone pacchetti e *tour* nel pieno rispetto della natura¹⁰. Non vanno, altresì, trascurate le iniziative internazionali, come quelle della Slovenia¹¹, che costituisce un modello per la conservazione responsabile del patrimonio naturale e culturale e per l'atteggiamento assunto dalle istituzioni nei confronti dell'ambiente¹². Infatti, nonostante la crisi sanitaria, il paese è riuscito ad affermarsi come destinazione sicura e *green*, grazie anche allo sviluppo dell'offerta turistica e dei prodotti a contatto con la natura, non-

10. Il Centro organizza oltre quattordici attività *outdoor* (*rafting*, *mountain bike*, *tracking*, *river working*, *tobing*, ect.) e crea pacchetti personalizzati, che sono un *mix* tra avventura, benessere, natura e gastronomia.

11. La Slovenia è il primo paese al mondo ad aver ottenuto il titolo di "Destinazione Verde".

12. Tra le varie esperienze *green* si segnalano: gli appartamenti a forma di alveare, a Mo-zirje, vicini all'acqua e con un *packaging* dedicato per il *food* soprattutto miele; e la *Tree Top Walk*, una struttura di design lunga 522 m nel cuore dei monti Pohorje, che permette di fare una passeggiata sospesi fra gli alberi della Slovenia, reinventando il concetto di camminata in maniera sostenibile e innovativa (figg. 3 e 4).

Fig. 4 - Appartamenti a Mozirje



Fonte: [18]

ché al raggiungimento di elevati standard in materia di igiene e salute inclusi nel marchio *Green & Safe*, che certifica, appunto, i fornitori di servizi e le destinazioni turistiche rispettose dei canoni di sicurezza stabiliti durante la pandemia¹³.

3. *Trend e proposte per lo sviluppo di destinazioni competitive ed eco-sostenibili*

Da quanto suddetto si comprende il crescente successo di quelle mete che, essendo caratterizzate da ambienti incontaminati, da esigui flussi turistici e prossime ai centri di partenza, sono in grado di assecondare i nuovi *trend* di un turismo più lento e responsabile. Infatti, secondo un'indagine condotta da Trip Advisor (*"Beyond COVID-19"*), il turismo nazionale e le destinazioni naturalistiche sono state nel 2020 le principali beneficiarie

13. Anche osservando le campagne promozionali di grandi città si evince tale tendenza: la strategia di marketing di Copenhagen, ad esempio, è stata impostata sulla sostenibilità e sul turismo di prossimità. Infatti, *Wanderful Copenhagen*, l'organizzazione turistica ufficiale della Capitale, ha lanciato la strategia a lungo termine *"Tourism for Good. An invitation to a journey towards sustainable tourism by 2030"*, al fine di rendere il turismo parte delle soluzioni per un futuro sostenibile e non parte del problema.

della domanda, la gran parte dei consumatori monitorati ha dichiarato di volersi rilassare nella vacanza, in misura maggiore dello scorso anno e, preferibilmente, in luoghi poco frequentati; lo studio, inoltre, sottolinea il grande interesse per i viaggi brevi in località facilmente raggiungibili con mezzi di trasporto privati e la propensione di quasi la metà (44%) dei viaggiatori alle escursioni, mentre oltre la metà (61%) è attirata da una vacanza della durata di 3-5 giorni¹⁴ [10]. Da questo punto di vista le destinazioni italiane possono efficacemente realizzare offerte turistiche adatte alla ripartenza post Covid-19, integrando le tradizionali proposte, parcellizzate e specializzate per specifici segmenti della domanda, con formule nuove, ampie e tematizzate sullo “stare bene”.

La pandemia ha evidenziato i molteplici vantaggi che derivano da un movimento domestico, anche nelle realtà economicamente meno avanzate, dove non è più possibile basare il turismo soltanto sui flussi internazionali di *élite*. Questa necessità di puntare sul turismo interno e regionale è stata considerata, ad esempio, dalle autorità del turismo in Kenya, come un’ottima opzione per creare un comparto resistente a qualsiasi crisi, riprogettando i prodotti e rendendo le destinazioni accessibili e interattive¹⁵.

Altri significativi *trend* di viaggio che si sono manifestati con la pandemia, e probabilmente condizioneranno il turismo in futuro, riguardano, oltre al più frequente ricorso alle seconde case, la cosiddetta *workation*, ossia la vacanza che permette di lavorare da remoto in un luogo di villeggiatura, trasformando il concetto stesso di turismo, convenzionalmente considerato come estraniamento dalla vita quotidiana, a favore di una logica in cui divertimento e lavoro possano convivere; le *virtual and on line experiences*, cioè attività virtuali (ad esempio, *tour*, lezioni in *streaming*, degustazioni di

14. Anche Airbnb, il portale *on line* che mette in contatto persone in cerca di alloggio, ha cambiato strategia, proponendo, tra l’altro, il programma “*Go Near*”, che punta a sostenere le economie locali attraverso il turismo domestico e la collaborazione con gli Enti locali. Per quanto riguarda l’Italia, in base a un sondaggio realizzato a giugno 2020, risulta che più dell’80% degli italiani sceglie vacanze a corto raggio ed entro il territorio nazionale.

15. L’Africa, con 1,2 miliardi di persone, riceve soltanto 62 milioni di turisti; in particolare in Kenya il comparto contribuisce al 10% del Pil e occupa 1,6 milioni di persone.

vino¹⁶) che non sostituiscono certamente l'esperienza di viaggio, ma concorrono a mantenere vivo l'interesse per le mete turistiche e ad arricchire le proposte, al punto da poter prefigurare per i prossimi anni un impiego più intenso e diffuso di questa formula di integrazione tra reale e virtuale quale percorso di promozione del territorio¹⁷ (Bizzarri, Ceschin, 2020).

Dunque, la crisi sanitaria ha imposto un cambio di prospettiva che si riflette sulle scelte di acquisto. Il turista attuale, sempre più informato e attivo, manifesta esigenze diverse e, non escludendo alcuna opportunità a seconda della motivazione del momento, si orienta verso differenti formule di viaggio e soggiorno (voli *low cost* e *full cost*; alloggi privati e hotel di lusso; *fast food* e ristoranti stellati) e predilige pacchetti *tailor made*, che, essendo personalizzati, sono in grado di integrare vari segmenti e di rendere fruibili tutte le risorse di cui dispone il territorio. Inoltre, la richiesta di destinazioni e servizi sostenibili ha concentrato le preferenze dei consumatori verso i borghi nelle aree rurali e montane, spinti dalla ricerca di ritmi di vita più lenti e sicuri e dalla voglia di vivere all'aria aperta, nonché di fare esperienze autentiche e genuine, come quelle enogastronomiche di qualità che vadano oltre le classiche visite in cantina, includendo nuove attività dedicate al benessere fisico e in sicurezza, come il *bike&gusto*, il *wellbeing* e il *bleisure*¹⁸ [12]; (Belhassen, Caton, 2006; Bozzato, Ceschin e al., 2017). Infatti, anche in tempo di Covid-19, nonostante la riduzione delle esperienze fruite e della spesa, si è registrato un aumento del 10% dei turisti che hanno avuto come motivazione principale l'enogastronomia. In particolare, questo tipo di turismo offre la possibilità di scoprire luoghi fuori da-

16. Durante il *lockdown*, molte imprese vitivinicole hanno continuato ad offrire i propri servizi mediante due modalità: a) *low cost*, cioè le persone si collegano al sito delle aziende per ascoltare i commenti degli esperti che assaporano i vini; b) *expensive*, dopo aver acquistato il prodotto, i clienti partecipano alla degustazione a distanza.

17. Massimizzare la tecnologia in tutto il comparto, favorire la digitalizzazione per creare soluzioni innovative e investire in competenze digitali sono alcune delle priorità delineate dal Rapporto dell'ONU per aiutare la ripresa e ristabilire un'industria turistica sicura per le comunità ospiti, i lavoratori e i turisti [11].

18. Il termine (*business + leisure*) indica la tendenza delle persone che viaggiano per affari ad estendere il viaggio di lavoro nella destinazione con alcuni giorni di ferie.

gli itinerari di massa e di entrare in contatto con altri modi di vivere, di vedere il mondo e la sua storia, perché promuove i valori culturali e i riferimenti identitari che distinguono il territorio e favorisce il richiamo a una memoria viva della storia e delle sue tradizioni. Nell'intento di sostenere il tessuto economico del contesto rurale che lo ospita e di sperimentare una realtà di vita alternativa, anche se solo per il breve periodo del viaggio, il turista riscopre l'agricoltura, partecipando in prima persona alle attività produttive, e talvolta crea una filiera virtuosa di acquisti periodici di prodotti a distanza o con adozioni simboliche di animali¹⁹. Ne consegue che il turismo contribuisce a conseguire molteplici obiettivi di sostenibilità, che vanno dalla salvaguardia della biodiversità e conservazione di particolari ecosistemi²⁰ al rilancio e valorizzazione socioeconomica delle aree a rischio di abbandono, grazie sia alla ripresa dell'economia agricola locale sia all'integrazione con altre attività profondamente inserite nel territorio.

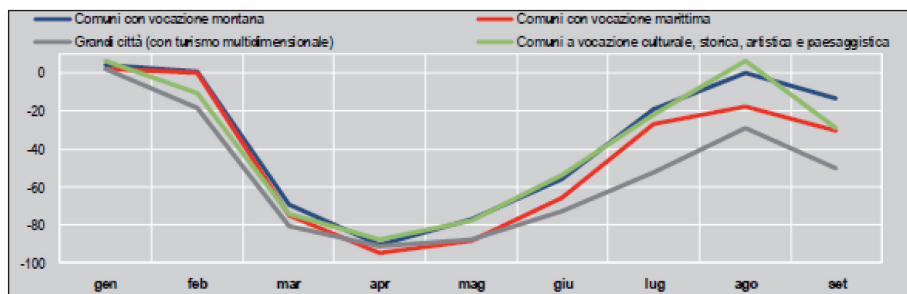
4. Conclusioni: la strategia nazionale per il rilancio del turismo in chiave sostenibile

Dallo scenario delineato emerge come il Covid-19 abbia messo in risalto le molteplici contraddizioni del turismo. Per quanto distruttivo, il virus ha offerto l'opportunità di immaginare un mondo in cui si può decarbonizzare e rimanere locali. L'ambiente ha respirato, ha trovato un certo equilibrio grazie all'arresto dei flussi turistici e la recente timida ripresa dimostra non solo il desiderio dei consumatori di tornare a viaggiare, ma so-

19. Interessanti sono le iniziative realizzate da alcune aziende agricole dell'Abbruzzo che, al fine di rispondere a una nuova domanda, offrono al turista, oltre al soggiorno, la possibilità di essere coinvolto attivamente nella coltivazione dello zafferano (oro rosso d'Abruzzo), un'antica coltura che si stava perdendo. L'esperienza spazia dalla partecipazione dell'intero processo di raccolta, selezione ed essiccazione dei fiori, fino alla sperimentazione delle qualità nutritive attraverso percorsi di degustazione e/o laboratori di cucina, tenuti dai residenti.

20. Il riferimento è, dunque, oltre che alla sostenibilità ambientale anche a quella culturale del turismo, nel senso che la comunità locale tutela e conserva le risorse locali che costituiscono motivo di richiamo e, al contempo, diventa essa stessa elemento attrattivo del territorio, sia come espressione della cultura immateriale sia come fattore essenziale dell'ospitalità (Pollice, 2012).

Fig. 5 - Presenze dei clienti residenti in Italia per mese e categoria di comuni. (Variazioni percentuali 2020/2019 per i primi nove mesi dell'anno)



Fonte: [17]

prattutto la particolare attenzione al rispetto dell'ambiente²¹ e alla ricerca di destinazioni meno affollate (fig. 5). L'estate del 2020 vede, infatti, prevalere il turismo balneare ma, rispetto all'anno precedente, le mete che risentono meno della crisi sono quelle montane, collinari, lacuali e rurali, mentre le città d'arte raggiungono percentuali di flussi più esigue²². Le prospettive per il 2021 pur essendo incerte, sono incoraggianti, poiché la campagna di vaccinazione di massa può contribuire a ripristinare la fiducia dei viaggiatori, ad allentare le restrizioni di viaggio e a normalizzare gradualmente i movimenti turistici internazionali, rispetto ai quali l'OMT ha previsto un ritorno ai livelli del 2019 al massimo entro il 2024 [13]; [14].

Le caratteristiche della nuova domanda²³ rappresentano il *focus* sul quale organizzare l'offerta turistica del futuro, a partire dal bisogno di ras-

21. In occasione dell'*Hearth Day* (aprile 2020), è stata svolta un'indagine dall'Ipsos in merito alla relazione tra COVID-19 e cambiamento climatico, che ha rivelato come quest'ultimo sia considerato dalla maggior parte degli intervistati, un fattore di crisi al pari della pandemia.

22. La stagione turistica italiana 2020 è stata connotata da una lieve ripresa da inizio pandemia nel trimestre giugno, luglio e agosto, grazie al turismo interno, anche se il comparto alberghiero ha sofferto la totale assenza di domanda internazionale con un calo dei pernottamenti di oltre il 70% (Centro Studi Federalberghi, 2020).

23. Turismo di prossimità, ricerca di mete poco frequentate (*undertourism*), scelte di viaggio responsabili, possibilità di estendere l'esperienza turistica sia prima che dopo il viaggio, grazie a visite virtuali (*neverending tourism*), opportunità di conciliare lavoro e vacanza, partenze *last second* sono i principali *trend* della attuale domanda turistica.

sicurazione del turista, mediante narrazioni del comparto più semplici e sicure, App informative e campagne di promozione del turismo interno, fino alla realizzazione di piani globali di ripresa volti a ricostruire l'immagine delle destinazioni e incoraggiare l'innovazione e gli investimenti (OECD, 2020a)²⁴.

Purtroppo gli effetti del Covid-19 si sono rivelati asimmetrici e localizzati soprattutto nelle località più dipendenti dal turismo, in particolare da quello internazionale, che rischiano di non riprendersi rapidamente e di vedere penalizzati i mercati locali del lavoro, aggravando le disparità regionali in termini di disoccupazione, inattività economica e qualità del lavoro.

Pertanto, se nel breve termine, gli sforzi sono rivolti alla protezione dei lavoratori e dei visitatori, appare necessario considerare anche le conseguenze nel lungo periodo, per migliorare le strategie di gestione delle crisi e costruire un'economia del turismo più forte. Sicuramente i temi della transizione ecologica e della trasformazione digitale sono centrali per conseguire tali obiettivi.

Infatti, la sostenibilità dovrà essere un principio guida nella fase di ripresa, anche con l'obiettivo di limitare il turismo come vettore di pandemia, per superare con successo le sfide da affrontare, quali la sicurezza dei turisti e delle comunità locali; la tutela delle risorse naturali e culturali; la riduzione della stagionalità della domanda e dell'impatto ambientale dei trasporti legati al turismo; il turismo accessibile a tutti. La crisi ha colto impreparato il comparto che dovrà aumentare la competitività e costruire la resilienza, riducendo al minimo gli effetti nocivi sull'ambiente, gestendo i rischi, fissando e rispettando i limiti dello sviluppo turistico ed effettuando un monitoraggio continuo [15].

Nella logica dello sviluppo sostenibile, strategica e ineludibile è anche la trasformazione digitale del comparto, tramite la quale si stanno svilup-

24. In Veneto, ad esempio, il piano di recupero prevede la promozione dei siti meno conosciuti del patrimonio UNESCO, al fine di concentrare i flussi da Venezia verso altre attrazioni.

pando soluzioni innovative per creare esperienze turistiche più sicure, competitive e capaci di guidare la ripresa. Se, in generale, la rivoluzione digitale ha comportato uno stravolgimento completo dei comportamenti dei consumatori, dalla fase di ispirazione fino a quella di consumo stesso del prodotto turistico²⁵ (Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo, 2016), l'esigenza di distanziamento sociale e di esperienze senza contatto che l'intera popolazione è tenuta a osservare in questo periodo favoriranno ulteriormente la digitalizzazione e l'automazione dei processi e delle operazioni²⁶.

Dal lato dell'offerta, effettivamente, le tecnologie digitali consentono una tale approfondita conoscenza dei viaggiatori e delle loro esigenze da poter offrire servizi sempre più innovativi, attrattivi e personalizzati²⁷. Altro aspetto interessante in proposito è la possibilità di integrare i soggetti pubblici e privati (dalle grandi alle piccolissime realtà) nella promozione di azioni e iniziative che pongano il digitale e le tecnologie innovative al centro dell'offerta, generando fiducia nei visitatori, migliorando la reputazione delle destinazioni e facilitando la definizione e l'implementazione delle misure necessarie per fronteggiare e anticipare eventuali crisi (*booking engine*, sistemi gestionali *smart* e *cloud based*; piattaforme di comunicazione, investimenti in *advertising online*).

Risulta evidente che sia la transizione ecologica che la digitalizzazione per essere affrontati in modo adeguato richiedono il superamento di una

25. Il digitale svolge un ruolo fondamentale sia nella fase in cui il visitatore cerca da casa le informazioni sul sito fino a quella in cui egli fruisce dei servizi presenti sul luogo, interagendo con essi attraverso sistemi più o meno tecnologici.

26. Significative sono le esperienze dell'App "La mia Liguria", che consente di conoscere a fondo l'offerta turistica della Regione (dalle strutture ricettive agli itinerari culturali ed enogastronomici) o del progetto "Le Marche in cammino", ideato dalle Guide Ambientali Escursionistiche regionali che percorreranno durante l'estate alcune tappe dei cammini esistenti nelle Marche per poi raccontare l'esperienza con video, foto e interviste all'interno di un gruppo *Facebook*. In sostanza, si tratta di un vero e proprio *tour* virtuale attraverso il territorio regionale, che invoglierà gli utenti a intraprenderlo di persona.

27. Si stanno diffondendo App che informano i visitatori sia delle condizioni igieniche sia dei livelli di frequentazione dei siti e delle strutture turistiche, consigliando le località meno affollate. Negli Stati Uniti, ad esempio, l'app *NowCrowd* consente ai turisti di avere informazioni in tempo reale sull'afflusso nei locali.

serie di ostacoli che caratterizzavano il comparto in Italia già prima della crisi sanitaria: frammentazione delle imprese turistiche, progressiva perdita di competitività in termini di qualità degli standard di offerta, età delle infrastrutture ricettive, limitata capacità di innovare e insufficiente cura dell'ambiente (Candela, Figini, 2010; Gavinelli, Zanolin, 2019). La pandemia ha svelato un altro punto debole del settore: la scarsa cooperazione e coordinamento tra gli *stakeholders*, che poco si preoccupano di fare rete. Per sviluppare offerte di qualità e in grado di produrre un turismo continuativo e non stagionale, è necessario abbandonare gli approcci localistici e costruire alleanze tra imprese, istituzioni e comunità locali, che pongano al centro i territori di destinazione e le loro identità. In questo modo il consumatore turistico avrà lo sguardo verso l'intero territorio, riuscendo a percepirne potenzialità e peculiarità. La sfida è dunque di incoraggiare le politiche turistiche integrate e lungimiranti, rafforzando le sinergie e minimizzando le forme di concorrenza non coerenti con gli obiettivi di crescita condivisa e sostenibile (OECD, 2020b; Aitchison ed Altri, 2004).

In linea con tali osservazioni, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)²⁸ per rilanciare il turismo²⁹ si concentra, tra l'altro, sulla rigenerazione del patrimonio culturale e turistico, atteso che molti siti/edifici sul territorio italiano richiedono investimenti volti a migliorare capacità attrattiva, accessibilità e sicurezza. Gli interventi riguarderanno non solo i grandi attrattori, ma anche i piccoli centri (borghi) e le aree rurali, che offrono un enorme potenziale per un turismo sostenibile alternativo e

28. Il PNRR è un programma di riforme per accedere alle risorse economiche del *Next Generation EU* (NGEU), un pacchetto da 750 miliardi di euro concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

29. Il Piano si articola in sedici Componenti, cioè gli ambiti in cui aggregare progetti di investimento e riforma, raggruppate in sei Missioni. Ciascuna componente riflette riforme e priorità di investimento in un determinato settore o area di intervento, ovvero attività e temi correlati, finalizzati ad affrontare sfide specifiche e che formano un pacchetto coerente di misure complementari. Il turismo rientra nella Missione 1 (Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo) come componente 3 (M1C3 - Turismo e Cultura 4.0).

che, attraverso questi interventi, potranno rivitalizzare il loro tessuto socioeconomico (ad esempio recuperando mestieri tradizionali, quali l'artigianato), contrastare lo spopolamento dei territori e favorire la conservazione del paesaggio e delle tradizioni. Inoltre, sono previste misure di sostegno alle strutture turistiche per innalzare la loro capacità competitiva, tramite processi di ammodernamento e riqualificazione eco-sostenibile, nonché introducendo modelli innovativi di organizzazione del lavoro (ad esempio, sviluppo di *network* e altre forme di aggregazione).

Il rinnovamento dell'offerta turistica in base alle nuove tendenze della domanda è strettamente legato all'innovazione digitale, una priorità trasversale del PNRR, che nel caso del comparto si traduce anche nella realizzazione di una piattaforma digitale, unica e integrata (*Digital Tourism Hub*), che consente il collegamento dell'intero ecosistema turistico. Si tratta, infatti, di uno strumento per l'aggregazione dell'offerta, la creazione di percorsi che favoriscano il coinvolgimento soprattutto dei luoghi al di fuori dei circuiti turistici, come alcune aree del Sud Italia, che più di tutte scontano il divario digitale e le difficoltà competitive.

Il turismo beneficerà di riflesso anche degli interventi previsti in altri ambiti, come ad esempio il potenziamento dei trasporti pubblici, lo sviluppo sostenibile dell'economia rurale, gli investimenti per ridurre il rischio idro-geologico del territorio, i servizi per i parchi e le riserve marine, il sostegno alle filiere per i prodotti tipici regionali.

In sintesi, il piano agisce su leve fondamentali – dalla ricostruzione dei siti e delle strutture alla digitalizzazione dell'informazione turistica; dalla rivisitazione dei percorsi al rilancio e riprogrammazione del turismo nazionale – che hanno una valenza strategica per la ripresa dei viaggi e del turismo in perfetta sinergia con la transizione verde e la sostenibilità ambientale.

Lo scenario attuale durerà ancora a lungo lasciando tracce importanti anche dopo la pandemia. Il PNRR, dunque, rappresenta l'occasione per preparare il Paese al cambiamento, delineando una strategia adeguata a soddisfare i nuovi *trend* turistici (provenienti sia dal pubblico maturo sia

dai *Millennials*) e a facilitare la riconversione ecologica, passando dall'*overtourism* a un'offerta diversificata, fatta di qualità e prossimità, caratterizzata da tutela dell'ambiente, mobilità dolce, visite ai piccoli borghi, scoperta dei parchi naturali, sviluppo di attività all'aria aperta, valorizzazione dei prodotti tipici.

L'investimento strategico in tutta la catena del valore della cultura e del turismo è essenziale per diffondere non solo lo sviluppo sostenibile a livello territoriale, ma anche per realizzare l'inclusione sociale, per accrescere le competenze, le capacità e le prospettive occupazionali dei giovani e per accompagnare il risanamento e la ripresa delle aree interne, a torto considerate minori, di cui è pieno il nostro Paese e che vanno salvate dall'incuria e dall'abbandono.

Bibliografia

- AITCHISON C. ed Altri, "The competitive destination. A sustainable tourism perspective", *Tourism Geographies. An International Journal of Tourism Space, Place and Environment*, 6(2004), pp. 508-510.
- ANTIMOVA R. ed Altri, "The awareness/attitude-gap in sustainable tourism. A theoretical perspective", *Tourism Review*, 67(2012), pp. 7-16.
- ASviS, *L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile*, Roma, Editron srl, 2020.
- BELHASSEN Y. - CATON K., "Authenticity matters", *Annals of Tourism Research*, vol. 33(3), 2006, pp. 853-856.
- BIZZARRI C. - CESCHIN F.M., "L'attrattività turistica dell'Italia nello scenario geopolitico post covid-19", *Documenti Geografici*, 1(2020), pp. 515-527.
- BORGES M.A. ed Altri, *Sustainable Tourism and natural World Heritage. Priorities for action*, Gland, Switzerland, IUCN, 2011.
- BOZZATO S. ed Altri, "Per una ridefinizione del modello turistico nazionale. Spunti di riflessioni a partire dalle criticità emerse durante il covid-19", *Documenti Geografici*, 1(2020), pp. 529-547.
- BOZZATO S. ed Altri, *Del viaggio lento e del turismo sostenibile*, Roma, Exorma Editore, 2017.
- BRAMWELL B. - LANE B., "Sustainable tourism: an evolving global approach", *Journal of Sustainable Tourism*, 1(1993), pp. 6-16.
- BUCKLEY R., "Sustainable tourism. Research and reality", *Annals of Tourism Research*, 39(2012), pp. 528-546.
- BUTLER R., "Tourism and the environment: a geographical perspective", *Tourism Geography*, 2(3), 2000, pp. 337-358.
- CATER E., "Ecotourism in the Third World: problems for sustainable tourism development", *Tourism Management*, 14(1993), pp. 85-90.
- CANDELA G. - FIGINI P., *Economia del Turismo e delle Destinazioni*, Milano, MC Graw Hill Education, 2010.

- CASTIELLO N., "Geografia e turismo culturale", CASTIELLO N. (a cura di), *Il turismo culturale in Campania*, Atti Giornate di Studio, Università degli Studi di Napoli "Federico II", 2004, pp. 19-50.
- CENTRO STUDI FEDERALBERGHI, *L'impatto del Covid-19 sull'ospitalità italiana*, Roma, Federalberghi, 2020.
- CRESTA A., "L'emergenza COVID-19 e il suo riposizionamento del turismo nelle aree interne: prime riflessioni sull'Irpinia", *Documenti Geografici*, 2, 2020, pp. 29-51.
- CITARELLA F. (a cura di), *Turismo e diffusione territoriale dello sviluppo sostenibile*, Lofredo, Napoli, 1997.
- COHEN E. - COHEN S.A., "Authenticity. Hot and cool", *Annals of Tourism Research*, vol. 39(3), 2012, pp. 1295-1314.
- EPLER WOOD M., *Ecotourism: principles, practices & policies for Sustainability*, Parigi, UNEP, 2002.
- FERRARI S., *Modelli gestionali per il turismo come esperienza*, Cedam, Padova, 2006.
- GALLI P. - NOTARIANNI M., *La Sfida dell'Ecoturismo*, De Agostini, Novara, 2002.
- GAVINELLI D. - ZANOLIN G., *Geografia del turismo contemporaneo*, Roma, Carocci editore, 2019.
- HALL C.M. - LEW A., *Sustainable Tourism: A Geographical Perspective*, Longman, Harlow, 1998.
- HARPER P., "The importance of community involvement in sustainable development", STABLER M.J. (a cura di), *Tourism and Sustainability. Principles to Practice*, CAB International, Wallingford, 1997, pp. 143-149.
- HUNTER C. - SHAW J., "The ecological footprint as a key indicator of sustainable tourism", *Tourism Management*, 28(2007), pp. 46-57.
- IOANNIDES D. - GYIMÖTHY S., "The Covid-19 crisis as an opportunity for escaping the unsustainable global tourism path", *Tourism Geographies*, vol. 22, 3(2020), pp. 624-632.
- IUCN, *Tourism, Ecotourism and Protected Areas: the State of Nature-based Tourism around the World and Guidelines for its Development*, Gland, IUCN, 1996.
- IUCN WCPA, *PARKS. The International Journal of Protected Areas and Conservation*, Volume 27 (Special Issue), Gland, Switzerland, IUCN, 2021.
- LENZEN M. - SUN Y. ed Altri, "The Carbon Footprint of Global Tourism", *Nature Climate Change*, 8(2018), pp. 522-528.
- MINISTERO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DEL TURISMO, *Piano Strategico del Turismo 2017-2022. Italia paese per Viaggiatori*, Roma, MiBACT, 2016.
- MORVILLO A. - BECHERI E. (a cura di) (a), *Dalla crisi alle opportunità per il futuro del turismo in Italia*, Supplemento alla XXIII Edizione del Rapporto sul turismo Italiano, Napoli, Rogiosi Editore, 2020.
- MORVILLO A. - BECHERI E. (a cura di) (b), *Rapporto sul turismo italiano. XXIV Edizione 2019-2020*, Roma, CNR Edizioni, 2020.
- NICCOLINI F. - MARZO D., "Il fenomeno ecoturistico: concetti di base", MORANDI F. ed Altri (a cura di), *Organizzazione delle attività ecoturistiche: principi ed esperienze*, Milano, FrancoAngeli, 2013, pp. 13-33.
- OECD (a), *Tourism Policy Responses to the coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, 2020.
- OECD (b), *OECD Tourism Trends and Policies 2020*, Paris, OECD Publishing, 2020.
- POLLICE F., "Patrimonio culturale e sviluppo umano", *Territori della Cultura*, 10(2012), pp. 50-55.
- SARKAR P. ed Altri, "Coupled human-environment system amid COVID-19 crisis: A conceptual model to understand the nexus", *Science of the Total Environment*, vol. 753, 2020, pp. 1-9.

- STEENE A., "Quality and Safety. Two Sides of the Same Coin in Hospitality and Tourism", *Tourism and Hospitality Management*, 15(2), 2009, pp. 193-205.
- UNWTO, *Sustainable development of tourism. Conceptual definition*, Madrid, United Nations World Tourism Organization, 2004.
- UNWTO, *Practical Guidelines for Integrated Quality Management in Tourism Destinations. Concepts, Implementation and Tools for Destination Management Organizations*, Madrid, United Nations World Tourism Organization, 2017.
- WORLD TOURISM ORGANIZATION, *Tourism congestion management at natural and cultural sites. A guidebook*, Madrid, WTO, 2004.
- ZERBI M.C., *Turismo sostenibile in ambienti fragili*, Milano, Cisalpino, 1998.
- ZIFFER K.A., *Ecotourism: The Uneasy Alliance*, Washington DC, Ernst & Young/Conservation International, 1989.

Sitografia

- [01] https://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/oecd-tourism-trends-and-policies-2020_6b47b985-en (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [02] <https://wtcc.org/Portals/0/Documents/Reports/2020/EIR%202020%20Importance%20of%20Travel%20and%20Tourism%20Infographic.pdf?ver=2021-02-25-183030-667> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [03] <https://www.unwto.org/covid-19-and-tourism-2020> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [04] http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/UE0017.pdf?_1635013858297 (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [05] https://unstats.un.org/unsd/ccsa/documents/covid19-report-ccsa_vol_3.pdf (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [06] <https://www.theguardian.com/travel/2020/jun/18/end-of-tourism-coronavirus-pandemic-travel-industry> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [07] <https://luchoffmanninstitute.org/wp-content/uploads/2021/04/luchoffmanninstitute-future-nature-based-tourism-report-2021.pdf> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [08] <https://www.tuigroup.com/en-en/media/press-releases/2017/2017-03-07-tui-survey-sustainable-tourism> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [09] <https://www.oecd.org/regional/Regional-Outlook-PH-Italian.pdf> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [10] <https://www.tripadvisor.com/Covid19WhitepaperMay2020> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [11] https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-08/sg_policy_brief_covid-19_tourism_august_2020.pdf (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [12] <https://www.legambiente.it/wp-content/uploads/2020/04/Appello-AMODO-fase2Mobilitadolce-22aprile20-1.pdf> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [13] <https://resources.oxfordeconomics.com/hubfs/City-Tourism-Outlook-and-Ranking.pdf> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [14] <https://www.ebnt.it/files/pubblicazioni/2021/datatur-marzo-2021.pdf> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [15] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0033_it.html (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [16] <https://framevoicereport.cinemambiente.it/passerele-giganti-tra-le-cime-degli-alberi-e-sensibilizzazione-ambientale-ecco-i-treetop-walk/> (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [17] https://www.istat.it/it/files/2020/12/REPORT_TURISMO_2020.pdf.
- [18] <https://www.trivago.it/mozirje-530572/hotel/maya-willy-6297370>.

Resumen

La crisis pandémica ha provocado graves consecuencias para los destinos turísticos, que enfrentan desafíos difíciles, que a su vez pueden generar nuevas oportunidades encaminadas a generar un mayor equilibrio en los ecosistemas territoriales y en el bienestar general de las comunidades. El estudio pretende abrir la reflexión sobre la posibilidad de repensar la forma de hacer turismo, revisando las ofertas y favoreciendo opciones acordes con los territorios, es decir, capaces de encontrar un punto de equilibrio entre la conservación del medio ambiente y la promoción turística, entre defensa de la identidad y la innovación, hasta la adopción de un modelo turístico participado por la comunidad local.

Palabras clave: turismo, medio ambiente, COVID-19.

Résumé

La crise pandémique a eu de graves conséquences pour les destinations touristiques confrontées à des défis difficiles, qui à leur tour peuvent donner lieu à de nouvelles opportunités visant à créer un plus grand équilibre dans les écosystèmes territoriaux et dans le bien-être général des communautés. L'étude entend ouvrir la réflexion sur la possibilité de repenser la manière de faire du tourisme, de revoir les offres et de privilégier des choix cohérents avec les territoires, c'est-à-dire capables de trouver un point d'équilibre entre conservation de l'environnement et promotion touristique, entre défense de l'identité et de l'innovation, jusqu'à l'adoption d'un modèle touristique avec la participation de la communauté locale.

Mots-clés: tourisme, environnement, COVID-19.

**Coronavirus e percezione del *visual landscape* e del *soundscape* urbano:
un approccio geografico***

CAROLIEN FORNASARI - AURORA RAPISARDA**

Abstract

Perception of space has long been a central issue to human geography. The paper aims to analyse how the perception of the visual landscape and soundscapes of urban contexts has changed in Italy during the first nationwide Covid-19 lockdown. To such aim, between March and April 2020, a questionnaire was administered to a sample of over five-hundred people from all over Italy. Their answers have allowed addressing the several factors underlying the creation of a new image of the city, during a health, economic and social crisis that has emptied urban spaces. Hence, the study has focused on the feelings and emotions experienced by survey participants when spending time outdoors, on the perception of visual landscape and soundscape-related changes and on the effects that these have had on the overall image of the city or town, described as anonymous, dangerous or authentic. Countering expectations, results showed that: the majority of people reported feelings of calm and tranquillity when being outside; changes in the visual landscape were perceived more frequently than the ones affecting the soundscape; cities, towns or villages were mostly seen as authentic, rather than dangerous or anonymous. This leads to reconsidering the meaning normally given to authenticity: people and their social activities are seemingly not what determines the essence of urban realities.

Keywords: Covid-19, urban geography, landscape, visual landscape, soundscape.

* Il contributo è frutto di ricerca e di riflessioni congiunte.

** Università degli Studi di Trento, e-mail: carolien.fornasari@unitn.it, aurora.rapisarda@unitn.it.

1. Introduzione

Gli effetti del Coronavirus, fenomeno globale senza precedenti, si sono manifestati a varie scale e hanno interessato diversi ambiti, con maggiori ricadute su quello sanitario, ma con esternalità negative considerevoli anche sul piano economico, politico, sociale e psicologico. Di conseguenza, tale complesso e delicato fenomeno è rapidamente divenuto oggetto di interesse per numerose discipline che, a partire da diversi punti di vista, hanno cercato di mettere in luce le conseguenze a breve, medio e lungo termine della pandemia nei vari campi della vita umana.

Il presente saggio propone una analisi spaziale della percezione del *visual landscape* e del *soundscape* urbano durante la Fase 1 di diffusione del virus in Italia (10 marzo 2020 - 16 maggio 2020) con l'ausilio di concetti e assunti maturati in ambito antropologico (Augé, 1992) e sociologico (Durkheim, 1899; Castells, 1972; Harvey, 1982; Lefebvre, 1991). Tale periodizzazione risulta significativa per l'analisi dei mutamenti nel rapporto uomo-città, conseguenza dei limiti imposti dal *lockdown* su tutto il territorio nazionale, particolarmente evidenti nel divieto di "ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico" [1]. La ricerca mira ad approfondire i fattori che influenzano la percezione degli spazi urbani e ad indagare come tale percezione sia mutata durante il *lockdown* imposto per il contenimento della pandemia. A tale fine, è stato creato e somministrato in modalità telematica un questionario i cui quesiti vertono principalmente attorno a due aspetti rilevanti che hanno caratterizzato gli spazi urbani durante la quarantena e che sono stati percepiti come particolarmente discordanti dalla normalità, ossia il vuoto e il silenzio. Stabilire quale di questi due aspetti abbia prevalso, in che misura la percezione della città sia variata e quali stati d'animo si siano manifestati in reazione ai cambiamenti osservati, ha permesso di delineare una nuova immagine di città. Le domande poste all'interno del questionario hanno reso possibile approfondire tre aspetti fondamentali derivanti dai cambiamenti intercorsi durante l'emergenza:

1. urbani;
2. la percezione dei cambiamenti nel *visual landscape* e nel *soundscape* urbano;
3. gli effetti di tali cambiamenti sulla percezione della città.

All'interno del contributo, a una disamina di alcune fondamentali riflessioni nell'ambito degli studi volti ad analizzare e comprendere, anche in una prospettiva storica, gli spazi urbani, la loro funzione sociale ed economica e la loro percezione, seguiranno la presentazione, l'interpretazione e la discussione dei risultati emersi dal questionario sulla base epistemologica fornita dalla letteratura di riferimento.

2. Spazi urbani e percezione del visual landscape e del soundscape

Le ricerche maturate in ambito geografico e urbanistico hanno da tempo consolidato l'idea delle città come prodotto e specchio delle relazioni sociali e, pertanto, come strettamente connesse al proprio vissuto storico e attuale (Lefebvre, 1991; Castells, 1972; Harvey 1982). Infatti, stando alla definizione del geografo e urbanista francese Henri Lefebvre, la città si configura come “a space which is fashioned, shaped and invested by social activities during a finite historical period” (1991, p. 73).

Appare evidente come gli spazi urbani e gli interventi che li hanno plasmati e modificati nel tempo siano strettamente legati alla loro funzione socio-economica, nonché alla percezione sensoriale soggettiva degli individui. Per quanto riguarda il primo aspetto, la presenza di aree all'interno della città che favoriscano l'instaurarsi di relazioni sociali ed economiche di varia natura, è da sempre stata essenziale. Il sociologo urbano Mark Gottdiener, sottolinea, infatti, come “without a space conducive to social life, community relations cannot prosper and grow” (2010, p. XIV). Tuttavia, oltre a piazze e mercati, comunemente considerati i luoghi di aggregazione e socializzazione per eccellenza, numerose altre componenti urbane svolgono una funzione sociale e sono state, pertanto, oggetto d'analisi da parte delle discipline socio-antropologiche. Lo studio della so-

ciabilità delle strade, ad esempio, vanta un'ampia bibliografia: dal teorico urbano Kevin Lynch (1960), che ne enfatizza il ruolo sociale e culturale, a John Friedmann (1992), che le definisce luoghi d'incontro ancor prima che vie di comunicazione, e l'urbanista Vikas Mehta, per il quale sono "a quintessential social public space" (2013, p. 1). Per quanto attiene, invece, alla dimensione percettiva degli spazi urbani, questi vengono assimilati e dotati di significati individuali e collettivi, in seguito a una "multi-sensory perception of a system of ecological relationships" (Gonzales, 1981, cit. in Muñoz-Pedreros, 2007, p. 166), che coinvolge non solo la vista ma anche altri sensi. A tale proposito, infatti, il geografo finlandese Johannes Gabriel Granö (1929) propone una distinzione tra "Nahsicht", ovvero le componenti del paesaggio che percepiamo grazie all'impiego di tutti i sensi, e "Fernsicht", quelli percepiti grazie alla vista. L'utilizzo dell'espressione *visual landscape* fa qui riferimento al concetto di *Fernsicht*. Oltre alla vista, un altro senso fondamentale è l'udito, il cui utilizzo determina la percezione del cosiddetto *soundscape*, termine coniato da Raymond Murray Schafer (1977) che fa riferimento "tanto ad ambienti reali, quanto a costruzioni astratte, quali le composizioni musicali o i montaggi e missaggi di nastri magnetici, in particolare quando vengono considerati come ambienti" (p. 372).

Durante il *lockdown*, la vita sociale, e quindi la presenza antropica all'interno del paesaggio urbano, *conditio sine qua non* affinché esso esperisca la propria funzione sociale, nonché origine dei cambiamenti nella sua forma e percezione, si è pressoché azzerata. Tuttavia, la temporanea assenza dell'uomo negli spazi urbani è un fenomeno già ampiamente verificatosi in passato, spesso proprio a causa della diffusione di epidemie, che si è spesso accompagnato ad un senso di paura. Infatti, in *La Paura in Occidente: Storia della paura nell'età moderna*, lo storico francese Jean Delumeau, nel tentativo di tracciare la storia della paura in Europa tra XIV e XVIII secolo e di individuarne le maggiori cause, identifica le epidemie come fonte ricorrente di tale sentimento. Lo stesso sottolinea, infatti, che durante i periodi di emergenza sanitaria, quali ad esempio quelli dettati dalle grandi epidemie di peste che flagellarono l'Europa ciclicamente per

quasi cinque secoli, si era soliti assistere a “arresto delle attività familiari, silenzio della città, solitudine nella malattia, anonimato nella morte, abolizione dei riti collettivi di gioia e di dolore” (Delumeau, 1979, p. 195). Più recentemente, la storica Joanna Bourke, nel suo saggio *Paura. Una storia culturale* (2005), ha citato le paure epidemiche classificandole come paure collettive che presentano tratti comuni nelle diverse epoche in cui si manifestano.

A fronte di quanto finora affermato, si ipotizza che, in corrispondenza dell’inizio del *lockdown*, l’arrestarsi della vita sociale all’interno delle città dovuto alle restrizioni imposte e il diffuso sentimento di paura e incertezza abbiano influenzato la percezione del *visual landscape* e del *soundscape* urbano.

Nello specifico, per quanto concerne i mutamenti nella percezione del *visual landscape*, questi sarebbero da attribuire principalmente all’assenza dell’uomo all’interno del paesaggio urbano a seguito del divieto di permanenza “in luoghi pubblici o aperti al pubblico”, la cui presenza rappresenta normalmente un elemento costitutivo della città. A ciò si aggiunge la quasi totale assenza di mezzi di trasporto, e una serie di altri elementi quali, ad esempio, le saracinesche chiuse dei negozi. A tal proposito, risulta interessante indagare se l’assenza di tali elementi, abbia implicitamente indotto a spostare l’attenzione su dettagli prima scarsamente notati. Il geografo canadese Edward Relph, ad esempio, nota come nonostante la familiarità e l’onnipresenza del paesaggio urbano, tendiamo a non prestare attenzione ad esso. In quanto “contexts of daily experience” (1987, p. 3), i paesaggi urbani sarebbero, “at once obvious and elusive; it seems we know exactly what they are until we try to think and write about them [...], and then they become enigmatic and fragile” (*Ibid.*). In una situazione anomala come quella di una pandemia che impone mutamenti drastici nella quotidianità delle persone, arrestandone la frenesia, gli spazi urbani sono verosimilmente percepiti in maniera completamente diversa. Pertanto, l’assenza dei distrattori, principalmente sonori e visivi (rumore delle voci, del traffico, terrazze dei locali, negozi, vetrine, etc.), che caratterizzano la quo-

tidianità cittadina, consente potenzialmente all'osservatore di guardare la città con occhi nuovi e di coglierla così nella sua vera essenza.

In merito alla percezione del paesaggio sonoro, per spiegarne i cambiamenti risulta opportuno fare riferimento ad alcuni assunti teorici introdotti da Raymond Murray Schafer (1977), il quale propone una categorizzazione dei suoni in: “keynote sounds”, ovvero l'insieme di elementi di derivazione naturale che compongono lo sfondo acustico di un territorio (onde del mare, suono degli uccelli, foreste, vento); “sound signals”, ovvero tutti quei suoni che svolgono la funzione di avvertimento acustico (clacson, campane, fischi); “soundmarks”, ovvero i suoni distintivi di una determinata comunità (*Ivi*, p. 372). Bernie Krause (2012), musicista americano ed ecologo del paesaggio sonoro, ha più recentemente riclassificato le componenti del paesaggio sonoro a seconda della loro origine: geofonia, comprende l'insieme dei suoni prodotti dai quattro elementi naturali (vento, acqua, terra, e fuoco); biofonia l'insieme dei suoni degli organismi viventi ad eccezione dell'uomo; andropofonia, invece, i suoni creati dall'uomo (musica, linguaggi, suoni creati da macchine elettromeccaniche, etc.).

È, inoltre, altrettanto importante evidenziare il ruolo che, a prescindere dal periodo storico, i suoni ricoprono nella definizione dell'identità delle città e dei luoghi in generale. È stato, infatti, notato che

In European towns of the seventeenth, eighteenth and nineteenth centuries, the sounds people heard were very different from those of today. Yet the difference goes much deeper: whereas today we try to escape city noise, for the inhabitants of early modern towns sound served as a crucial source of information. It formed a semiotic system, conveying news, helping people to locate themselves in time and in space, and making them part of an ‘auditory community’. Sound helped to construct identity and to structure relationships (Garrioch, 2003, p. 1).

A partire da tali riflessioni, ci si propone di interrogarsi su come l'assenza di determinati suoni normalmente percepiti come familiari abbia contribuito o meno alla percezione della città come luogo anonimo e

privo di identità. Se, tuttavia, da un lato alcuni suoni, come le voci e il rumore dei veicoli sono quasi spariti, altri sono comparsi o si sono manifestati ad una frequenza minore/maggiore rispetto al normale; tra questi, ad esempio, le sirene delle ambulanze e delle auto della polizia. È ipotizzabile che i cambiamenti nel paesaggio sonoro siano stati percepiti con intensità maggiore rispetto a quelli visivi. Infatti, se, da un lato, ogni individuo sceglie arbitrariamente di osservare e percepire a suo modo un paesaggio, dall'altro, i suoni vengono recepiti indipendentemente dal volere del singolo.

In ultima istanza ci si è interrogati sulla possibilità che le diverse sensazioni scaturite dal contatto con una nuova quotidianità profondamente trasformata e i cambiamenti nella percezione del *visual landscape* e del *soundscape* urbano, abbiano fatto sì che si delineasse una nuova immagine, sia individuale che collettiva, della città. Infatti, Kevin Lynch (1960) riporta la percezione comune della città all'esistenza di un'immagine pubblica di quest'ultima, costituita da molteplici immagini individuali preesistenti che si sovrappongono, che dipendono inevitabilmente da determinati contesti storici, socioeconomici e culturali e che sono influenzate dalla storia personale, dall'affettività e dal rapporto instaurato dagli individui con il territorio e il paesaggio da essi abitato. Se "ogni cittadino ha avuto lunghe associazioni con qualche parte della sua città e la sua immagine è imbevuta di memorie e di significati" (Lynch, 1960 p. 1), ciascun individuo, ma anche la collettività nel complesso, ha creato, durante la significativa esperienza di isolamento sociale, nuove immagini della realtà circostante. L'idea che la nostra percezione della città sia influenzata dall'esperienza e condizionata dal contesto sociale è abbracciata, oltre che da Lynch, anche dal sociologo Mark Gottdiener e dall'urbanista Alexandros Ph. Lagopoulos, secondo i quali "most of the ways in which people perceive space are socially learned and experientially based" (1986, p. 11). Pertanto, alla luce di tali considerazioni, risulta inevitabile ipotizzare che il nuovo modo di vivere la città durante il *lockdown* sia risultato nella creazione di una immagine inedita della città.

3. Metodo di ricerca

Al fine di perseguire gli obiettivi preposti, è stato realizzato un questionario, strumento di ricerca sociale che consente “the collection of information from a sample of individuals through their responses to questions” (Check e Schutt, 2012, p. 160) e l’applicazione di strategie analitiche quantitative (con domande che richiedono risposte su una scala numerica), qualitative (con domande a risposta aperta o semi-aperta), oppure una combinazione dei due metodi (Ponto, 2015). Nonostante i limiti imposti da tale strumento – quali, ad esempio, l’impossibilità di chiedere delucidazioni in merito alle risposte fornite qualora il questionario non venga somministrato *in praesentia* e il “lavoro abbastanza impegnativo [ma necessario] di ‘pulizia’ [...] se non addirittura di ricodifica delle risposte” (Caselli, 2005) che precede la fase di elaborazione dei dati – la flessibilità, l’efficienza e la relativa rapidità di raccolta dei dati hanno influenzato positivamente la scelta di utilizzarlo nello studio, per integrare l’approccio geografico con quello sociologico.

Il questionario è stato creato tramite l’applicazione *online* Google Forms, che consente di creare sondaggi e di diffonderli tramite la generazione di un *link* condivisibile via *e-mail*, *chat* e *social media*, e successivamente divulgato tramite le piattaforme di condivisione e messagistica Facebook e WhatsApp. Lo stesso si articola in diciotto domande: le prime volte ad individuare le caratteristiche del target analizzato (sesso, età¹, città nella quale si è trascorsa la quarantena); le successive a rispondere ai quesiti di ricerca precedentemente esplicitati, ovvero le sensazioni scaturite dai cambiamenti osservati in città, la percezione del *visual landscape* e del *soundscape* urbano e gli effetti sull’immagine collettiva della città (tab. 1).

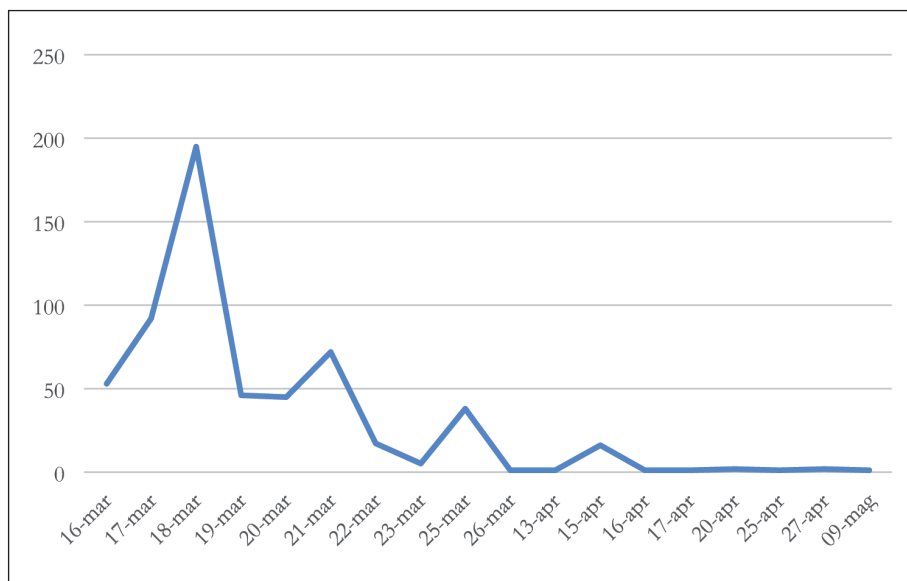
Il questionario è stato somministrato dal 16 marzo al 5 maggio, periodo durante il quale sono state raccolte 589 risposte. In prima istanza, è stato possibile rilevare che, durante i primi giorni di apertura del questio-

1. Al fine di ottimizzare l’elaborazione dei dati, le risposte in merito all’età dei rispondenti sono state accorpate per fasce d’età: 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80.

Tab. 1 - Domande del questionario somministrato

1. Età
2. Sesso
3. Città in cui ti trovi durante la quarantena
4. Ti sarà capitato da quando è iniziata la quarantena di andare in città per necessità o osservarla dalla finestra. Quali sono state le tue sensazioni?
☐ Paura e angoscia ☐ Tranquillità
5. Pensi che questa sensazione possa dipendere dal fatto che fosse giorno o sera?
☐ Sì ☐ No
6. Come ti sei spostato?
☐ A piedi ☐ In bici ☐ In macchina ☐ Con mezzi pubblici
7. Quante volte sei uscito di casa?
☐ Più di una volta al giorno ☐ Una volta al giorno
☐ Un paio di volte alla settimana ☐ Un paio di volte in tutto ☐ Mai
8. Quali sono state le motivazioni delle tue uscite? (più di una possibile)
☐ Fare la spesa/necessità ☐ Lavoro ☐ Portare fuori il cane ☐ Ora d'aria
9. In che zona della città ti sei spostato? (più di una possibile)
☐ Centro storico ☐ Zona residenziale ☐ Periferia ☐ Aree verdi
10. Quale è il cambiamento che ti ha colpito di più?
☐ Il silenzio ☐ Gli spazi vuoti
11. In che misura il silenzio è stato percepito come un fattore discordante dalla normalità? (con 1 valore minimo e 5 valore massimo)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Hai associato il silenzio con un sentimento di angoscia?
☐ Sì ☐ No ☐ Non ho fatto caso al silenzio
13. Di quali suoni hai percepito maggiormente l'assenza? [
☐ Voci ☐ Rumori delle macchine e mezzi di trasporto
☐ Musica ☐ Altro (possibilità di specificare)
14. In che misura questi suoni ti trasmettevano un senso di sicurezza e familiarità? (con 1 valore minimo e 5 valore massimo)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
15. Quale è stata la tua reazione al silenzio?
☐ Ho sbrigato le mie commissioni nel minor tempo possibile per tornare al sicuro dentro casa
☐ Mi sono fermato e ho cercato di cogliere i "piccoli" rumori che di solito non si sentono (passi, piccioni, uccellini che cantano)
☐ Il silenzio mi era indifferente
16. Pensi che la città "vuota" possa farne apprezzare dettagli che normalmente non noteresti?
☐ Sì ☐ No
17. Se sì, quali?
18. Il silenzio e il vuoto ti hanno fatto percepire la città come:
☐ Nella sua vera essenza ☐ Anonima ☐ Pericolosa

Fig. 1 - Cronologia delle risposte (elaborazione su informazioni cronologiche del questionario)

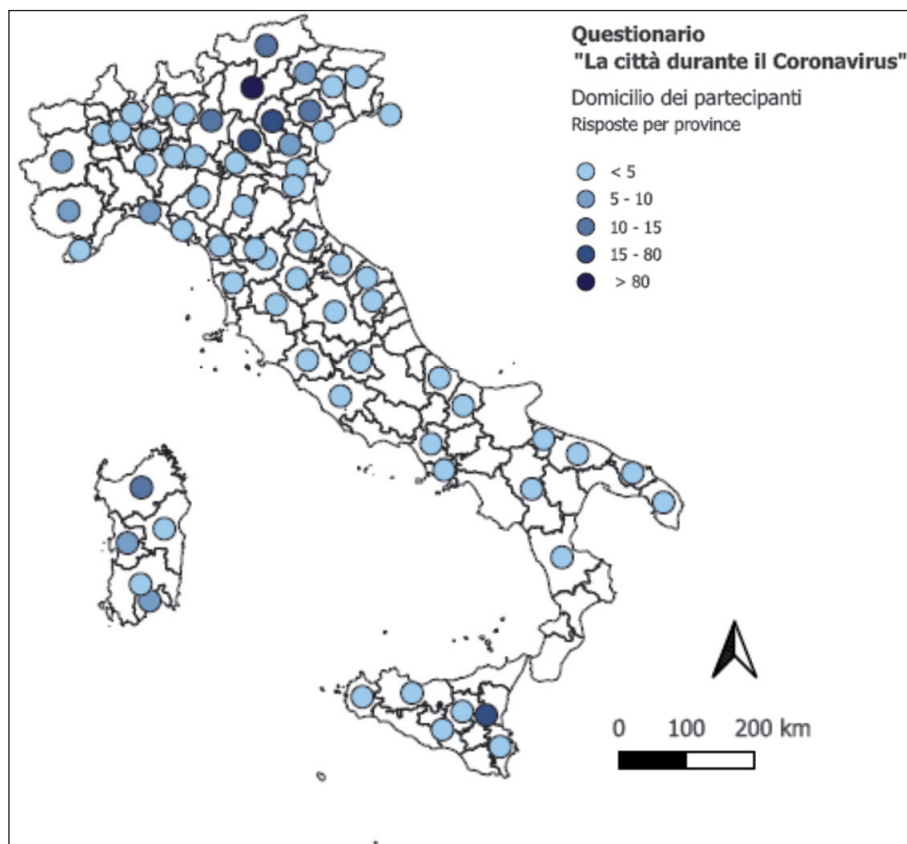


Fonte: nostra elaborazione

nario, corrispondente all'inizio della quarantena, si è verificata un'affluenza maggiore di risposte rispetto alla fase finale (fig. 1). Il calo nella partecipazione può presumibilmente essere ricondotto all'aumento delle attività lavorative e ricreative svolte, seppur perlopiù in modalità telematica, all'approssimarsi della fine della quarantena, e alla conseguente diminuzione del tempo libero.

Il campione analizzato, composto per il 72% da femmine e per il 28% da maschi, compresi soprattutto nella fascia d'età tra i 21 e i 30 anni (circa il 66%), è distribuito, seppur con alcune disparità, sull'intero territorio nazionale. Le risposte al questionario sono, infatti, pervenute da tutte le regioni d'Italia ad eccezione della Valle D'Aosta e, nello specifico, da 68 province e 177 comuni italiani. Come emerge dalla figura 2, una particolare concentrazione di risposte si è registrata in Trentino-Alto Adige, Veneto, Sicilia e Sardegna.

Fig. 2 - Domicilio dei partecipanti al questionario per provincia (elaborazione su dati del questionario)



Fonte: nostra elaborazione

4. Analisi e discussione dei risultati

L'analisi e la discussione dei risultati si allineano alle tre macrotematiche principali individuate, ossia le sensazioni provate dai partecipanti a contatto con lo spazio urbano, la percezione dei cambiamenti nel *visual landscape* e nel *soundscape*, e gli effetti di tali cambiamenti sulla percezione della città.

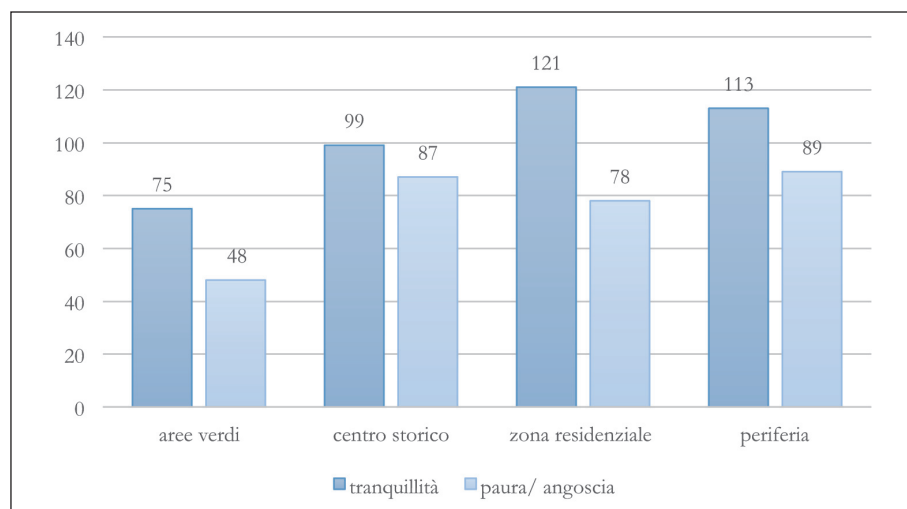
Al fine di indagare il primo aspetto, ossia le sensazioni e lo stato d'animo generati dall'osservazione dello spazio urbano, le risposte sono state

rapportate a diversi fattori, sia demografici, come il sesso e l'età, sia relativi alle zone della città in cui le persone si sono spostate, alle modalità di spostamento, alle motivazioni e alla frequenza delle uscite.

Da quanto emerso dall'indagine, la sensazione predominante provata in occasione dei perlopiù rarefatti e limitati contatti con gli spazi urbani durante la quarantena è stata quella di tranquillità (57%). Si riscontrano, tuttavia, alcune differenze, in rapporto percentuale, tra le risposte; ad esempio, circa il 50% delle femmine, a dispetto del 26% dei maschi, ha provato "paura/angoscia"; stato d'animo che è risultato preponderante nella fascia d'età compresa tra i 31 e i 50 anni. In merito al rapporto tra sensazione e modalità di spostamento si è osservato che tra coloro che si sono spostati con mezzi pubblici, che tuttavia risultano essere un campione ridotto (9 rispondenti), sono prevalse sensazioni negative (il 78% ha risposto "paura/angoscia"). È presumibile che tale risultato sia dovuto non tanto alla percezione dell'ambiente esterno quanto alla paura di trovarsi in uno spazio chiuso e a stretto contatto con altre persone. Si è, inoltre, osservato che nelle tre condizioni di uscita necessaria (fare la spesa/necessità, lavoro, portare fuori il cane) la differenza percentuale tra i due stati d'animo è minima; nell'unico caso di uscita volontaria (ora d'aria), invece, il sentimento di tranquillità è risultato essere nettamente superiore (62%) rispetto a quello della paura. In quest'ultimo caso, si ipotizza che tale risultato sia da ricondurre proprio alla libertà di scelta del singolo.

Data la natura geografico-spaziale dell'analisi, risulta opportuno prestare attenzione soprattutto alle sensazioni provate nelle diverse zone della città in cui le persone si sono spostate. Risulta interessante notare che un numero percentuale significativo rispetto al totale dei partecipanti che ha dichiarato di essersi spostato in centro storico ha riferito di aver provato paura/angoscia (47%) (fig. 3).

Ciò può essere attribuito al fatto che, trattandosi i centri storici, in particolare le piazze, di spazi consuetudinariamente dedicati all'attrazione sociale (Osmond, 1959), i cambiamenti siano stati percepiti con maggiore intensità. Il fatto che gli spazi urbani centrali, solitamente più vissuti ri-

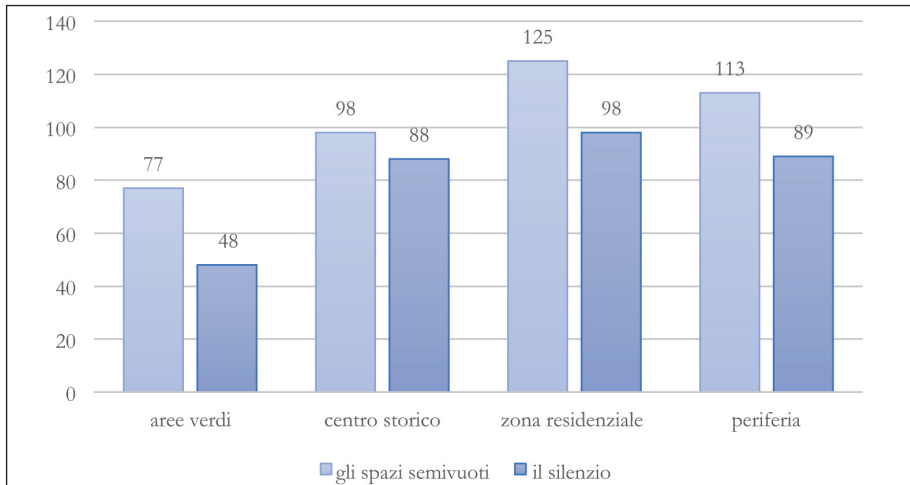
Fig. 3 - Stato d'animo per area di spostamento (elaborazione su dati del questionario)

Fonte: nostra elaborazione

petto ad altre zone della città, siano divenuti, degli “spazi di fuga” (*Ibid.*), da attraversare nel minor tempo possibile ed evitando l’incontro e la vicinanza con gli altri, ha potenzialmente contribuito al maggiore tasso di paura e angoscia registrato dai partecipanti all’indagine. Per contro, si può dedurre che il senso di tranquillità che già prevaleva nelle aree verdi e nelle zone urbane residenziali o più periferiche non abbia fatto percepire lo stesso senso di angoscia invece riscontrato nelle zone più frequentate e movimentate delle città, in cui il cambiamento causato dal *lockdown* è stato indubbiamente più drastico.

Il secondo *cluster* di domande è stato pensato per indagare la percezione del *visual landscape* e del *soundscape*, e così stabilire quale dei due aspetti, tra gli spazi semivuoti e il silenzio, sia stato notato in misura maggiore. Alla domanda “Quale è il cambiamento che ti ha colpito di più?”, il 56% delle persone ha risposto “gli spazi vuoti”, mentre per il restante 44% l’elemento più discordante è stato il silenzio. Tale risultato contraddice l’aspettativa iniziale che i cambiamenti fossero percepiti principalmente sul piano uditivo in relazione alla pervasività del *soundscape*. Il fatto

Fig. 4 - Percezione del visual landscape e del soundscape per area di spostamento (elaborazione su dati del questionario)



Fonte: nostra elaborazione

che il silenzio sia stato percepito in misura minore come elemento discordante dalla normalità si può tuttavia motivare ricorrendo alla celebre constatazione del musicista John Cage, il quale afferma che il silenzio non esiste: “There is no such thing as silence. Something is always happening that makes a sound” (Cage, 1969, p. 10). In effetti, più che di silenzio assoluto, sarebbe più adeguato parlare di un cambiamento nel paesaggio sonoro che, certamente, è stato soggetto ad una riduzione dei suoni, sia in termini quantitativi che qualitativi, nel periodo di *lockdown*. Infatti, facendo nuovamente riferimento a Raymond Murray Schafer (1977), si può sostenere che in questa fase il paesaggio sonoro Hi-Fi, cioè a basso rumore di fondo ambientale e che, quindi, consente di percepire distintamente i suoni (tipico, ad esempio, del bosco), abbia prevalso su quello Lo-Fi, ovvero ad alto rumore di fondo ambientale che, conseguentemente, non permette di distinguere né i suoni né la loro provenienza (es. traffico urbano).

Risulta particolarmente interessante analizzare la diversa rilevanza attribuita ai cambiamenti sul piano sonoro e su quello visivo nelle diverse zone delle città (fig. 4).

Sebbene complessivamente la percezione del vuoto abbia prevalso su quella del silenzio, si evidenzia come la differenza percentuale sia stata minima nel centro storico, dove il 47% dei rispondenti ha rimarcato il “silenzio”, mentre il 53% ha notato principalmente gli “spazi semivuoti”. Presumibilmente, un simile risultato è riconducibile al fatto che il rumore di fondo ambientale sia di norma superiore nelle zone centrali delle città, rispetto alle aree verdi e le zone residenziali e periferiche. Dunque, la sua diminuzione è stata percepita come maggiormente dissonante. Invece, nelle zone verdi, non sono stati registrati grossi cambiamenti nel *soundscape*, già di norma a basso rumore di fondo ambientale.

Sono stati, inoltre, identificati alcuni suoni di cui è stata sentita maggiormente l'assenza. Per il 68% delle persone la mancanza del rumore delle macchine e dei mezzi di trasporto è stato l'elemento più discordante dalla normalità, seguito dall'assenza di voci (24%), di altri rumori (6%) e di musica (2%). Si nota, quindi, come tutti gli elementi indicati rientrino nella categoria dell'andropofonia (Krause, 2012). Alcuni partecipanti hanno affermato di non avere fatto caso al silenzio o di vivere in una zona tranquilla in cui non si sono verificati molti cambiamenti.

Si è poi analizzata anche la reazione che i partecipanti hanno avuto al relativo silenzio e al vuoto. Quasi la metà delle persone ha dichiarato di essersi soffermata per cercare di cogliere tutti i suoni normalmente coperti dal frastuono della vita quotidiana delle città, il 34% ha sbrigato le proprie commissioni nel minor tempo possibile per tornare “al sicuro” dentro casa e una minima percentuale ha invece mostrato indifferenza nei confronti del silenzio, in quanto, come riportato sopra, non particolarmente dissonante dalla normalità.

In conformità con quanto precedentemente ipotizzato in merito all'assenza di elementi di norma costitutivi del paesaggio (visivo) urbano e al relativo aumento di attenzione verso dettagli prima scarsamente notati, i dati elaborati dal questionario hanno rivelato che il 68% dei rispondenti è riuscito ad apprezzare particolari della città solitamente trascurati. Tra gli elementi più frequentemente notati si riportano le seguenti risposte:

– “Abitazioni e giardini che spesso vengono coperti dalle auto parcheggiate; dossi e impurità delle strade/asfalto”;

– “a livello di spazi/architettura/zone verdi si notano molti più dettagli, forse anche perché ci sono meno ‘distrazioni’ (voci, movimento, ...); di solito gli spazi verdi e l’architettura generale fanno solo da contorno alla gente che li vive, in questo caso l’unica cosa su cui ci si può focalizzare è il ‘contenitore’”;

– architetture (28 risposte);

– edifici (10 risposte);

– gli alberi (8 risposte);

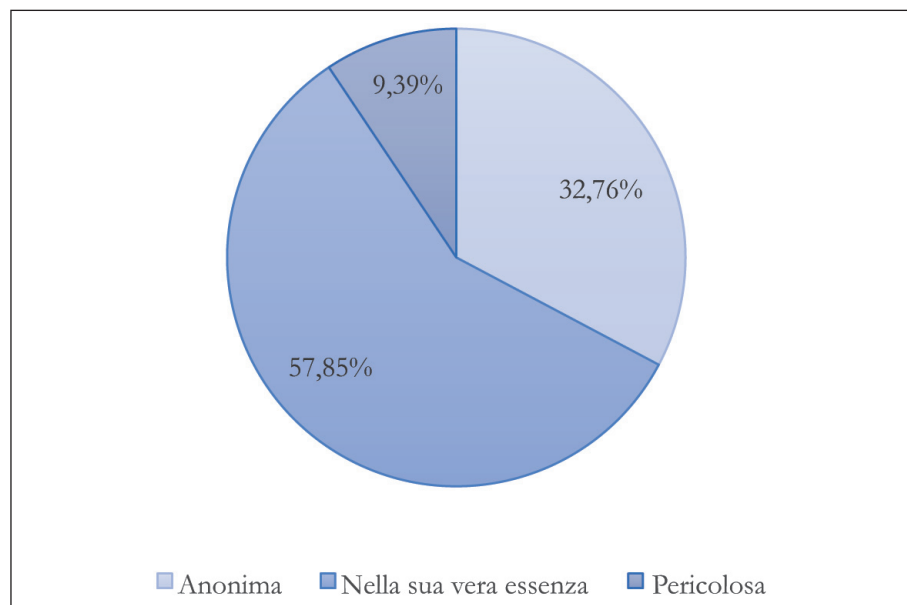
– gli uccellini (14 risposte);

– strada/marciapiede;

– la natura (37 risposte).

I dati riportati dimostrano che ad essere stati percepiti con maggiore intensità sono gli elementi perlopiù ambientali (“La natura”, “Gli uccellini”, “Gli alberi”), congiuntamente a quelli urbanistico-architettonici; risulta, inoltre, interessante notare come siano stati osservati anche dettagli negativi, tra i quali la “impurità delle strade/asfalto”.

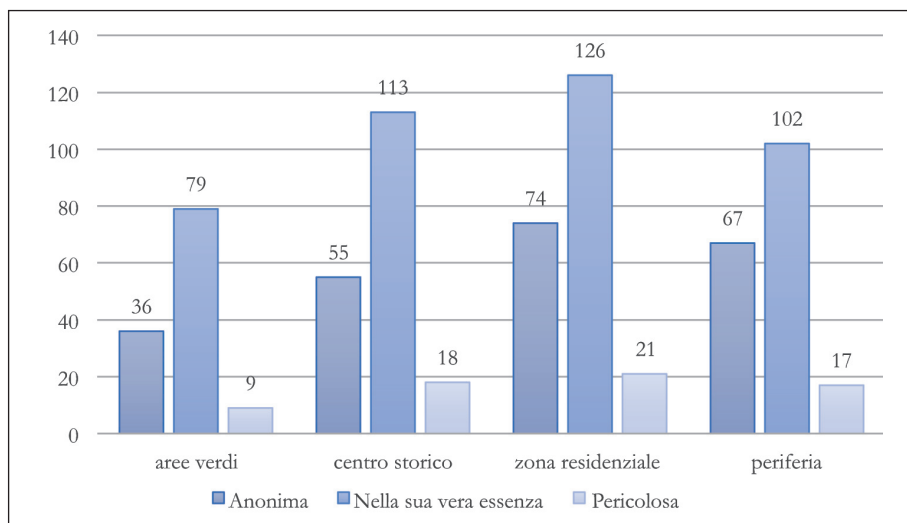
L’ultima domanda del questionario mirava, infine, a comprendere quale delle due visioni della città fosse prevalsa: la città come *non lieu* (Augé, 1992), privata della propria identità caratterizzata da complesse trame sociali ed economiche, con un effetto angosciante e alienante sull’osservatore, oppure la città nella sua vera e profonda essenza, solitamente offuscata dalla frenesia delle attività umane. Una terza possibilità è stata inserita tra le risposte, ovvero la definizione della città come pericolosa, in linea con il sentimento di paura rilevato, seppur dalla minoranza dei partecipanti al questionario. Tale risposta è stata data solo dal 9% dei partecipanti. I dati elaborati dal questionario (fig. 5) hanno in definitiva dimostrato l’emergere di una nuova percezione della immagine della città, definita come nella sua vera essenza (58%).

Fig. 5 - Percezione della città (elaborazione su dati del questionario)

Fonte: nostra elaborazione

Si è inoltre, osservato come nelle femmine sia stata maggiore la percezione del pericolo rispetto ai maschi (11% *versus* 6%), in linea con quanto emerso precedentemente in merito alla preponderanza in queste del sentimento di paura. Si è poi osservato che la percezione della città deserta come autentica è particolarmente rilevante tra i 51 e gli 80 anni, mentre tra i 41 e i 50 anni emerge in percentuale maggiore rispetto alle altre fasce d'età la visione della città come pericolosa, la quale viene, invece, condivisa solo da una esigua percentuale nelle fasce più giovani (11-20 anni), presumibilmente in relazione ad una minore percezione del rischio. Risulta, inoltre, interessante notare come ad essere state percepite maggiormente “nella loro essenza” siano state le aree verdi (64%) (fig. 6). Tale dato confermerebbe le risposte pervenute e riportate sopra, secondo le quali ad essere stati osservati con maggiore intensità sono proprio i dettagli naturali (es. alberi e uccellini), particolarmente presenti in corrispondenza di tali aree.

Fig. 6 - Percezione della città per area di spostamento (elaborazione su dati del questionario)



Fonte: nostra elaborazione

Ulteriore spunto di riflessione è stato fornito rapportando tali dati alla frequenza delle uscite. Particolarmente elevata risulta essere la percentuale di coloro che sono usciti più volte al giorno ed hanno dichiarato di aver percepito la città “nella sua essenza” (70%), così come esigua è la percentuale degli stessi che ne ha avvertito la pericolosità (3%); quest’ultimo elemento è presumibilmente riflesso della frequenza d’uscita: si presuppone che ad una elevata percezione del pericolo corrisponda un ridotto numero di uscite e viceversa. Comprensibilmente tra i rispondenti che hanno dichiarato di non essere mai usciti durante la quarantena, nessuno ha percepito la città come pericolosa, ma rispetto alle altre categorie di frequenza, particolarmente elevata risulta essere la percentuale di coloro che ne ha riscontrato l’anonimità (42%). Si suppone che questo risultato sia riconducibile al diverso punto di vista: se da un lato l’osservazione passiva della città ha inibito la percezione del pericolo, dall’altro ha anche impedito di cogliere dettagli invece individuati da coloro che hanno continuato a vivere fisicamente gli spazi urbani.

5. Conclusioni

Nel già consolidato panorama degli studi geografici ed urbanistici, il contributo si pone come un arricchimento alle ricerche in materia. In particolare, si fa riferimento ai numerosi saggi raccolti nel fascicolo “Geografia del Covid-19” della rivista *Documenti geografici* dell’Università di Roma “Tor Vergata”, che affrontano con approcci e metodi di ricerca diversi, tra cui anche quello del questionario (Porcelloni, Mazzanti, 2020; Magnago, Piana, 2020), le diverse problematiche emerse dalla crisi, la quale ha “messo a nudo le debolezze degli attuali assetti politici, economici e sociali” (Salvatori, 2020, p. 1). Il presente saggio, volendo indagare la percezione degli spazi urbani in un eccezionale momento storico quale quello vissuto a livello globale e con particolare intensità in Italia a partire da marzo 2020, e applicando metodi di indagine propri della sociologia, ha permesso di ricostruire in maniera puntuale la nuova immagine della città, frutto dei cambiamenti connessi alle misure di contenimento dell’emergenza imposte dal *lockdown* che hanno inevitabilmente influenzato la componente emotiva e sensoriale dell’osservatore/fruitori degli spazi urbani.

La città, prodotto sociale la cui percezione è influenzata da diversi fattori, tra cui lo stato psichico momentaneo, il vissuto personale, il contesto storico e quello socioeconomico, nonché la presenza o meno di determinati elementi visivi o sonori in grado di distogliere o catturare l’attenzione, è stata prevalentemente percepita come “autentica” durante il periodo di quarantena preso in considerazione. Tale constatazione, frutto dell’analisi dei risultati del questionario, è legittimata dal fatto che tra le sensazioni scaturite dalla breve permanenza negli spazi urbani – o, in alcuni casi, dalla loro semplice osservazione dalla finestra – la tranquillità ha prevalso sulla paura. Essendo il significato attribuito allo spazio circostante strettamente legato allo stato d’animo dell’osservatore, è ragionevole ipotizzare che se la paura e l’angoscia avessero prevalso, la città sarebbe stata percepita in misura maggiore come un non luogo o come potenzialmente pericolosa. Per contro, una buona maggioranza delle persone è stata in grado di cogliere elementi, appartenenti sia al *visual landscape* che al *soundscape*, che in con-

dizioni normali non vengono considerati. Si è presentata, infatti, l'opportunità unica di vivere le città in modo diverso, di vederle con occhi nuovi e cogliere componenti del paesaggio urbano in precedenza ignorate. In tale senso, sebbene semivuote e stranamente silenziose, le città sembrerebbero aver mostrato ad osservatori più attenti del solito la loro vera essenza, e non essere diventate, per il senso di solitudine possibilmente trasmesso e l'assenza di relazioni sociali, al pari di quelli che Marc Augé (1992) definisce non-luoghi. Ciò porta a riflettere sul significato di "vera essenza", soprattutto parlando di spazi come quelli urbani, che, come più volte rimarcato, sono prodotti sociali. Appare paradossale che una città vuota, così diversa da come dovrebbe essere, venga percepita come autentica. Tuttavia, da quanto emerso, l'autenticità è stata associata non tanto alla componente sociale e relazionale delle città, quanto alla cornice che ospita le attività umane, che, in assenza delle ultime, è risaltata maggiormente.

Bibliografia

- AUGÉ M., *Non-lieux: introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Parigi, Le Seuil, 1992.
- BOURKE J., *Paura. Una storia culturale*, Roma, Laterza, 2005.
- CASELLI M., *Indagare col questionario: introduzione alla ricerca sociale di tipo standard*, Milano, Vita e Pensiero, 2005.
- CASTELS M., *La question urbaine*, Parigi, Maspero, 1972.
- CHECK J. - SCHUTT R.K., "Survey Research", CHECK J., SCHUTT R.K. (a cura di), *Research Methods in Education*, Thousand Oaks, Sage Publications, 2012, pp. 159-185.
- DELUMEAU J., *La paura in Occidente (secoli XIV-XVIII). La città assediata*, Torino, SEI, 1979.
- DURKHEIM E. (1899), "Morfologia sociale", MARTINELLI F. (a cura di), *La città. I classici della sociologia urbana*, Napoli, Liguori, 2001, pp. 35-36.
- FRIEDMANN J., "The Right to the City", MORSE R., HARDOY J. (a cura di), *Rethinking the Latin American City*, Washington, Woodrow Wilson Center Press, 1992, pp. 98-109.
- GARRIOCH, D., "Sounds of the city: the soundscape of early modern European towns", *Urban History*, 30, 1(2003), pp. 5-25.
- GRANÖ J.G., *Reine Geographie. Eine methodologische Studie beleuchtet mit Beispielen aus Finnland und Estland*, Helsinki-Helsingfors, Druk von A.-b.F. Tilgmann, 1929.
- GOTTDIENER M. - LAGOPOULOS A., *The City and the Sign*, New York, Columbia University Press, 1986.
- GOTTDIENER M., *The social production of urban space*, Austin, University of Texas Press, 2010.

- HARVEY D., "Labour, capital, and class struggle around the built environment in advanced capitalist societies", GIDDENS A., HELD D. (a cura), *Classes, Power and Conflict*, Londra, Macmillan Education, 1982, pp. 545-561.
- KRAUSE B., *The Great Animal Orchestra: Finding the Origins of Music in the World's Wild Places*, New York, Little, Brown & Company, 2012.
- LEFEBVRE H., *The Production of Space*, trad. Nicholson-Smith D., Oxford, Blackwell, 1991.
- LYNCH K., *The Image of the City*, Cambridge, MIT Press, 1960.
- MAGNAGO S. - PIANA P., "Nuove spazialità ai tempi del Covid-19: il caso di Genova", *Documenti geografici*, 1(2020), pp. 661-681.
- MEHTA V., *The Street: A Quintessential Social Public Space*, Abingdon e New York, Routledge, 2013.
- MUÑOZ-PEDREROS A., "The visual landscape: an important and poorly conserved resource", *Ambiente & Sociedade*, 20, 1(2017), pp. 165-182.
- OSMOND H. (1959), "The Historical and Sociological Development of Mental Hospitals", GOSHEN C.E. (a cura di), *Psychiatric Architecture*, Washington, American Psychiatric Association, 1959.
- PONTO J., "Understanding and Evaluating Survey Research", *J Adv Pract Oncol*, 6, 2(2015), pp. 168-171.
- PORCELLONI L. - MAZZANTI C., "Spazio sicuro e non sicuro: un'indagine sulle nuove strategie dell'abitare nel contesto della pandemia di Covid-19", *Documenti geografici*, 1(2020), pp. 633-646.
- RELPH E.C., *The modern urban landscape: 1880 to the present*, Beckenham, Croom Helm, 1987.
- SALVATORI F., "Per un impegno della geografia", in *Documenti geografici*, 1(2020), pp. 1-4.
- SCHAFER R.M., *The Soundscape: our sonic environment and the tuning of the world*, Rochester, Destiny books, 1977.

Sitografia

- [1] <http://www.governo.it/articolo/firmato-il-dpcm-9-marzo-2020/> 14276, ultimo accesso: 10/06/2020.

Résumé

La perception de l'espace est depuis longtemps un enjeu central de la géographie humaine. Le document vise à analyser comment la perception du paysage urbain visuel et sonore a changé en Italie pendant le premier confinement national lié au Covid-19. Dans ce but, entre mars et avril 2020, un questionnaire a été administré à un échantillon de plus de cinq cents personnes de toute l'Italie. Leurs réponses ont permis de déterminer les différents facteurs à la base de la création d'une nouvelle image de la ville, pendant une crise sanitaire, économique et sociale qui a rendu les espaces urbains vides. Par conséquent, l'étude s'est concentrée sur les sentiments et les émotions ressentis par les participants à l'enquête pendant qu'ils passaient du temps dehors; sur la perception des changements du paysage visuel et sonore; sur les effets que ceux-ci ont eu sur l'image globale des villes, qui ont été décrites comme anonymes, dangereuses ou authentiques. Contre toute attente, les résultats ont montré que: la majorité des gens ont éprouvé des sentiments de calme et de tranquillité à l'extérieur; les changements dans le paysage visuel ont été perçus plus fréquemment que ceux dans le paysage sonore; les villes ou les villages étaient généralement considérés comme authentiques, plutôt que dangereuses ou anonymes. Cela conduit à reconsidérer la signification normalement donnée à l'authenticité:

l'homme et ses activités sociales ne sont apparemment pas ce qui détermine l'essence des réalités urbaines.

Mots clé: Covid-19, géographie urbaine, paysage, paysage visuel, paysage sonore.

Resumen

La percepción del espacio ha sido durante mucho tiempo un tema central para la geografía humana. El documento tiene como objetivo analizar cómo la percepción del paisaje visual y del paisaje sonoro en los contextos urbanos ha cambiado en Italia durante el primer confinamiento debido al Covid-19 a nivel nacional. Para ello, entre marzo y abril de 2020, se aplicó un cuestionario a una muestra de más de quinientas personas de toda Italia. Sus respuestas han permitido abordar los diversos factores que subyacen a la creación de una nueva imagen de la ciudad, durante una crisis sanitaria, económica y social que ha vaciado los espacios urbanos. De esta manera, el estudio se centró en los sentimientos y emociones experimentados por los participantes de la encuesta mientras pasaban tiempo afuera, en la percepción de los cambios del paisaje visual y sonoro, y en los efectos que estos han tenido en la imagen general de la ciudad o pueblo, descritos como anónimos, peligrosos o auténticos. A diferencia de las expectativas que se tenían, los resultados mostraron que: la mayoría de las personas reportaron sentimientos de calma y tranquilidad cuando estaban afuera; los cambios en el paisaje visual se percibieron con mayor frecuencia que los que han afectado al paisaje sonoro; las ciudades, pueblos o aldeas se consideraban en su mayoría auténticas, en lugar de peligrosas o anónimas. Esto lleva a reconsiderar el significado que normalmente se atribuye a la autenticidad: las personas y sus actividades sociales aparentemente no son lo que determina la esencia de las realidades urbanas.

Palabras clave: Covid-19, geografía humana, paisaje, paisaje visual, paisaje sonoro.

**I distinti livelli territoriali di governo
tra collaborazione, raccordo e coordinamento:
alla ricerca di un'armonia tra carenze sistemiche e strutturali***

ALFONSO MARIA CECERE**

Abstract

Covid-19 pandemic has impacted on different functional levels of public administration with clear cooperation, coordination, connection and compatibility of roles and competences. These problems were reflected in terms of interactions between measures with a general content adopted by the different institutional levels and which, sometimes ones, required a judicial solution. These weaknesses have shown systemic fractures in the way public powers are exercised in a state of emergency, based on the different nature displayed. A first split stems from the different intensity of political legitimation of government bodies at the different territorial levels. A second break concerns a system of legal sources and the constitutional basis on legitimating the construction of the regulatory chain of emergency. A third gap undermines the relationship between legislative and administrative duties and is the result of the existing limits in the legislation on the coordination of statistical and data processing information of the State, regional and local administration. This paper provides an analysis of the dynamics that have highlighted these fractures through a number of case law arrests.

Keywords: Covid-19 pandemic and public administration, institutional levels, state of emergency, data processing information of the state, regional and local administration.

* Il presente contributo ripropone, con alcune modifiche, i contenuti di un saggio pubblicato in Rivista AIC 3/2021, dal titolo *Ruoli e competenze dei diversi livelli istituzionali nella gestione della pandemia covid-19 in Italia tra distonie sistemiche e carenze strutturali*.

** Professore di Diritto degli Enti Locali presso Università di Napoli Federico II, Dipartimento di giurisprudenza, e-mail: amccelere@unina.it.

1. Pandemia da Covid-19 e alcune criticità giuridico-amministrative

La pandemia da Covid-19 ha inciso su diversi piani funzionali della pubblica amministrazione, tra i quali spiccano quello sanitario e quello delle politiche sociali. Da un punto di vista organizzativo sono stati chiamati in causa tutti i livelli territoriali di governo e di amministrazione, da quelli più prossimi alle comunità territoriali sino allo Stato sul quale ricadono le responsabilità per le sorti dell'intera popolazione della Repubblica, con evidenti problemi di collaborazione, coordinamento, raccordo e compatibilità di ruoli e competenze (Allegretti, 2020; Balboni, 2020; Bilancia, 2020; Catelani, 2020; Della Giustina 2020; Demuro, 2020; Furlan, 2020; Longo, 2020; Mandato, 2020; Saporito, 2020). Problemi che si sono trasposti sul piano delle relazioni tra atti provvedimenti a contenuto generale adottati dai distinti livelli istituzionali e che, in alcune occasioni, hanno richiesto una soluzione giudiziaria.

L'analisi di queste criticità ha evidenziato delle fratture sistemiche nell'esercizio dei pubblici poteri in regime di emergenza le cui origini sono di natura diversa e che nell'economia di questo lavoro possono essere solo accennate.

Una prima frattura trae origine dalla diversa intensità della legittimazione politica degli organi di governo ai distinti livelli territoriali. L'emergenza ha, infatti, messo in evidenza il carico di responsabilità politica dei Presidenti delle giunte regionali e dei Sindaci rispetto al Presidente del Consiglio dei Ministri che deriva dalla loro elezione diretta, a suffragio universale. La corda della responsabilità politica si tende con la ricerca e la conservazione del consenso e richiede interventi rapidi e risoluti sul territorio. Tra l'altro, la prossimità territoriale del livello di governo garantisce una maggiore e migliore conoscenza delle problematiche locali da cui possono scaturire interventi mirati e più calibrati (Romano Tassone, 2007). Nonostante il carico di responsabilità politica e il valore della prossimità territoriale, il Parlamento e i governi dei territori sono stati tenuti ai mar-

gini della gestione (Staiano, 2020)¹ che è stata esercitata a colpi di decreti legge e decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri².

Una seconda frattura riguarda il sistema delle fonti e la base costituzionale sulla quale legittimare la costruzione della “catena normativa dell'emergenza”. Il tema è delicato, complesso e oggetto di studi dedicati (Calamo Specchia, 2020; Luciani, 2020; Lucarelli, 2020; Mangia, 2021; Pinnelli, 2020) per cui si può solo fare un cenno all'opportunità di interrogarsi sulla tenuta della legislazione in materia di emergenza, incentrata sul D.lgs. n. 1 del 2018, Codice della Protezione civile, ed in particolare sulla coerenza costituzionale della scelta di attribuire ad una delibera del Consiglio dei Ministri la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale senza un coinvolgimento procedimentale del Parlamento (Curreri, 2020).

Una terza frattura mette in crisi la relazione tra funzioni legislative e funzioni amministrative ed è frutto dei limiti esistenti nella legislazione in materia di coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; limiti che si riflettono sul piano organizzativo e dell'esercizio delle funzioni amministrative. La gestione dell'emergenza pandemica ha, infatti, messo in evidenza la fragilità del sistema statistico, dell'organizzazione informatica, della raccolta e gestione dei dati su base nazionale e su base territoriale oltre che nella loro gestione sulle variabili territoriali³. Le carenze in questi settori incidono sulle istruttorie procedurali e impediscono di utilizzare con piena cognizione di causa sia il principio di precauzione⁴ che quello di proporzionalità.

1. Staiano (2020, p. 532) osserva come «mentre il quadro costituzionale è molto chiaro, e lo «stato di eccezione» del tutto immaginario, il circuito della rappresentanza, per le sue disfunzioni a “regime” derivanti dai caratteri assunti dal sistema partitico, è sottoposto a una fortissima pressione».

2. Non trova spazio in questo contributo il breve periodo emergenziale gestito con l'adozione del decreto legge n. 6 del 2020, già oggetto in dottrina di analisi puntuali (Trabucco, 2020; Mazzaroli, 2020).

3. Vedi Cardone, 2021.

4. Sancito nel Trattato di Maastricht nel 1992 e successivamente incluso all'articolo 191, paragrafo 2 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), il principio è stato poi designato quale “*general principle of law*” dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea (CGUE 26 Novembre 2002, *c. Artogodan v. Commission*, T-74/00). Declinato

Per comprendere quali dinamiche hanno messo in evidenza queste fratture occorre ripercorrere i tratti salienti della gestione dell'epidemia da Covid-19.

2. Urgenza sanitaria ed emergenza nazionale: la effettiva spendibilità delle risorse finanziarie contribuisce a dettare la linea del Governo

Formalmente l'emergenza si apre con la Delibera del Consiglio dei Ministri 31 Gennaio 2020, che contiene la Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, pubblicata sulla G.U.R.I. serie generale, n. 26, del 1° Febbraio 2020.

Sullo stesso numero e serie della Gazzetta viene pubblicato l'Ordinanza del Ministro della salute del 30 Gennaio 2020, con la quale sono disposte le prime Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - nCoV). Il che vuol dire che nello spazio di tempo strettamente necessario a convocare una riunione urgente del Consiglio dei Ministri, il giorno prima la dichiarazione dello stato di emergenza, il Ministro della salute adotta un'ordinanza sulle prime misure per proteggersi dal nuovo Coronavirus.

Lo stato di emergenza è stato inizialmente dichiarato per una durata di sei mesi, ma poi, l'andamento dei contagi, della profilassi sanitaria e l'avvio della campagna vaccinale hanno determinato un susseguirsi di proroghe⁵, l'ultima delle quali prevede la fine dello stato di emergenza al 31 Dicem-

in direttive e regolamenti di settore, nonché in fonti di diritto internazionale, il principio di precauzione risulta tutt'oggi privo di un inquadramento specifico in relazione al tipo, nonché all'estensione, delle misure adottabili. A livello giurisprudenziale la Corte costituzionale italiana ha sovente evidenziato come il principio di precauzione debba essere un elemento vincolante per dirimere la relazione tra interessi confliggenti (*ex multis*, Corte cost., 3 nov. 2005, n. 406). In dottrina Barone, 2006; De Leonardis, 2005.

5. Sono intervenute in successione: la delibera del Consiglio dei Ministri del 29 Luglio 2020 con la quale il predetto stato di emergenza è stato prorogato fino al 15 Ottobre 2020; la delibera del Consiglio dei Ministri del 7 Ottobre 2020, ha prorogato ulteriormente lo stato di emergenza al 31 Gennaio 2021; la delibera del Consiglio dei Ministri del 13 Gennaio 2021 con la quale il predetto stato di emergenza è stato prorogato fino al 30 Aprile 2021; con l'ultima delibera del 21 Aprile 2021 il Consiglio dei Ministri ha prorogato lo stato di emergenza sanitaria da Covid-19, fino al 31 Luglio 2021.

bre 2021. Salvo fatti nuovi, ad oggi non prevedibili, lo stato di emergenza avrà, pertanto, una durata complessiva e ininterrotta di ventiquattro mesi.

Sarà nostro compito ricostruire, nella gestione dell'emergenza, le relazioni e i rapporti tra lo Stato e gli altri livelli territoriali di governo nell'esercizio dei poteri provvedimentali, sostanzialmente derogatori rispetto al quadro delle discipline vigenti in regime ordinario.

Partiamo dai presupposti sui quali poggia la dichiarazione dello stato di emergenza.

Il primo presupposto è formale ed è la dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 Gennaio 2020. Seguono le raccomandazioni che la stessa Organizzazione mondiale della sanità rivolge alla comunità internazionale circa la necessità di applicare misure adeguate.

Proiettata sul piano interno la crisi internazionale registra in modo diffuso l'insorgenza di rischi per la pubblica e privata incolumità connessi ad agenti virali trasmissibili. Si appalesa, pertanto, un contesto di rischi che, a giudizio del Governo, impone l'assunzione immediata di iniziative di carattere straordinario ed urgente, per fronteggiare in modo adeguato possibili situazioni di pregiudizio per la collettività presente sul territorio nazionale.

Su questi presupposti, supportati da un'osservazione dei fatti e da una valutazione di questi in chiave precauzionale, matura la necessità, da un lato, di sostenere l'attività già in corso da parte del Ministero della salute e del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso il potenziamento delle strutture sanitarie e di controllo alle frontiere aeree e terrestri, dall'altro, di provvedere tempestivamente a porre in essere tutte le iniziative di carattere straordinario sia sul territorio nazionale che internazionale, finalizzate a fronteggiare la grave situazione internazionale determinatasi.

Il Consiglio dei ministri delibera, così, lo stato di emergenza nazionale.

Il riferimento alla disciplina della protezione civile e la scelta di articolare la Dichiarazione dello stato di emergenza sulla base della d.lgs. n. 1

del 2018, è stata dettata principalmente dalla necessità di poter attingere alle risorse finanziarie imputate alle emergenze nazionali. Il Fondo per le emergenze nazionali istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, di cui all'articolo 44, comma 1, del decreto legislativo 2 Gennaio 2018, n. 1, è il "portafoglio" dal quale sono stati attinti i cinque milioni di euro per l'attuazione dei primi interventi necessari a fronteggiare la pandemia. Al di là delle legittime e condivisibili perplessità manifestate da chi sostiene una più stretta competenza dell'ambito sanitario per la tutela della salute, il Governo della Repubblica ha scelto di deliberare lo stato di emergenza nazionale di cui all'art. 24 del d.lgs. n. 1 del 2018, proprio per poter attingere subito alle somme stanziata a copertura dell'omonimo Fondo. Ne è conseguito l'avvio della macchina organizzativa del Dipartimento della protezione civile con il coinvolgimento delle sue articolazioni territoriali nelle autorità di protezione civile dei Presidenti delle regioni e delle province autonome e dei Sindaci e Sindaci metropolitani⁶.

Ulteriore considerazione a supporto dell'opportunità della scelta riguarda la tempestività e l'immediatezza con la quale è stato possibile disporre delle somme stanziata. Infatti, la deliberazione dello stato di emergenza non viene sottoposta al preventivo controllo di legittimità della Corte dei conti. L'art. 24, comma 5 del d.lgs. n. 1 del 2018, dispone espressamente che "Le deliberazioni dello stato di emergenza di rilievo nazionale non sono soggette al controllo preventivo di legittimità di cui all'articolo 3 della legge 14 Gennaio 1994, n. 20, e successive modificazioni". Sono, pertanto, immediatamente esecutive, il che sta a significare che sotto la esclusiva responsabilità del Consiglio dei Ministri le somme stanziata con dette deliberazioni sono subito utilizzabili. Altrimenti, sarebbe stato necessario attendere quanto meno il decorso del termine di trenta giorni, termine entro il quale l'ufficio controllo può decidere di rimettere le deliberazioni del Consiglio dei Ministri alla sezione controllo.

6. Articolo 3 del d.lgs. n. 1 del 2018.

Abbiamo già ricordato che anche il Ministero della Salute aveva esercitato in via d'urgenza, in data 30.1.2020, il potere di ordinanza. Prima della dichiarazione dello stato di emergenza e prima di attivare la 'macchina' della protezione civile, era stato il Ministero della Salute ad adottare provvedimenti urgenti sulla base dell'art. 32, della legge n. 833 del 1978, invocando le competenze attribuitegli dall'art. 47bis del decreto legislativo n. 300 del 1999, in materia di tutela della salute umana. Questo provvedimento d'urgenza viene preso dal Ministero a conclusione di un *iter* che, partendo dall'acquisizione di dati, prende avvio con l'adozione di misure di sorveglianza sanitaria.

In particolare, nella circolare della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, prot. n. 1997, del 22 Gennaio 2020, indirizzata a regioni, province, federazione nazionale ordine dei medici, federazione nazionale ordini professioni infermieristiche, Ministero degli affari esteri, Ministero della difesa e Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, si prendono in considerazione i rischi connessi alla polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCoV) diagnosticata in Cina⁷. Nella stessa circolare si rappresenta che al 21 Gennaio 2020, erano stati rilevati casi con storia di viaggi a Wuhan in altre aree della Cina, come Pechino, Guangdong e Shanghai. Alcuni casi erano stati segnalati anche da altri paesi asiatici come la Thailandia, il Giappone e la Corea del Sud. La circolare prosegue informando che l'OMS da un lato stava monitorando attentamente la situazione restando regolarmente in contatto con le autorità nazionali cinesi per fornire il supporto necessario, dall'altro si stava attivando per valutare se l'epidemia poteva rappresentare una emergenza di sa-

7. Nella circolare si rappresenta che il 31 Dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un *cluster* di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei. La maggior parte dei casi aveva un legame epidemiologico con il mercato di *Huanan Seafood*, nel sud della Cina, un mercato all'ingrosso di frutti di mare e animali vivi. Successivamente, il 9 Gennaio 2020, le autorità cinesi hanno riferito che era stato identificato un nuovo coronavirus (2019-nCoV) come agente causale e ne hanno resa pubblica la sequenza genomica.

nità pubblica di rilevanza internazionale. Sul versante europeo la circolare riferisce che il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) stimava che il rischio di introduzione dell'infezione in Europa, attraverso casi importati, fosse moderato.

A distanza di tre giorni dalla circolare, il 25 Gennaio 2020, il Ministero della Salute adotta un'ordinanza di necessità e urgenza ad oggetto "le misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019-nCoV)", con la quale, pur considerata la stima di rischio moderato fatta dall'organismo europeo, riteneva opportuno rendere obbligatoria per le compagnie aeree, le società e gli enti, pubblici e privati, che gestiscono gli scali aeroportuali, l'applicazione delle misure di sorveglianza sanitaria per prevenire, ridurre e contenere il rischio di diffusione dell'infezione da nuovo Coronavirus (2019-nCoV), tra la popolazione. Dette misure dovevano interessare tutti i passeggeri sbarcanti in Italia e provenienti con volo diretto da Paesi comprendenti aree in cui si è verificata una trasmissione autoctona sostenuta del nuovo Coronavirus⁸. Per fare fronte agli accresciuti compiti di sorveglianza sanitaria, l'ordinanza prevedeva una deroga temporanea alla disciplina per il conferimento degli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa che si sostanzia nel assegnare incarichi della durata massima di novanta giorni a settantasei medici, quattro psicologi, trenta infermieri e quattro mediatori culturali⁹.

8. Si tratta delle procedure descritte nella circolare e già attivate, come previsto dal Regolamento Sanitario Internazionale (2005) (RSI), presso l'aeroporto di Fiumicino. È una procedura sanitaria, gestita dall'USMAF SASN (Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera e i Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante), per verificare l'eventuale presenza a bordo degli aeromobili provenienti da Wuhan di casi sospetti sintomatici ed il loro eventuale trasferimento in bio-contenimento all'Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani di Roma. Il 20 Gennaio 2020 veniva rafforzata la sorveglianza dei passeggeri dei voli diretti da Wuhan (e di ogni altro volo con segnalati casi sospetti di 2019-nCoV) per i quali era previsto il transito nel canale sanitario, in cui erano attivati gli scanner termometrici. I casi eventualmente positivi sarebbero stati sottoposti agli ulteriori controlli del caso ed eventualmente a isolamento, con attivazione della sorveglianza per gli altri passeggeri a rischio.

9. L'ordinanza prevedeva il loro impiego per far fronte, in particolare, alle esigenze di servizio del numero di pubblica utilità 1500, per i controlli sanitari attivati dagli USMAF-

Stante la necessità e l'urgenza dei provvedimenti presi con l'ordinanza in questione, il Ministero della salute, per fare fronte ai costi di spesa, stimati in euro 2.100.000,00, a valere sull'esercizio finanziario 2020, ha individuato come capitolo di imputazione quello del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), provvedendo mediante corrispondente riduzione di spesa ai sensi dell'art. 34ter della legge n. 196 del 2009.

Il precipitare degli eventi di cui tutti conserviamo vivo il ricordo ha richiesto, a distanza di soli cinque giorni, una nuova ordinanza del Ministro della salute, quella già ricordata, del 30 Gennaio 2020, con la quale è stato interdetto il traffico aereo dalla Cina, quale Paese in cui si è verificata una trasmissione autoctona sostenuta del nuovo Coronavirus.

La cronaca dei primi giorni di gestione dell'emergenza pandemica ci restituisce una sequenza di provvedimenti legati da un filo logico coerente e attento alla individuazione delle risorse finanziarie da impiegare. Le prime ordinanze sono del Ministero della sanità che predispone con le risorse a sua disposizione le prime misure di sorveglianza sanitaria; avuta immediata contezza del crescere dell'emergenza è intervenuta la delibera del Consiglio dei Ministri che, dichiarando l'emergenza nazionale, ha potuto immediatamente stanziare le risorse finanziarie adeguate attingendole dal fondo dedicato e con provvedimento immediatamente esecutivo.

3. Sulla scomposta articolazione della gestione della pandemia: il difficile rapporto tra competenza materiale e dimensione territoriale dell'emergenza

Dichiarato lo stato di emergenza nazionale, il 3 Febbraio 2020, con l'ordinanza n. 630 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, sono stati disposti i primi interventi urgenti per affrontare l'emergenza re-

SASN e per i servizi di competenza degli uffici 3 - Coordinamento tecnico degli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e dei servizi territoriali di assistenza sanitaria al personale navigante USMAF - SASN, e 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute.

lativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti dal virus. Si attiva così il coordinamento della macchina della Protezione Civile, che è condotta dal Capo del Dipartimento che, a sua volta si avvale del medesimo Dipartimento, delle componenti e delle strutture operative del Servizio Nazionale della Protezione Civile, nonché di soggetti attuatori, individuati anche tra gli enti pubblici economici e non economici e soggetti privati, che agiscono sulla base di specifiche direttive. Tra i soggetti attuatori spiccano, su base territoriale, i Presidenti delle giunte regionali e delle due province autonome, nominati tra il 22 e il 27 Febbraio 2020, con appositi decreti del Capo del Dipartimento; mentre, in base alle competenze, il Segretario generale del Ministero della salute quale soggetto attuatore nominato con apposito decreto del 7 Febbraio 2020.

In questa fase iniziale di gestione dell'emergenza gli interventi da realizzare con indifferibilità e urgenza riguardano:

a) l'organizzazione e l'effettuazione degli interventi di soccorso e assistenza alla popolazione interessata dall'emergenza oltre che degli interventi urgenti e necessari per la rimozione delle situazioni di pericolo per la pubblica e privata incolumità, con particolare riferimento alla prosecuzione delle misure urgenti già adottate dal Ministro della Salute con le ordinanze emesse nel mese di Gennaio 2020, alla disposizione di eventuali ulteriori misure di interdizione al traffico aereo, terrestre e marittimo sul territorio nazionale, al rientro delle persone presenti nei paesi a rischio ed al rimpatrio assistito dei cittadini stranieri nei paesi di origine esposti al rischio, all'invio di personale specializzato all'estero, all'acquisizione di farmaci, dispositivi medici, di protezione individuale, e biocidi, alla requisizione di beni mobili, mobili registrati e immobili, anche avvalendosi dei Prefetti territorialmente competenti, nonché alla gestione degli stessi assicurando ogni forma di assistenza alla popolazione interessata;

b) il ripristino o il potenziamento, anche con procedure di somma urgenza, della funzionalità dei servizi pubblici e delle infrastrutture necessari al superamento dalla specifica emergenza ed all'adozione delle misure volte a garantire la continuità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria nei territori interessati, anche mediante interventi di natura temporanea.

Per le attività da svolgersi sui territori le risorse finanziarie sono state attribuite mediate trasferimento dal fondo stanziato per la protezione civile.

Per natura e tipologia questi sono interventi di somma urgenza, riferibili a situazioni di fatto astrattamente prevedibili in casi di calamità e disastri naturali e gestiti con efficienza dal Dipartimento della Protezione civile. L'evolversi e l'aggravamento della diffusione del contagio ha messo in evidenza le peculiarità di uno stato di emergenza sanitario determinato da pandemia che poco o nulla hanno a che fare con l'esperienza della Protezione civile. Sotto questo profilo è sufficiente ricordare che nella legislazione italiana ritroviamo più testi dedicati alle emergenze sanitarie e di igiene pubblica. Lo stesso articolo 32 del d.lgs. n. 833 del 1978, prima ancora che essere scrutinato in relazione ai presupposti e ai limiti delineati dalla speciale normativa dedicata alla gestione della pandemia¹⁰, deve essere coordinato con altre previsioni normative che contribuiscono a completare il quadro, vale a dire l'art. 117 del d.lgs. n. 112 del 1998 e l'art. 50 del d.lgs. n. 267 del 2000 (Licciardiello, 2020). Tali norme prevedono che i poteri di ordinanza contingibile e urgente – comunale, regionale o statale – possano essere esercitati *“in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali”*.

La prevenzione, la risposta e il contrasto alla pandemia Covid-19 e agli eventi connessi hanno richiesto un cambio di passo¹¹ che si è avuto con l'adozione di un cospicuo numero di decreti legge, molti dei quali oggi abrogati¹², con i quali il Governo ha deciso di mantenere al centro, sotto

10. Per i profili di nostro interesse è sufficiente ricordare due decreti legge, il n. 19 e il n. 33, entrambi del 2020.

11. «Parallelamente il potere di ordinanza è stato attribuito col decreto-legge 23 Febbraio 2020, n. 6, al Presidente del Consiglio, che lo ha largamente esercitato in forma di decreto. Ma il quadro del potere di ordinanza è assai più articolato» (Staiano, 2020).

12. Tra i decreti abrogati, con salvezza degli effetti prodotti in vigenza, si annoverano: D.L. 2 Marzo 2020, n. 9, misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19; D.L. 8 Marzo 2020, n. 11, misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria; D.L. 9 Marzo 2020, n. 14, disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in rela-

suo stretto controllo, la gestione dell'emergenza. Ricorrendo all'art. 77 della Costituzione, il Governo ha esercitato le competenze legislative sia in materia di profilassi internazionale, di competenza esclusiva del legislatore

zione all'emergenza Covid-19. Tutti e tre i decreti sono stati abrogati dalla L. 24 Aprile 2020, n. 27 (art. 1, comma 2), validi gli atti ed i provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi decreti-legge. D.L. 10 Maggio 2020, n. 29, misure urgenti in materia di detenzione domiciliare o differimento dell'esecuzione della pena, nonché in materia di sostituzione della custodia cautelare in carcere con la misura degli arresti domiciliari, per motivi connessi all'emergenza sanitaria da Covid-19, di persone detenute o internate per delitti di criminalità organizzata di tipo mafioso, terroristico e mafioso, o per delitti di associazione a delinquere legati al traffico di sostanze stupefacenti o per delitti commessi avvalendosi delle condizioni o al fine di agevolare l'associazione mafiosa, nonché di detenuti e internati sottoposti al regime previsto dall'articolo 41bis della legge n. 354 del 1975, nonché, infine, in materia di colloqui con i congiunti o con altre persone cui hanno diritto i condannati, gli internati e gli imputati. Provvedimento abrogato dalla L. 25 Giugno 2020, n. 70 che ha disposto (all'art. 1, comma 3) che "Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge". D.L. 16 Giugno 2020, n. 52, ulteriori misure urgenti in materia di trattamento di integrazione salariale, nonché proroga di termini in materia di reddito di emergenza e di emersione di rapporti di lavoro. Provvedimento abrogato dalla L. 17 Luglio 2020, n. 77, validi gli atti e i provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge (l'art. 1, comma 2). D.L. 14 Agosto 2020, n. 103, modalità operative, precauzionali e di sicurezza per la raccolta del voto nelle consultazioni elettorali e referendarie dell'anno 2020; D.L. 8 Settembre 2020, n. 111, disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili esigenze finanziarie e di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19; D.L. 11 Settembre 2020, n. 117, disposizioni urgenti per la pulizia e la disinfezione dei locali adibiti a seggio elettorale e per il regolare svolgimento dei servizi educativi e scolastici gestiti dai comuni. Questi ultimi tre provvedimenti sono stati abrogati dalla Legge 13 Ottobre 2020, n. 126, validi gli atti ed i provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi decreti-legge. D.L. 20 Ottobre 2020, n. 129, disposizioni urgenti in materia di riscossione esattoriale, abrogato dalla Legge 27 Novembre 2020, n. 159, validi gli atti e i provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto. D.L. 9 Novembre 2020, n. 149, ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19 (Decreto Ristori bis). D.L. 23 Novembre 2020, n. 154, misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19 (Decreto Ristori ter). D.L. 30 Novembre 2020, n. 157, ulteriori misure urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19 (Decreto Ristori *quater*). Questi tre decreti sono stati abrogati dalla Legge 18 Dicembre 2020, n. 176, validi gli atti e i provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi decreti. D.L. 2 Dicembre 2020, n. 158, disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus Covid-19 e D.L. 5 Gennaio 2021, n. 1, ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, entrambi abrogati dalla L. 29 Gennaio 2021, n. 6, validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi

statale; sia in materia di tutela della salute e protezione civile. In questi due ultimi àmbiti materiali, pur avendo competenza concorrente, lo Stato ha estromesso i legislatori regionali, ha disciplinato nel dettaglio e ha ricostruito il parallelismo funzionale sul piano amministrativo attribuendo compiti di attuazione amministrativa ai decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri¹³. La tenuta di questa strategia in termini di legittimità costituzionale è stata riconosciuta attraverso la cd. “chiamata in sussidiarietà”¹⁴. I decreti legge hanno attribuito al Presidente del Consiglio dei Ministri il potere di individuare in concreto le misure necessarie ad affrontare in ambito nazionale un'emergenza sanitaria di dimensione sovranazionale. Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (d.P.C.M.) è stato così scelto come strumento principale da impiegare per l'esercizio della funzione amministrativa di gestione dell'emergenza (Carlassare, 1966). L'attrazione a livello statale delle competenze in materia di tutela della salute e di protezione civile è stata valutata come scelta legittima dalla giurisprudenza amministrativa¹⁵ che ha utilizzato la formula della “chiamata in sus-

gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei due decreti. D.L. 12 Febbraio 2021, n. 12, ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e D.L. 23 Febbraio 2021, n. 15, ulteriori disposizioni urgenti in materia di spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Entrambi i decreti sono stati abrogati dalla L. 12 Marzo 2021, n. 29, validi gli atti e i provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi.

13. Politi (2001) riguardo ai dPCM ricorda che possono avere un contenuto eterogeneo, ora normativo, ora provvedimentale, ora proprio degli atti amministrativi generali. Sul dPCM da ultimo Celotto (2021).

14. Profilata dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 303 del 2003, oggetto di numerosi commenti, sia a caldo (D'Atena, 2003; Anzon, 2003; Moscarini, 2003; Gentilini, 2003), sia più sedimentati (Mangiameli, 2008; Ruggiu, 2008; Scaccia, 2009; Mainardis, 2011; Mancini, 2014).

15. TAR Calabria, sez. I, Catanzaro, sent. 9 Maggio 2020, n. 841 e, in senso conforme, il TAR Sicilia, sez. III, Palermo, sent. 25 Settembre 2020, n. 1952, ad oggetto l'annullamento dell'ordinanza contingibile e urgente del Presidente della Regione Siciliana, del 22 Agosto 2020, con la quale sono state disposte: l'immediato sgombero degli *hotspot* e dei Centri di accoglienza dei migranti e il trasferimento dei predetti in altre strutture fuori regione; il divieto di ingresso, transito e sosta nel territorio regionale di ogni migrante che raggiunge le coste della Sicilia, in quanto attività incidenti sul rischio concreto di diffusione del contagio da virus Covid-19. La Corte Costituzionale, dal canto suo, in occasione del giudizio di legittimità costituzionale della legge regionale della Valle d'Aosta de-

sidiarietà”. La prima decisione così orientata è del T.A.R. Calabria in occasione del ricorso promosso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri avverso l’ordinanza del 29 Aprile 2020, con la quale il Presidente della Regione Calabria, discostandosi da quanto previsto dal d.P.C.M. del 26 Aprile 2020, aveva consentito la ripresa delle attività di bar, pasticcerie, ristoranti, pizzerie, agriturismo con somministrazione da effettuarsi esclusivamente mediante servizio con tavoli all’aperto¹⁶.

La scelta di operare a livello amministrativo in modo unitario con la Presidenza del Consiglio dei Ministri, che costituisce il fulcro del necessario coordinamento dell’attività amministrativa posta in essere dallo Stato e dalle Autonomie territoriali¹⁷, spiega anche la scelta di attrarre in capo allo Stato la competenza legislativa, pur in materie concorrenti quali “la tutela della salute” e “la protezione civile”. Lo schema seguito è quello secondo il quale l’avocazione allo Stato della funzione amministrativa si deve accompagnare all’attrazione della competenza legislativa necessaria alla sua disciplina, con la specificazione che all’intervento legislativo per esigenze unitarie devono essere garantite forme di leale collaborazione tra Stato e Regioni nel momento dell’esercizio della funzione amministrativa¹⁸.

Per affrontare la pandemia lo Stato ha, dunque, avvocato a sé le funzioni amministrative in ragione del principio di sussidiarietà ed ha esercitato la chiamata in sussidiarietà della funzione legislativa.

Questo schema viene tracciato in modo puntuale dal decreto legge n. 19 del 2020¹⁹, accentrando a livello statale il potere di regolamentare gli interventi e le misure di contenimento, in special modo per quanto riguarda le prescrizioni che incidono su diritti anche di rango costituzio-

finito con la sentenza n. 37 del 2021 ha fatto esclusivamente ricorso alla competenza esclusiva dello Stato in materia di profilassi internazionale.

16. Il riferimento è alla citata sentenza n. 841 del 2020 del TAR Calabria, Catanzaro.

17. In capo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri si sintetizzano i vari interessi alla cura dei quali sono preposte le amministrazioni pubbliche, statali, regionali e locali.

18. Il punto è stato chiarito dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 278 del 2010 (Cecchetti, 2011). Sul tema della leale collaborazione i contributi dottrinari sono numerosissimi (Agosta, 2008; Poggi, 2017; Mancini, 2013).

19. Decreto-Legge del 25 Marzo 2020, convertito con modificazioni dalla L. 22 Maggio 2020, n. 35.

nale²⁰, lasciando alle Regioni e ai Comuni, limitati ambiti funzionali volti a consentire mirati interventi sui territori di competenza, rispetto all'evol-

20. L'art. 1, comma 2, del d.l. n. 19 del 2020 individua le misure: a) limitazione della circolazione delle persone, anche prevedendo limitazioni alla possibilità di allontanarsi dalla propria residenza, domicilio o dimora se non per spostamenti individuali limitati nel tempo e nello spazio o motivati da esigenze lavorative, da situazioni di necessità o urgenza, da motivi di salute o da altre specifiche ragioni. Ai soggetti con disabilità motorie o con disturbi dello spettro autistico, con disabilità intellettiva o sensoriale o con problematiche psichiatriche e comportamentali certificate ai sensi della legge n. 104/1992 è consentito uscire dall'ambiente domestico con un accompagnatore qualora ciò sia necessario al benessere psico-fisico della persona e purché siano pienamente rispettate le condizioni di sicurezza sanitaria; b) chiusura al pubblico di strade urbane, parchi, aree da gioco, ville e giardini pubblici o altri spazi pubblici; c) limitazioni o divieto di allontanamento e di ingresso in territori comunali, provinciali o regionali, nonché rispetto al territorio nazionale; d) applicazione della misura della quarantena precauzionale ai soggetti che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva o che entrano nel territorio nazionale da aree ubicate al di fuori del territorio italiano; e) divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora per le persone sottoposte alla misura della quarantena, applicata dal sindaco quale autorità sanitaria locale, perché risultate positive al virus; g) limitazione o sospensione di manifestazioni o iniziative di qualsiasi natura, di eventi e di ogni altra forma di riunione o di assembramento in luogo pubblico o privato, anche di carattere culturale, ludico, sportivo, ricreativo e religioso; h) sospensione delle cerimonie civili e religiose, limitazione dell'ingresso nei luoghi destinati al culto; h-bis) adozione di protocolli sanitari, d'intesa con la Chiesa cattolica e con le confessioni religiose diverse dalla cattolica, per la definizione delle misure necessarie ai fini dello svolgimento delle funzioni religiose in condizioni di sicurezza; i) chiusura di cinema, teatri, sale da concerto, sale da ballo, discoteche, sale giochi, sale scommesse e sale bingo, centri culturali, centri sociali e centri ricreativi o altri analoghi luoghi di aggregazione; l) sospensione dei congressi, ad eccezione di quelli inerenti alle attività medico-scientifiche e di educazione continua in medicina (ECM), di ogni tipo di evento sociale e di ogni altra attività convegnistica o congressuale, salva la possibilità di svolgimento a distanza; m) limitazione o sospensione di eventi e competizioni sportive di ogni ordine e disciplina in luoghi pubblici o privati, ivi compresa la possibilità di disporre la chiusura temporanea di palestre, centri termali, centri sportivi, piscine, centri natatori e impianti sportivi, anche se privati, nonché di disciplinare le modalità di svolgimento degli allenamenti sportivi all'interno degli stessi luoghi; n) limitazione o sospensione delle attività ludiche, ricreative, sportive e motorie svolte all'aperto o in luoghi aperti al pubblico, garantendo comunque la possibilità di svolgere individualmente, ovvero con un accompagnatore per i minori o le persone non completamente autosufficienti, attività sportiva o attività motoria, purché nel rispetto della distanza di sicurezza interpersonale di almeno due metri per l'attività sportiva e di almeno un metro per le attività motorie, ludiche e ricreative; o) possibilità di disporre o di demandare alle competenti autorità statali e regionali la limitazione, la riduzione o la sospensione di servizi di trasporto di persone e di merci, automobilistico, ferroviario, aereo, marittimo, nelle acque interne, anche non di linea, nonché di trasporto pubblico locale; in ogni caso, la prosecuzione del servizio di trasporto delle persone è consentita solo se il gestore predispone le condizioni per garantire il rispetto di una distanza di sicurezza interpersonale predeterminata e adeguata a prevenire o ridurre il rischio di contagio; p) sospensione dei servizi educativi per l'infanzia di cui

versi localmente del rischio epidemiologico e contemperandoli con l'esigenza di salvaguardare il ruolo dello Stato di garante dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali di cui all'art. 117,

all'articolo 2 del d.lgs. n. 65/2017, e delle attività didattiche delle scuole di ogni ordine e grado, nonché delle istituzioni di formazione superiore, comprese le università e le istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica, di corsi professionali, master, corsi per le professioni sanitarie e università per anziani, nonché dei corsi professionali e delle attività formative svolti da altri enti pubblici, anche territoriali e locali, e da soggetti privati, o di altri analoghi corsi, attività formative o prove di esame, ferma la possibilità del loro svolgimento di attività in modalità a distanza; q) sospensione dei viaggi d'istruzione, delle iniziative di scambio o gemellaggio, delle visite guidate e delle uscite didattiche comunque denominate, programmate dalle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado sia sul territorio nazionale sia all'estero; r) limitazione o sospensione dei servizi di apertura al pubblico o chiusura dei musei e degli altri istituti e luoghi della cultura, nonché dell'efficacia delle disposizioni regolamentari sull'accesso libero o gratuito a tali istituti e luoghi; s) limitazione della presenza fisica dei dipendenti negli uffici delle amministrazioni pubbliche, fatte comunque salve le attività indifferibili e l'erogazione dei servizi essenziali prioritariamente mediante il ricorso a modalità di lavoro agile; t) limitazione o sospensione delle procedure concorsuali e selettive, ad esclusione dei concorsi per il personale sanitario e socio-sanitario, finalizzate all'assunzione di personale presso datori di lavoro pubblici e privati, con possibilità di esclusione dei casi in cui la valutazione dei candidati è effettuata esclusivamente su basi curriculari ovvero con modalità a distanza, fatte salve l'adozione degli atti di avvio di dette procedure entro i termini fissati dalla legge, la conclusione delle procedure per le quali risulti già ultimata la valutazione dei candidati e la possibilità di svolgimento dei procedimenti per il conferimento di specifici incarichi; u) limitazione o sospensione delle attività commerciali di vendita al dettaglio o all'ingrosso, a eccezione di quelle necessarie per assicurare la reperibilità dei generi agricoli, alimentari e di prima necessità da espletare con modalità idonee ad evitare assembramenti di persone, con obbligo a carico del gestore di predisporre le condizioni per garantire il rispetto di una distanza di sicurezza interpersonale predeterminata e adeguata a prevenire o ridurre il rischio di contagio; v) limitazione o sospensione delle attività di somministrazione al pubblico di bevande e alimenti, nonché di consumo sul posto di alimenti e bevande, compresi bar e ristoranti, ad esclusione delle mense e del catering continuativo su base contrattuale, a condizione che sia garantita la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro, e della ristorazione con consegna a domicilio ovvero con asporto, nel rispetto delle norme igienico-sanitarie previste per le attività sia di confezionamento che di trasporto, con l'obbligo di rispettare la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro, con il divieto di consumare i prodotti all'interno dei locali e con il divieto di sostare nelle immediate vicinanze degli stessi; z) limitazione o sospensione di altre attività d'impresa o professionali, anche ove comportanti l'esercizio di pubbliche funzioni, nonché di lavoro autonomo, con possibilità di esclusione dei servizi di pubblica necessità previa assunzione di protocolli di sicurezza anti-contagio e, laddove non sia possibile rispettare la distanza di sicurezza interpersonale predeterminata e adeguata a prevenire o ridurre il rischio di contagio come principale misura di contenimento, con adozione di adeguati strumenti di protezione individuale; aa) limitazione o sospensione di fiere e mercati, a eccezione di quelli necessari per assicurare la reperibilità dei generi agricoli, alimentari e di prima necessità; bb) specifici divieti o limitazioni per gli accompa-

comma 2, lett. m) della Costituzione. Per salvaguardare il pluralismo istituzionale autonomistico di matrice territoriale il decreto legge n. 19 del 2020, ricorre alla leale collaborazione declinata nella formula della Conferenza Stato-Regioni-Province autonome, ma lo fa in modo minimale. L'art. 2 del decreto prevede, infatti, che il Presidente del Consiglio dei Ministri adotti i decreti sentiti, anche, i Presidenti delle Regioni interessate, nel caso in cui riguardino esclusivamente una regione o alcune specifiche regioni, ovvero il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale. Sulle modalità con le quali è stata esercitata la "chiamata in sussidiarietà" incombe il peso dell'emergenza, dal momento che la previsione di mecca-

gnatori dei pazienti nelle sale di attesa dei dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione e dei reparti di pronto soccorso (DEA/PS); cc) divieto o limitazione dell'accesso di parenti e visitatori in strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative, strutture residenziali per persone con disabilità o per anziani, autosufficienti e no, nonché istituti penitenziari e istituti penitenziari per minori; sospensione dei servizi nelle strutture semiresidenziali e residenziali per minori e per persone con disabilità o non autosufficienti, per persone con disturbi mentali e per persone con dipendenza patologica; sono in ogni caso garantiti gli incontri tra genitori e figli autorizzati dall'autorità giudiziaria, nel rispetto delle prescrizioni sanitarie o, ove non possibile, in collegamento da remoto; dd) obblighi di comunicazione al servizio sanitario nazionale nei confronti di coloro che sono transitati e hanno sostato in zone a rischio epidemiologico come identificate dall'OMS o dal Ministro della Salute; ee) adozione di misure di informazione e di prevenzione rispetto al rischio epidemiologico; ff) predisposizione di modalità di lavoro agile, anche in deroga alla disciplina vigente; gg) previsione che le attività consentite si svolgano previa assunzione da parte del titolare o del gestore di misure idonee a evitare assembramenti di persone, con obbligo di predisporre le condizioni per garantire il rispetto della distanza di sicurezza interpersonale predeterminata e adeguata a prevenire o ridurre il rischio di contagio; per i servizi di pubblica necessità, laddove non sia possibile rispettare tale distanza interpersonale, previsione di protocolli di sicurezza anti-contagio, con adozione di strumenti di protezione individuale; hh) eventuale previsione di esclusioni dalle limitazioni alle attività economiche, con verifica caso per caso affidata a autorità pubbliche specificamente individuate; hh-bis) obbligo di avere sempre con sé dispositivi di protezione delle vie respiratorie, con possibilità di prevederne l'obbligatorietà dell'utilizzo nei luoghi al chiuso diversi dalle abitazioni private e in tutti i luoghi all'aperto a eccezione dei casi in cui, per le caratteristiche dei luoghi o per le circostanze di fatto, sia garantita in modo continuativo la condizione di isolamento rispetto a persone non conviventi, e comunque con salvezza dei protocolli e delle linee guida anti-contagio previsti per le attività economiche, produttive, amministrative e sociali, nonché delle linee guida per il consumo di cibi e bevande, restando esclusi da detti obblighi: 1) i soggetti che stanno svolgendo attività sportiva; 2) i bambini di età inferiore ai sei anni; 3) i soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina, nonché coloro che per interagire con i predetti versino nella stessa incompatibilità.

nismi di collaborazione adeguati avrebbe richiesto il ricorso alle intese da raggiungere in sede di Conferenza²¹. Anche le Regioni non hanno preso nella dovuta considerazione il rispetto del principio di leale cooperazione, come emerge da alcune pronunce giurisdizionali²² nelle quali il mancato rispetto di detto principio è sintomo di eccesso di potere. Il legislatore, per sua parte, si è limitato a prevedere all'art. 1 comma 16 del D.L. n. 33 del 2020²³, un dovere di informativa a carico della Regione verso il Ministero della salute nel caso in cui si risolva, nelle more dell'adozione di nuovi d.P.C.M., ad introdurre misure derogatorie, di cui al ricordato art. 2 del D.L. n. 19 del 2020, più restrittive rispetto a quelle disposte con i d.P.C.M. vigenti (Di Cosimo-Menegus, 2020).

4. Il filtro del giudice amministrativo sull'esercizio del potere di ordinanza

Di fronte al veloce aggravamento della diffusione del contagio e alle difficoltà ad affrontare sull'intero territorio nazionale la cura della popula-

21. Nella sentenza n. 6 del 2004 la Consulta afferma che la legge operante la chiamata in sussidiarietà «deve risultare adottata a seguito di procedure che assicurino la partecipazione dei livelli di governo coinvolti attraverso strumenti di leale collaborazione o, comunque, deve prevedere adeguati meccanismi di cooperazione per l'esercizio concreto delle funzioni amministrative allocate in capo agli organi centrali. Quindi, con riferimento a quest'ultimo profilo, nella perdurante assenza di una trasformazione delle istituzioni parlamentari e, più in generale, dei procedimenti legislativi – anche solo nei limiti di quanto previsto dall'art. 11 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione) – la legislazione statale di questo tipo “può aspirare a superare il vaglio di legittimità costituzionale solo in presenza di una disciplina che prefiguri un iter in cui assumano il dovuto risalto le attività concertative e di coordinamento orizzontale, ovvero sia le intese, che devono essere condotte in base al principio di lealtà” (sentenza n. 303 del 2003)». Sul punto, anche se sollecitate da una diversa pronuncia della Corte, le brevi e puntuali considerazioni svolte da Bifulco (2017).

22. T.A.R. Calabria-Catanzaro, sez. I, 9 Maggio 2020, n. 841 include tra le ragioni dell'annullamento dell'ordinanza del Presidente della Regione Calabria n. 37/2020 – divenuta celebre per aver consentito la ripresa di alcune attività produttive in difformità rispetto a quanto prescritto a livello statale – «la violazione da parte della Regione Calabria del dovere di leale collaborazione tra i vari soggetti che compongono la Repubblica, principio fondamentale nell'assetto di competenze del titolo V della Costituzione». Secondo il giudice amministrativo di prime cure, «occorre ricordare come la violazione del principio di leale collaborazione costituisca elemento sintomatico del vizio dell'eccesso di potere (cfr. Cons. Stato, Ad. Plen. 14 Dicembre 2001, n. 9)».

23. Decreto convertito dalla legge n. 74 del 2020.

zione contagiata dal virus, il Governo della Repubblica con la decretazione d'urgenza ha deciso di intervenire sull'organizzazione della macchina dell'emergenza e sull'attribuzione dei poteri, andando anche in deroga al Codice della Protezione Civile. In particolare, durante la prima fase della gestione dell'emergenza il Presidente del Consiglio dei Ministri ha fatto largo uso del d.P.C.M. per una periodica manutenzione delle misure restrittive contemplate nel ricordato art. 1, comma 2 del D.L. n. 19 del 2020, incidendo così, sia pure per limitati e contingentati periodi di tempo (per lo più ogni quindici giorni) sull'esercizio di libertà e diritti costituzionalmente garantiti, e con diversa intensità, al precipuo scopo di contenere e contrastare i rischi sanitari derivanti dalla diffusione del virus Covid-19²⁴. Nell'intenzioni del legislatore questi poteri amministrativi affidati al Presidente del Consiglio dei Ministri avrebbero dovuto essere esercitati nel rispetto dei principi di adeguatezza e proporzionalità al rischio effettivamente presente, su specifiche parti del territorio nazionale, ovvero, occorrendo, sulla totalità di esso²⁵.

Attribuito questo potere al Governo, da esercitarsi mediante d.P.C.M., il decreto legge ha lasciato un piccolo "spazio di manovra" alle Regioni prevedendo per queste ultime la possibilità di adottare misure di efficacia locale *"nell'ambito delle attività di loro competenza e senza incisione delle attività produttive e di quelle di rilevanza strategica per l'economia nazionale"*, ma solo a condizione che gli interventi su base regionale siano destinati ad

24. Sul punto si converge su quanto osservato da Clemente di San Luca (2021, pp. 90-91) «Non è a rischio la democrazia – né è fuori dall'orbita costituzionale – se, in circostanze di emergenza sanitaria, l'autorità (democraticamente investita), al fine di garantire il diritto alla salute di tutti (e soprattutto dei meno abbienti), comprima, anche sensibilmente, la libertà personale e la libertà di circolazione. In altre parole, laddove nella realtà non possano essere soddisfatti nella loro interezza, manifestandosi fra loro in contrasto, è ordinariamente doveroso il bilanciamento fra valori e/o diritti (così come la mediazione compositiva fra interessi) ... In definitiva, quindi, nell'attuale congiuntura l'unico, vero e non trascurabile rischio per la democrazia e la tenuta della Costituzione sta nella compressione delle libertà fondamentali (che assicurano la manifestazione del dissenso), e dunque nell'arbitraria censura delle opinioni scientifiche dissenzienti da parte del sistema dell'informazione». Sul tema Cerulli Irelli (2007).

25. Diversi d.P.C.M. hanno previsto, tra l'altro, la limitazione o sospensione di attività mediante le quali le persone esercitano quotidianamente diritti e libertà.

operare nelle more dell'adozione di un nuovo d.P.C.M. e che si tratti di interventi giustificati da *“situazioni sopravvenute di aggravamento del rischio sanitario”* proprie della Regione, che introducano misure *“ulteriormente restrittive”* delle attività sociali e produttive esercitabili sul territorio della Regione²⁶.

L'orientamento della giurisprudenza amministrativa in corso di pandemia non ha, sostanzialmente, messo in dubbio la legittimità del rapporto tra fonti primarie e provvedimenti amministrativi così come tracciato nel D.L. n. 19 del 2020. I tribunali amministrativi regionali convergono sull'interpretazione del dato normativo, nel senso che le misure restrittive da adottare con d.P.C.M., provvedimento amministrativo a contenuto generale²⁷, vengono dettagliatamente predeterminate dalla fonte primaria²⁸, residuando alla discrezionalità dell'Autorità amministrativa di individuare l'ampiezza della limitazione in ragione dei riscontri epidemiologici frutto dell'attività di un organo tecnico scientifico. È la fonte primaria a stabilire il contenuto della restrizione della libertà, demandando ad un atto amministrativo la commisurazione dell'estensione di tale limitazione²⁹. L'atto amministrativo è dell'amministrazione centrale (d.P.C.M. o decreto ministe-

26. In dottrina si è parlato di un fenomeno recessivo dell'autonomia regionale, notazione condivisibile se riferita a circoscrivere il potere di ordinanza alle misure restrittive, tanto che il D.L. n. 33 del 2020 ha previsto anche l'adozione su base regionale di misure di diversificazione *“ampliative”* nei soli casi e nel rispetto dei criteri previsti dai d.P.C.M. e d'intesa con il Ministro della Salute.

27. Il legislatore dispone che si tratta di atti di natura non normativa ma su questa definizione non si può non condividere l'osservazione di Staiano (2020, p. 537-538): *«Poche nozioni, invero, sono più tormentate di quella di normatività: sia in ordine al carattere della innovatività, che, quanto alle ordinanze, assume i tratti specifici della deroga-sospensione delle norme vigenti e della provvisiorietà; sia quanto alla generalità e all'astrattezza, poiché non è sempre agevole tracciare il confine tra la determinatezza-determinabilità e la indeterminatezza indeterminabilità dei soggetti e delle fattispecie riconducibili alla previsione e, frequentemente, gli enunciati sono volutamente fuorvianti, occultando sotto formulazioni generalizzanti il riferimento a casi identificati o, viceversa, presentando come dotati del carattere della determinatezza comandi destinati invece a un universo di soggetti e di casi tanto ampio da non essere definibile se non nell'applicazione.»*

28. Il decreto legge.

29. Si è così orientato il TAR Calabria, sez. I, Catanzaro, sent. 9 Maggio 2020, n. 841; TAR Puglia, sez. III, Bari, sent. 22 Maggio 2020, n. 733; TAR Sicilia, sez. III, Palermo, sent. 25 Settembre 2020, n. 1952.

riale come nel caso in cui compete al Ministro della Salute individuare e dichiarare le zone a diversa colorazione), alle Regioni è dato intervenire solo nei limiti delineati dall'art. 3, comma 1 del D.L. n. 19 del 2020³⁰ e con una espressa compressione di quei poteri di ordinanza che trovano fondamento nell'art. 32 della L. n. 833 del 1978. Infatti, i limiti al potere di ordinanza del Presidente della Regione delineati dal richiamato comma 1, valgono, ai sensi del comma 3 dello stesso articolo, per tutti gli *“atti posti in essere per ragioni di sanità in forza di poteri attribuiti da ogni disposizione di legge pre-vigente”*. La giurisprudenza³¹ ha osservato che *“pur sussistendo in astratto il potere del Presidente della Regione in ambito sanitario – avuto riguardo a quanto disposto sia dall'art. 32 della l. 833/1978, sia dall'art. 3 del d.l. n. 19/2020 – tale potere deve essere esercitato, in concreto, entro i limiti imposti dalla disciplina statale emergenziale e in coerenza con le attribuzioni delle regioni derivanti dalle norme costituzionali; oltre che nel rispetto del principio di leale collaborazione, cui si ispira l'art. 2 del d.l. n. 19/2020”*. In questa prospettiva è “compresso”, allo stesso modo del potere di ordinanza del Presidente della Regione, anche il potere di ordinanza dei sindaci³² così come de-

30. Oltre che al rispetto di quanto previsto dall'art. 120, comma 1 della Costituzione.

31. TAR Sicilia, sez. III, Palermo, sent. 25 Settembre 2020, n. 1952.

32. Il Consiglio di Stato, sez. I, nell'adunanza del 7 Aprile 2020, ha reso il parere n. 735, nell'ambito del procedimento di annullamento governativo straordinario ex art. 138, d.lgs. n. 267 del 200, dell'ordinanza sindacale di Messina del 5 Aprile 2020. Senza entrare nel merito del procedimento, qui rileva la condivisione espressa dal Consiglio di Stato sulla ricostruzione del quadro normativo emergenziale fatta dal Governo: «a seguito dell'emanazione del D.L. n. 19/2020 viene puntualmente delineato il regime delle competenze, accentrando – stante la gravità e dimensione nazionale dell'emergenza – a livello statale il potere di regolamentare gli interventi e le misure di contenimento, in special modo per quanto riguarda le prescrizioni che incidono su diritti anche di rango costituzionale, in relazione alle quali l'ordinamento ha, quindi, stabilito una clausola di salvaguardia generale a tutela dell'unità dell'ordinamento della Repubblica ... finalizzata a contemperare l'esigenza di assicurare, alle Regioni e ai Comuni, adeguati ambiti funzionali volti a consentire mirati interventi sui territori di competenza, rispetto all'evolversi localmente del rischio epidemiologico, con l'esigenza di salvaguardare il ruolo dello Stato di garante dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali di cui all'articolo 117, comma 2, lett. m) della Costituzione». In tale contesto, ha osservato il Ministero, sarebbe ammessa per i Comuni «esclusivamente la possibilità di intervenire con ordinanze all'interno e conformemente alla cornice delineata dai provvedimenti statali, ovvero da quelli regionali, questi ultimi nei limiti specificati dalla disposizione di legge richiamata».

lineato nel TUEL. Il Sindaco in una cornice di riferimento normativo di questo tipo, non è privato del potere di ordinanza *extra ordinem* ma – diversamente da quanto avviene in periodi non qualificabili come emergenze nazionali, in cui l'ordinanza contingibile e urgente vale a fronteggiare un'emergenza locale e può avere finanche attitudine derogatoria dell'ordinamento giuridico – neppure può esercitare il potere di ordinanza travalicando i limiti dettati dalla normativa statale, non solo per quel che concerne i presupposti ma anche quanto all'oggetto della misura limitativa. Il Sindaco, in altri termini, non può adottare, a pena di inefficacia, ordinanze contingibili e urgenti dirette a fronteggiare l'emergenza, in contrasto con le misure statali, né eccedere i limiti di oggetto di cui al comma 1 dell'art. 2 del D.L. n. 19 del 2020³³. Successivamente, il d.l. 16 Luglio 2020, n. 76³⁴, ha abrogato il comma 2 dell'art. 3 d.l. n. 19 del 2020, il quale stabiliva l'inefficacia delle ordinanze contingibili e urgenti dirette a fronteggiare l'emergenza che si ponessero "in contrasto con le misure statali", ovvero eccedessero i limiti delineati anche per i provvedimenti del Presidente della Regione. Ma tale abrogazione, a giudizio della giurisprudenza amministrativa, non ha comportato una espansione 'libera' del potere di ordinanza contingibile e urgente dei Sindaci, quanto piuttosto ha riportato su binari ordinari i presupposti, le finalità e i limiti del potere di decretazione d'ur-

33. Il Sindaco, ad esempio, può introdurre un divieto d'ingresso nel proprio Comune, per un periodo di tempo limitato e solo in presenza di un sopravvenuto aggravamento del rischio sanitario che sia stato oggetto di valutazione adeguata e proporzionata ai dati epidemiologici del territorio in un dato momento. Il potere di ordinanza sindacale è quindi limitato ai casi in cui sia necessaria una risposta urgente – che vada al di là delle misure adottate dal Presidente del Consiglio dei Ministri, dai Ministri competenti e, eventualmente, dalle singole Regioni – a specifiche situazioni che interessino il territorio comunale (T.A.R. Calabria-Catanzaro, sez. I, 18 Dicembre 2020, n. 2077, che ha annullato un'ordinanza sindacale contingibile e urgente con la quale si è disposta la sospensione delle attività didattiche delle scuole dell'infanzia, delle primarie e delle secondarie di primo grado, sia pubbliche che private, ricadenti nel territorio del Comune), su presupposto che in mancanza di specifiche esigenze locali «il Sindaco non può sostituire il proprio apprezzamento, per quanto prudente e ponderato, alla valutazione epidemiologica e al bilanciamento degli interessi operato dall'Autorità governativa ed, eventualmente, dalle singole Regioni».

34. Convertito con modificazioni, con la legge 11 Settembre 2020, n. 120.

genza. Pertanto, il fondamento normativo del potere sindacale di ordinanza, in caso di emergenza sanitaria, è da individuare nell'art. 32, comma 3, della legge n. 833 del 1978 e nell'art. 50 del d.lgs. n. 267 del 2000³⁵.

La tenuta del rapporto tra decreto legge e d.P.C.M. sembra, allora, poggiare su di un rapporto di coesistenzialità tra norme di portata generale e atti di dettaglio che devono determinare la misura concreta della restrizione. Mentre i poteri di ordinanza di Presidente della Regione e del Sindaco sono solo residuali, finalizzati a risolvere emergenze specifiche determinate da fatti sopravvenuti che comportano aggravamento del rischio sanitario esclusivamente sul territorio locale, sorte nell'arco temporale tra l'adozione di due d.P.C.M.³⁶. Sono poteri che vanno esercitati attivando un minimo di collaborazione con l'amministrazione centrale consistente nel dovere di informativa. L'adozione del nuovo d.P.C.M. determina il venir meno dell'efficacia dei provvedimenti restrittivi antecedentemente emanati in ambito locale, fatti salvi gli effetti prodotti. Nel corso della pandemia, però, non sono mancate disposizioni legislative che hanno ulteriormente

35. T.A.R. Calabria-Catanzaro, sez. I, sentenza 18 Dicembre 2020, n. 2077. Il G.A. così ne spiega le ragioni: «Innanzitutto perché, contrariamente opinando, la naturale pluralità di misure adottate dai sindaci minerebbe la risposta unitaria e organica a una crisi sanitaria di carattere planetario [...]. Ma soprattutto perché, sul piano strettamente normativo, non sussistono quegli ambiti di 'vuoto ordinamentale' nel contesto del quale è ammissibile l'esercizio di poteri contingibili e urgenti». In coerenza si esprime anche T.A.R. Emilia-Romagna, Bologna, sez. I, decr. caut. 15 Gennaio 2021, n. 30, con il quale viene sospesa l'efficacia dell'ordinanza del Presidente della Giunta regionale 8/1/2021, n. 3, nella parte in cui aveva disposto che sull'intero territorio regionale le istituzioni scolastiche secondarie di secondo grado svolgessero esclusivamente attività didattica tramite ricorso alla didattica digitale integrata. Sostiene il G.A.: «l'impugnata ordinanza regionale va immotivatamente (e in definitiva ingiustificatamente) a comprimere in maniera eccessiva (se non a conculcare integralmente) il diritto degli adolescenti a frequentare di persona la scuola quale luogo di istruzione e apprendimento culturale nonché di socializzazione, formazione e sviluppo della personalità dei discenti, condizioni di benessere che non appaiono adeguatamente (se non sufficientemente) assicurate con la modalità in DAD a mezzo dell'utilizzo di strumenti tecnici costituiti da video-terminali (di cui peraltro verosimilmente non tutta la popolazione scolastica interessata è dotata); l'attività amministrativa di adozione di misure fronteggianti situazioni di pur così notevole gravità non può spingersi al punto tale da sacrificare *in toto* altri interessi costituzionalmente protetti, dovendo l'agire della P.A. svolgersi in un quadro di bilanciamento delle tutele di entrambe le esigenze pubbliche in rilievo, quella sanitaria e quella del diritto all'istruzione».

compreso i poteri di ordinanza del Presidente della giunta regionale, come il D.L. n. 33 del 2020, che all'art. 1, comma 13, ha attribuito in via esclusiva al potere regolamentare del Presidente del Consiglio dei Ministri, la competenza ad adottare, mediante d.P.C.M., misure per fronteggiare l'emergenza dirette ad incidere sulla disciplina delle attività scolastiche, didattiche, formative, escludendo così una potestà derogatoria delle Regioni sia in senso restrittivo che ampliativo.

Andando avanti nel periodo di pandemia, il legislatore dell'emergenza ha ulteriormente puntualizzato gli spazi lasciati alle ordinanze regionali. Ad esempio, il decreto-legge n. 44 del 1° Aprile 2021, ad oggetto *Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da Covid-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici*³⁷, all'art. 1, comma 5, dispone che dal 7 Aprile al 30 Aprile 2021, i Presidenti delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano possono disporre l'applicazione delle misure stabilite per la zona rossa, nonché ulteriori, motivate, misure più restrittive tra quelle previste dall'articolo 1, comma 2, del decreto-legge n. 19 del 2020, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 1: a) nelle province in cui l'incidenza cumulativa settimanale dei contagi è superiore a 250 casi ogni 100.000 abitanti; b) nelle aree in cui la circolazione di varianti di Sars-CoV-2 determina alto rischio di diffusività o induce malattia grave.

5. La difficile applicazione dei principi di precauzione e di prevenzione in assenza di un affidabile ed efficiente sistema informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione pubblica

Uno dei punti critici sta nel come il potere amministrativo stabilisce di volta in volta la estensione e la intensità della misura, il che vuol dire

36. Si tratta di misure interinali "ulteriormente restrittive" da adottare in via d'urgenza, nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e con efficacia limitata fino a tale momento.

37. Decreto-legge convertito con modificazioni dalla L. 28 Maggio 2021, n. 76.

come utilizza i principi di precauzione (Barone, 2020)³⁸, proporzionalità³⁹, ragionevolezza. Criticità che emerge quando non c'è sintonia tra le decisioni assunte ai diversi livelli territoriali di governo, sintonia che, ad esempio, spinge a scrivere in un d.P.C.M. che «Si continuano ad applicare le misure di contenimento più restrittive adottate dalle regioni, anche d'intesa con il Ministro della Salute, relativamente a specifiche aree del territorio regionale»⁴⁰. Formula che suona come una clausola di salvezza con la quale si esclude la portata recessiva dei provvedimenti regionali adottati.

Il riferimento ai principi di precauzione, proporzionalità e ragionevolezza chiama in gioco anche la qualità della legislazione in materia di coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione pubblica e l'organizzazione e gestione che ne discende.

L'emergenza da pandemia ha messo in evidenza punti di criticità e

38. Il d.P.C.M. 9 Marzo 2020 e il d.P.C.M. 11 Marzo 2020 con i quali sono state imposte alle persone misure fortemente compressive della loro libertà hanno a loro fondamento il principio di precauzione. L'attuazione del principio di precauzione comporta che, ogni qual volta non siano conosciuti con certezza i rischi indotti da un'attività potenzialmente pericolosa, l'azione dei pubblici poteri debba tradursi in una prevenzione anticipata rispetto al consolidamento delle conoscenze scientifiche (cfr., *ex multis*, Cons. Stato, sez. IV, 11 Novembre 2014, n. 5525 e sez. V, 18 Maggio 2015, n. 2495).

39. Le misure di contenimento introdotte per fronteggiare l'epidemia da Covid-19 dovrebbero essere adottate, oltre che sulla base del "principio di precauzione", anche sulla base dei "principi di ragionevolezza, adeguatezza e proporzionalità", richiamati espressamente dalle fonti primarie, prima dal D.L. n. 19, poi dal D.L. n. 33 del 2020. In merito al rapporto tra i predetti principi, il Consiglio di Stato, richiamando le indicazioni di indirizzo in merito alle condizioni di applicazione del principio di precauzione fornite dalla comunicazione della Commissione Europea del 2 Febbraio 2020, ha precisato che: «Nel conseguente bilanciamento delle più opportune iniziative di contenimento del rischio, la scelta del c.d. "rischio zero" entra in potenziale tensione con il principio di proporzionalità, il quale impone misure "congrue rispetto al livello prescelto di protezione" ed una conseguente analisi dei vantaggi e degli oneri dalle stesse derivanti: dunque, non è sempre vero che un divieto totale od un intervento di contrasto radicale costituiscano "una risposta proporzionale al rischio potenziale", potendosi configurare situazioni e contesti specifici che rendono una tale strategia inopportuna, inutilmente dispendiosa, se non sostanzialmente improduttiva. In siffatte ipotesi, per coniugare in modo bilanciato esigenze di precauzione e di proporzionalità, la Commissione suggerisce di modulare l'azione cautelativa in relazione alla evoluzione dei suoi risultati, sottoponendo le misure adottate ad un'opera di controllo e di "revisione, alla luce dei nuovi dati scientifici", (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza n. 6655 del 3 Ottobre 2019).

40. Così dispone l'art. 8 del d.P.C.M. del 10.4.2020, ad oggetto ulteriori disposizioni attuative ad oggetto misure urgenti applicabili sull'intero territorio nazionale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19.

fragilità di sistema nel momento in cui l'Amministrazione per prendere delle decisioni ha dovuto, e ancora deve, leggere e valutare dati che sono, a loro volta il frutto di un'attività di raccolta e di elaborazione⁴¹.

La giurisprudenza amministrativa sostiene che per essere legittimo, l'«intervento amministrativo in precauzione» deve presupporre «l'esistenza di un rischio specifico all'esito di una valutazione quanto più possibile completa, condotta alla luce dei dati disponibili che risultino maggiormente affidabili e che deve concludersi con un giudizio di stretta necessità della misura, all'esito dell'analisi dei vantaggi e degli oneri dalle stesse derivanti»⁴². Le conoscenze della tecnica e della scienza per incidere utilmente sull'attività amministrativa hanno bisogno di dati significativi, affidabili e trattati correttamente. Ora se dati e parametri non sono certi, quanto meno attendibili, il più possibile condivisi è davvero difficile prendere delle decisioni che possano trasfondersi in provvedimenti amministrativi che, seppure opinabili, siano quanto meno ragionevoli. Solo così le circostanze di fatto possono essere valutate in modo consapevole e possono portare a conclusioni anche di tipo negativo, nel senso di negare la possibilità di trarre dal sapere scientifico un valido apporto in termini di conoscenza e, di conseguenza, far prevalere una discrezionalità che orienti l'amministrazione a prendere decisioni a favore della sicurezza. Decisioni dove il diritto sia ragionevolmente svincolato dalle conoscenze scientifiche (Clemente di San Luca, 2021)⁴³.

41. Presidente del Consiglio di Stato, Filippo Patroni Griffi, nella *Relazione sull'attività della giustizia amministrativa* nel 2020 (2 Febbraio 2021), p. 7, da uomo delle istituzioni ha offerto un quadro confortante anche se non ha potuto fare al meno di osservare «una qualche criticità nella diffusione dei dati e delle informazioni sull'epidemia, sì da renderne difficile prima la consapevolezza e poi il controllo sociale; la comunicazione di dati e delle informazioni sulla pandemia, poi, non sempre è stata impeccabile e tempestiva: opacità, incertezze e cambi repentini ne hanno talvolta minato l'efficacia».

42. T.A.R. Calabria-Catanzaro, sez. I, sent. 18 Dicembre 2020, n. 2075. L'intervento in precauzione deve nel caso essere adottato solo all'esito dell'esame dei vantaggi e degli oneri risultanti dall'azione o dall'assenza di azione e deve essere proporzionale e non discriminatorio (v. Corte di Giustizia UE, Sex I, 9 Giugno 2016, n. C-78/16 e C-79/16; Comunicazione della Commissione europea del 2 Febbraio 2000).

43. Clemente di San Luca (2021, p. 108) «La manifesta incertezza e/o imprecisione della scienza rende complicatissima la scelta politica e la decisione amministrativa. Tuttavia,

Un sistema informativo statistico e informatico a servizio dei decisori pubblici dovrebbe consentire di poter aggregare e disaggregare dati e informazioni in modo da avere costantemente monitorata la situazione nella sua evoluzione sia su scala nazionale che su distinte scale territoriali, quanto meno coincidenti ai livelli istituzionali territoriali (Clemente di San Luca, 2021)⁴⁴.

Nella disciplina dell'esercizio del potere di ordinanza abbiamo visto che il legislatore dell'emergenza pandemica ha costruito il rapporto tra le sedi decisionali distinte su base territoriale attribuendo una competenza generale all'amministrazione statale, lasciando ai decisori di livello regionale e comunale uno spazio interinale per affrontare urgenze peculiari proprie del territorio di competenza. Per legittimare un intervento su base locale occorre quindi che l'Amministrazione di turno rappresenti la necessità di una scelta maggiormente cautelativa ispirata ai principi di precauzione o prevenzione e nel rispetto del principio di proporzionalità. Per avere contezza di come in concreto hanno agito queste Amministrazioni e di quanto sia determinante, per valutare la legittimità o meno del provvedimento, fare riferimento ai dati sulla base dei quali motivare una misura specifica interinale e più restrittiva, torna utile verificare come la giurisprudenza amministrativa ha approcciato il tema.

Dal punto di vista della motivazione del provvedimento rileva che la misura più restrittiva sia giustificata da dati scientifici adeguatamente esplicitati, comprovati e riferiti all'ambito territoriale interessato dall'applicazione della misura medesima⁴⁵.

Il contenuto, la qualità dei dati, la loro interpretazione consente di valutare anche se è stato correttamente utilizzato dall'amministrazione il

nonostante i fatti restino non spiegati inconfutabilmente dalla comunità scientifica, la decisione pubblica va comunque assunta seguendo *logica e ragionevolezza*».

44. Clemente di San Luca (2021, p. 102) «permane una notevole incertezza e conseguente confusione, a cominciare dai *dati*, molti dei quali – imprescindibili presupposti strumentali delle scelte – paiono disponibili solo parzialmente. O, per lo meno, vengono resi noti in maniera inadeguata e poco comprensibile».

45. Dal procedimento dovrebbe venire in evidenza il carattere intrinsecamente razionale della decisione e la razionalità dovrebbe essere sostenuta da un impianto di dati.

principio di precauzione piuttosto che quello di prevenzione. La differenza concettuale tra i due è dirimente dal momento che la misura è preventiva quando è finalizzata alla limitazione di rischi oggettivi e provati, mentre quella precauzionale è diretta a limitare rischi ipotetici o giustificati da una serie di indizi privi di efficacia probante, ai quali le regole della scienza e della tecnica non attribuiscono valore di prova⁴⁶.

Il principio di precauzione fa obbligo alle Autorità amministrative competenti di adottare provvedimenti appropriati al fine di scongiurare i rischi potenziali per la sanità pubblica, per la sicurezza e per l'ambiente, senza attendere che siano pienamente dimostrate l'effettiva esistenza e la gravità di tali rischi e prima che subentrino più avanzate e risolutive tecniche di contrasto⁴⁷. Quando una pubblica amministrazione si risolve ad adottare misure precauzionali è perché, pur non conoscendo con certezza i rischi indotti da un'attività potenzialmente pericolosa, decide, comunque, di intervenire a prescindere dal consolidamento delle conoscenze scientifiche (Fracchia, 2019). Seguendo le indicazioni contenute nella Comunicazione della Commissione Europea del 2 Febbraio 2000, il principio di precauzione è applicabile al presentarsi delle due seguenti condizioni: a) la sussistenza di indicazioni ricavate da una valutazione scientifica oggettiva che consentono di dedurre ragionevolmente l'esistenza di un rischio per l'ambiente o la salute umana; b) una situazione di incertezza scientifica oggettiva che riguardi l'entità o la gestione del rischio, tale per cui non possano determinarsene con esattezza la portata e gli effetti. Nella prospettiva della Commissione Europea, l'azione precauzionale è pertanto giustificata solo quando vi sia stata l'identificazione degli effetti potenzialmente negativi (rischio) sulla base di dati scientifici seri, oggettivi e disponibili, nonché di un ragionamento rigorosamente logico e, tuttavia, per-

46. Ad esempio, un fattore di rischio viene considerato sospetto perché non c'è certezza nella raccolta del dato. La precauzione è un criterio orientativo dell'azione umana secondo consapevolezza (dell'incertezza dei rischi) e responsabilità (della gestione dei pericoli). In questo senso si presenta quindi come declinazione del principio di non maleficenza. Sul punto v. Comba-Pasetto (2004).

47. Così il Cons. di Stato, sez. III, sent. n. 6655 del 2019.

manga un'ampia incertezza scientifica sulla 'portata' del suddetto rischio. La Commissione Europea non manca di ricordare il principio di precauzione con quello di proporzionalità, affermando che, una volta ritenuto necessario agire in via di precauzione, le misure da adottare dovrebbero essere proporzionali rispetto al livello di protezione prescelto, non discriminatorie nella loro applicazione, coerenti con misure analoghe già adottate, frutto di una ponderazione tra i potenziali vantaggi e oneri dell'azione o dell'inazione⁴⁸. La misura precauzionale deve essere temporanea e soggetta a revisione alla luce di eventuali nuovi dati scientifici (Cintioli, 2020). Sul piano giurisprudenziale, il giudice amministrativo italiano⁴⁹ ritiene che il principio di precauzione, i cui tratti giuridici si individuano sul binomio analisi dei rischi-carattere necessario delle misure adottate, presuppone l'esistenza di un "rischio specifico" all'esito di una valutazione quanto più possibile completa, condotta alla luce dei dati disponibili che risultino maggiormente affidabili e che deve concludersi con un giudizio di stretta necessità della misura⁵⁰. Il provvedimento deve specificare quali dati siano stati utilizzati per arrivare a prendere la decisione; come dati di diversa natura⁵¹ siano messi tra loro in relazione, quali criteri siano utilizzati per ordinarli e per elaborarli. Solo attraverso una rigorosa ricostruzione del percorso seguito⁵² sarà possibile corroborare e difendere come plausibile, an-

48. Penna (2020) osserva che «Il rapporto tra scienza e diritto, ma prima anche tra scienza e istituzioni, produce una forma di scienza né pura, né applicata, bensì una "*policy-related science*", chiamata a inquadrare le problematiche in virtù delle loro possibili soluzioni attraverso politiche pubbliche. Ne deriva dunque che il principio di precauzione possa essere declinato secondo diverse intensità, a fronte di un'analisi dei costi-benefici relativi all'adozione di misure di contenimento più o meno drastiche».

49. In coerenza con il riconoscimento che ha il principio di precauzione in ambito europeo, oltre alla sentenza riportata nella nota precedente, Cons. di Stato, sez. IV, sent. n. 5525 del 2014 e sez. V, sent. n. 2495 del 2015; Cons. Giust. Amm. Sicilia, sent. n. 518 del 2015; Cons. di Stato, sez. IV, n. 1240 del 2018; Cons. di Stato, sez. III, sent. n. 6655 del 2019.

50. Se da un lato la conoscenza umana è per definizione limitata, dall'altro non si può sottovalutare l'esistenza di tecniche di calcolo del rischio e di elaborazione dei dati sempre più sofisticate.

51. Ad esempio, dati epidemiologici e dati statistici.

52. La trasparenza della valutazione del rischio è un passaggio essenziale nell'adozione di misure precauzionali (Barone, 2020).

che se opinabile, la decisione presa. Nella decretazione di urgenza/emergenza per Covid-19 il profilo della opinabilità è rilevante dal momento che c'è stata, soprattutto nella prima fase di gestione dell'emergenza pandemica, l'impossibilità per gli esperti in materia, virologi e immunologi in prima linea, di assumere una posizione inequivoca rispetto al livello di virulenza dell'elemento patogeno. Successivamente questo profilo continua a incidere sull'agire amministrativo dal momento che sono ancora molte le zone grigie in cui si trovano dati importanti. Basti pensare ai criteri con i quali si raccolgono e si gestiscono i dati relativi ai tamponi effettuati; all'esito dei tamponi; a come si classificano le persone che risultano positive al Covid-19; a come si raccolgono i dati che riguardano i pazienti ospedalizzati; quelli che riguardano i pazienti trattati a domicilio.

Solo attraverso una pianificazione condivisa su scala nazionale tra amministrazioni centrali e quelle periferiche che riguardi la strategia della raccolta, del trattamento, della gestione e della interpretazione dei dati, condotta utilizzando criteri altrettanto condivisi, è possibile ricostruire una realtà dei fatti sufficientemente e ragionevolmente plausibile per consentire ai pubblici poteri di prendere decisioni non arbitrarie, semmai opinabili ma ragionevoli e frutto di un apprezzamento ponderato su dati attendibili⁵³.

53. Nel settore della sanità il tema della raccolta, del trattamento e dell'utilizzo dei dati è particolarmente delicato, come osserva Miccù (2021): «Il rischio costante, infatti, è che lo stesso legislatore determini situazioni a diritti ineguali, nelle quali la compressione del diritto alla riservatezza dei dati sanitari risulti formalmente scriminata dalla tutela della salute individuale e collettiva, ma avvenga attraverso una lesione irragionevole delle ulteriori situazioni giuridiche coinvolte. E anche nelle ipotesi in cui detto rischio non si inveri a livello normativo, l'implementazione della digitalizzazione sanitaria necessita in ogni caso di un forte supporto informativo da parte del Ministero della Sanità e del Garante, funzionale a ridurre la asimmetria informativa che, specie nell'attuale contesto epidemiologico, rende più appetibili agli utenti della rete le *fake news* sui diritti sanitari piuttosto che la corretta esegesi normativa di questi ultimi».

Bibliografia ***

- AGOSTA S., *La leale collaborazione tra Stato e Regioni*, Milano, 2008.
- ALLEGRETTI U., *Il trattamento dell'epidemia di "coronavirus" come problema costituzionale e amministrativo*, in *Forum di Quad. cost.*, 1, 2020.
- ANZON A., *Flessibilità dell'ordine delle competenze legislative e collaborazione tra Stato e Regioni*, *Giur. Cost.*, 2003.
- BALBONI E., *Autonomie o centralismo contro il coronavirus*, in *Quad. cost.*, 2020.
- BARONE A., *Il diritto del rischio*, Milano, 2006.
- BARONE A., *Brevi riflessioni su valutazione scientifica del rischio e collaborazione pubblico-privato*, in *federalismi.it*, focus - Osservatorio Emergenza Covid-19, n. 1, 2020.
- BIFULCO R., *L'onda lunga della sentenza 251/2016 della Corte costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 3/2017.
- BILANCIA F., *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, in *Dir. pubbl.*, 2020.
- CALAMO SPECCHIA M., *Principio di legalità e stato di necessità al tempo del "COVID-19"*, in *Osservatorio Aic*, n. 3/2020.
- CARDONE A., *"Decisione algoritmica" vs Decisione politica? A.I Legge Democrazia*, Napoli, 2021.
- CARLASSARE L., *Regolamenti dell'Esecutivo e principio di legalità*, Padova, Cedam, 1966.
- CATELANI E., *Centralità della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome durante l'emergenza Covid-19? Più forma che sostanza*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2020. Disponibile in: <http://www.osservatoriosullefonti.it>.
- CECCHETTI M., *La Corte "in cattedra"! Una emblematica "sentenza-trattato" che si proietta ben oltre le contingenti vicende storiche della disciplina legislativa presa in esame*, in *Le Regioni*, n. 5/2011.
- CELOTTO A., *Che cosa sono i DPCM? (In margine a Consiglio di stato parere n. 850 del 13 Maggio 2021)*, in *Giustamm*, 6, 2021.
- CERULLI IRELLI V., *Principio di legalità e poteri straordinari dell'amministrazione*, in *Dir.publ.*, 2007.
- CINTIOLI F., *Sul regime del lockdown in Italia (note sul decreto legge n. 19 del 25 Marzo 2020)*, in *federalismi.it*, paper - Osservatorio Emergenza Covid-19, 2020.
- CLEMENTE DI SAN LUCA G., *Emergenza pandemica e strumentario giuridico istituzionale*, in *Dir. Pubbl.*, 1, 2021.
- COMBA P., PASETTO R., *Il principio di precauzione: evidenze scientifiche e processi decisionali*, in *Epidemiol. Prev.*, 28/1, 2004.
- CURRERI S., *Il Parlamento nell'emergenza: resiliente o latitante?*, in *Quad. Cost.*, 4/2020.
- D'ATENA A., *L'allocatione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della Corte costituzionale*, *Giur. Cost.*, 2003.
- DE LEONARDIS F., *Il principio di precauzione nell'amministrazione di rischio*, Milano, 2005.
- DELLA GIUSTINA C., *Quel che resta della Costituzione italiana dopo l'emergenza sanitaria COVID-19. Riflessioni in materia di regionalismo differenziato e tecnocrazia*, in *dirittifondamentali.it*, 2020, fasc. II, pp. 1562 ss.

*** Per scelta dell'autore, la bibliografia è stata redatta secondo i criteri adottati dalle principali riviste di giurisprudenza.

- DEMURO G., *La democrazia regionale nell'emergenza pandemica: quali fallimenti della forma dello Stato?* in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. 2/2020. Disponibile in: <http://www.osservatoriosullefonti.it>.
- DI COSIMO G., MENEGUS G., *L'emergenza Coronavirus tra Stato e Regioni: alla ricerca della leale collaborazione*, in *Riv. di Biodiritto*, 1S, 2020.
- FRACCHIA F., *Coronavirus, senso del limite, deglobalizzazione e diritto amministrativo: nulla sarà più come prima?*, in www.ildirittodelleconomia.it, 3, 2019.
- FURLAN F., *Il potere di ordinanza dei Presidenti di Regione ai tempi di Covid19*, in *federalismi.it*, 2020, fasc. 26, pp. 67 ss.
- GENTILINI A., *Dalla sussidiarietà amministrativa alla sussidiarietà legislativa, a cavallo del principio di legalità*, *Giur. Cost.*, 2003.
- LICCIARDIELLO S., *I poteri necessitati al tempo della pandemia*, in *federalismi.it - paper Osservatorio Emergenza Covid-19*, n. 1, 2020.
- LONGO E., *Episodi e momenti del conflitto Stato-regioni nella gestione della epidemia da Covid-19*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. speciale, 2020. Disponibile in: <http://www.osservatoriosullefonti.it>.
- LUCARELLI A., *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2020.
- LUCIANI M., *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Rivista AIC*, 2/2020.
- MAINARDIS C., *Chiamata in sussidiarietà e strumenti di raccordo nei rapporti Stato-Regione*, in *Le Regioni*, 2-3, 2011.
- MANCINI M., *"Il curioso caso della chiamata in sussidiarietà": trasfigurazione e distorsione del modello originario*, in *Ricerche giuridiche*, 2014.
- MANCINI M., *La resistibile ascesa, l'inesorabile declino e l'auspicabile rilancio del principio di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, n. 5-6, 2013.
- MANDATO M., *Il rapporto Stato-Regioni nella gestione del Covid-19*, in *Nomos*, 2020, fasc. 1.
- MANGIA A., *Emergenza, fonti-fatto, e fenomeni di delegificazione temporanea*, in *Rivista AIC*, 2/2021.
- MANGIAMELI S., *Giurisprudenza costituzionale creativa e costituzione vivente. A proposito delle sentenze n. 303 del 2003 e n. 14 del 2004*, in *Le Regioni*, n. 4-5, 2008.
- MAZZAROLLI L., *"Riserva di legge" e "principio di legalità" in tempo di emergenza nazionale. Di un parlamentarismo che non regge e cede il passo a una sorta di presidenzialismo extra ordinem, con ovvio, conseguente strapotere delle pp.aa. La reiterata e prolungata violazione degli artt. 16, 70 ss., 77 Cost., per tacer d'altri*, in *federalismi.it, Osservatorio emergenza Covid-19*, n. 1, 2020.
- MICCÙ R., *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in *federalismi.it*, 5, 2021.
- MOSCARINI A., *Sussidiarietà e 'Supremacy Clause' sono davvero perfettamente equivalenti?*, *Giur. Cost.*, 2003.
- PENNA T., *Il principio di precauzione tra diritto e scienza nell'emergenza da covid-19*, in *Riv. di Biodiritto*, Online First, 2020.
- PINELLI C., *Il precario assetto delle fonti impiegate nell'emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti fra Stato e Regioni*, in *Astrid Rass.*, 5/2020.
- POGGI A., *Corte Costituzionale e principio di "lealtà" nella collaborazione tra Stato e Regioni per l'esercizio delle funzioni*, in www.federalismi.it, n. 19/2017.

- POLITI F., voce *Decreto ministeriale*, in *Enc. giur.*, V, Milano, 2001.
- ROMANO TASSONE A., *Sui rapporti tra legittimazione politica e regime giuridico degli atti dei pubblici poteri*, in *Studi in onore di Leopoldo Mazza*, Padova, 2007.
- RUGGIU I., *Il principio di competenza tra flessibilizzazione ed esigenze unitarie nelle sentenze della Corte costituzionale n. 303 del 2003 e n. 14 del 2004*, in *Le Regioni*, n. 4-5, 2008.
- SAPORITO A., *Il principio di leale collaborazione al tempo dell'emergenza sanitaria*, in *dirittifondamentali.it*, 2020, fasc. II.
- SCACCIA G., *Sussidiarietà istituzionale e poteri statali di unificazione normativa*, Napoli, 2009.
- STAIANO S., *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Riv. AIC* 2, 2020.
- TRABUCCO D., *Sull'(ab)uso dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri al tempo del Coronavirus: tra legalità formale e legalità sostanziale*, in *Astrid Rass.* 5/2020.

Résumé

La pandémie de Covid 19 a affecté plusieurs niveaux fonctionnels de l'administration publique, soulevant des problèmes de collaboration, de coordination, d'articulation des pouvoirs et de compatibilité des rôles et des compétences.

Des problèmes qui ont été transposés au niveau des relations entre les mesures générales adoptées par les différents niveaux institutionnels et qui, parfois, ont nécessité une solution judiciaire. Ces questions critiques ont mis en avant des fractures systémiques dans l'exercice des pouvoirs publics dans un état d'urgence, dont les origines sont d'une autre nature. Une première fracture découle des différents degrés de légitimité politique des organes gouvernementaux aux différents niveaux territoriaux. Une deuxième fracture concerne le système des sources et la base constitutionnelle sur laquelle légitimer la construction de la "chaîne de régulation de l'urgence". Une autre fracture mine la relation entre les fonctions législatives et administratives et découle des limites existantes dans la législation sur la coordination de l'information et des statistiques et de l'informatique des données de l'administration étatique, régionale et locale.

Cet article propose, par le biais de quelques arrêts jurisprudentiels, une lecture des dynamiques qui ont mis en évidence ces fractures.

Mot-clé: La pandémie de Covid 19 et l'administration publique, différents niveaux territoriaux, l'état d'urgence, l'administration étatique, régionale et locale, la législation sur la coordination de l'information et des statistiques.

Resumen

La pandemia de Covid 19 ha repercutido en los distintos estratos funcionales de la administración pública, lo cual plantea problemas de formación, coordinación, enlace y compatibilidad de funciones y competencias. Estos Problemas fueron trasladados al plano de las relaciones entre aquellas disposiciones de contenido general adoptadas por los distintos planos institucionales y que, a veces, requirieron una solución de tipo judicial. Estas cuestiones fundamentales han puesto de manifiesto fracturas en el ejercicio de los poderes públicos en un régimen de emergencia cuyos orígenes son de distinta naturaleza. Una primera fractura tiene su origen en la diferente intensidad de la legitimidad política de los órganos de poder en los

distintos niveles territoriales. Una segunda fractura se refiere al sistema de fuentes y a la base constitucional sobre la que legitimar la construcción de la catena normativa de la emergencia. Otra ruptura socava la lista de funciones legislativas y administrativas y es el producto de los límites existentes en la legislación sobre la coordinación de los datos estadísticas e informáticos de la propia administración estatal, regional y local. Este trabajo ofrece, a través de algunas detenciones de la jurisprudencia, una interpretación de las dinámicas que han puesto de manifiesto estas fracturas.

Palabra clave: La pandemia de Covid 19 y la administración pública, los distintos planos institucionales, régimen de emergencia, administración estatal, regional y local, la legislación sobre la coordinación de los datos estadísticas e informáticos.

Salute e pandemia nel contesto sanitario italiano

GIOVANNI DE SANTIS*

Abstract

Healthcare in Italy finds its full implementation in the Act 833 of 1978 with the birth of the National Health Service and the establishment of Local Health Units. Based on the concepts of universality, equality and globality, the assistance was divided into three stages: Districts-Family Medicine, Widespread Hospitalization and Highly Speciality. The following transformation into a Local Health Authorities and the slow decommissioning of the Local Medicine Districts, combined with the closure of Small Hospitals, have implemented, with the Covid-19 pandemic emergency, the massive and harmful use of the sick in the Emergency Room, causing an increase in contagion on entire population sections and the crisis of the health structure of the Country.

Keyword: Italy, health, Covid-19 pandemic, health service

1. Premessa

È essenziale nel quadro della trattazione sull'evoluzione dell'assistenza e cura sanitaria in Italia, specie in presenza di una realtà cui nessuno era assolutamente preparato come l'esplosione a livello globale della pandemia innescata dal ceppo virale SARS-CoV-2, causa della sindrome Covid-19 (da ora Covid-19), ripercorrere il percorso legislativo compiuto al fine di comprendere quale sia oggi la realtà di un Paese che proprio nella tutela

* Dipartimento di Lettere, Lingue, Letterature e Civiltà antiche e moderne dell'Università degli Studi di Perugia, e-mail: giovanni.desantis@unipg.it.

della salute aveva riposto uno dei principi basilari sanciti della nostra Costituzione.

Onde poter meglio conoscerne il *trend* evolutivo che, a parere di molti, nonostante le negatività in cui si può incorrere, come chiaramente emerso proprio durante la pandemia, quello italiano è e resta uno dei sistemi più funzionali al mondo¹, si è ritenuto utile e necessario compiere un rapido *excursus* sulla sanità nazionale. Infatti, dall'Unità d'Italia ai nostri giorni, si sono succeduti molteplici passaggi legislativi fino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), avvenuta con la Legge 833 del 1978, e la relativa nascita delle Unità Sanitarie Locali (USL), successivamente trasformate in Azienda Sanitarie Locali (ASL) con inevitabili conseguenze sul fronte economico-finanziario oltre che assistenziale.

Nostro obiettivo è pertanto quello di illustrare, nel complesso, come siano evoluti, a seguito dei passaggi avvenuti con le diverse riforme sanitarie, il sistema di gestione, l'efficienza delle strutture sanitarie e l'efficacia dei servizi, al fine di cercare di individuare le varie criticità che, essendo in un contesto di una pandemia quasi sconosciuta, possono essere emerse. Non vanno, inoltre, dimenticati i problemi e le conseguenti difficoltà connessi al rapporto Stato-Regioni sulla salute, divenuta materia concorrente, che hanno raggiunto il proprio acme in questa occasione. A ciò si aggiunge la costante, cattiva gestione della spesa da parte della classe politica, difficilmente conforme ai principi normativi, e i continui tagli che ha subito il comparto sanità ad opera dei vari Governi nell'ultimo trentennio e che nel corso di questa emergenza hanno ancor più evidenziato una drammatica criticità.

Tuttavia, prima di addentrarci nel tema più generale relativo alla gestione della salute e alle sue implicazioni sul tessuto sociale ed economico della popolazione, nonché sulle ripercussioni che si possono generare nel contesto territoriale, si ritiene opportuno delineare il concetto di salute.

1. Per quanto concerne la situazione dei sistemi sanitari in Europa, ma che possono essere presi a modello per l'intero globo, è utile la consultazione di ASSIDAI [1] e dello studio di Fasano, Mignolli ed Altri (2015).

2. *La salute*

Per salute si deve intendere l'assenza di malattie: era questo il concetto dominante fino al 1948 ed era un concetto semplice e facilmente comprensibile, che in definitiva riteneva che è in salute soltanto chi non è ammalato e viceversa.

A seguito degli orrori e delle catastrofi della Seconda Guerra Mondiale si era istillato tra i Paesi e tra i popoli un grande desiderio di pace, di libertà, di sviluppo sereno fino a trovare il suo sbocco naturale nell'istituzione di un organismo sovranazionale il cui fine dichiarato sarebbe stato quello di impedire il ripetersi di tante atrocità. Nasceva così, con sede a New York, l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) con le sue numerose e specifiche agenzie tecniche. Il 26.6.1945 gli Stati vincitori, Cina, Francia, Russia, UK e USA, insieme ad altri 44 Paesi si riunirono a San Francisco dove, il 24.10.1945, emanarono lo Statuto e fissarono per il 10.1.1946, la data della prima assemblea generale a Londra. Ma, insieme al desiderio di pace, cresceva e diveniva sempre più impellente anche il desiderio dei popoli di migliorare le proprie condizioni di vita, rivendicandone il diritto. Tutto ciò trovò una prima risposta nelle enunciazioni di principio della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (New York, 1948), che al suo interno poneva le premesse per realizzare anche un nuovo concetto di salute.

Nel frattempo (22.7.1946) era nata l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO), agenzia tecnica dell'ONU deputata ai problemi riguardanti la salute pubblica che, nel Preambolo della Costituzione recitava:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattie o di infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti. Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti.

La nuova e innovativa concezione di salute fu poi sintetizzata, art. 1 dello Statuto, nella frase:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o di infermità.

Definizione questa cui da sempre si ispira, di norma, la linea politica dell'OMS, orientandone tutte le sue attività e a cui ogni deliberazione, atto o programma, proposta o suggerimento dell'OMS agli Stati membri (che oggi sono 194) fa riferimento. Questo nuovo concetto è tuttora pienamente condiviso e confermato dal punto di vista scientifico, tecnico e politico² e non si può nascondere che il suo impatto sia stato enorme nel campo della cultura, delle scienze e delle politiche sanitarie. Affermare l'idea di salute in positivo come benessere fisico, mentale e sociale della persona, e non in senso negativo come faceva intendere tradizionalmente la mera assenza di malattia, ha fatto mutare anche la prospettiva in campo medico. Infatti, pur discutendosi ancora sull'“essere in salute” (ad esempio la Conferenza Internazionale di L'Aia del 2009 “*Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health*”), e fermo restando l'impegno quasi esclusivo nella lotta contro le malattie, è emersa impellente la prospettiva di una maggiore tutela e promozione della salute, come confermato nella Dichiarazione di Alma Ata³ che all'art. 1

2. Molteplici sono, però, i punti di vista da prendere in considerazione per un esame globale del rapporto salute-malattia. Queste brevi note possono essere ulteriormente approfondite anche attraverso la consultazione della relazione di Chiara De Santis (2015, pp. 133-146), dove, in una trattazione puntuale ed esaustiva, le relative problematiche vengono trattate specificatamente in chiave pedagogico-filosofica, come espressamente dichiarato e motivato dall'Autrice

“la discussione su ciò che effettivamente può essere indicato come ‘salute’, appare più che mai aperta e attuale, soprattutto a partire dalla considerazione del profondo cambiamento registrato dal quadro epidemiologico negli ultimi anni, con la sempre maggiore diffusione di patologie croniche e la conseguente necessità di rivedere il concetto di salute, in termini di equilibrio dinamico tra l'individuo e l'ambiente. La riflessione critica su tale dibattito appare estremamente rilevante ai fini di una valutazione della gestione della salute nella sua complessità. In particolare, si evidenzia così anche il contributo delle scienze umane, e della riflessione pedagogica in particolare, a partire dalla considerazione dell'atto educativo come un processo di crescente partecipazione della popolazione e del singolo alla tutela della propria salute”.

3. Questa Dichiarazione, sottoscritta ad Alma Ata nell'ex URSS (*Alma Ata Declaration on*

“...ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario”.

3. La salute in geografia

In campo più specificamente geografico, come dice Palagiano (1996, p. 41) “la geografia interessa piuttosto la salute di interi gruppi umani, cioè le forme morbose che, colpendo allo stesso modo più individui, sono in grado di generare fenomeni geograficamente significativi, tali comunque da modificare le relazioni geografiche in un determinato territorio”. Pertanto, diviene fondamentale lo studio delle relazioni che nascono e si determinano nei rapporti tra l’uomo, visto nel suo insieme (società), l’ambiente, sia esso naturale o costruito. In un tale contesto non può mancare l’analisi sull’efficienza delle strutture sanitarie, evidenziandone la loro presenza, più o meno diffusa, e la distribuzione sul territorio, la loro accessibilità (cioè la possibilità per l’utente di usufruire tempestivamente del servizio di cui ha bisogno ad un costo sostenibile), la dotazione di infrastrutture, atte a rendere più o meno adeguato il servizio offerto e la sua tipologia. Essenziale è però la qualità del servizio offerto nel complesso che sfocia, inevitabilmente, nel concetto di equità, indissolubilmente legato a quello della già evidenziata accessibilità alle strutture e alle cure, più o meno facilitata dalle regole imposte dal sistema stesso. Quest’aspetto risulta centrale, specie in un periodo di pandemia come quello che stiamo

primary health care) nella Conferenza Internazionale sull’Assistenza Sanitaria Primaria (1978), sottolinea la necessità impellente che gli operatori sanitari, i governi e l’intera comunità internazionale mettano in essere strategie sanitarie volte ad ottenere un miglior livello di salute della popolazione in tutte le aree del mondo e non solo in quelle dei Paesi ricchi, tanto da coniare il motto, che in effetti ha sortito pochissimi risultati, “Salute per tutti entro il 2000”. Questa netta dicotomia Paesi ricchi/Paesi poveri è esplosa chiaramente nell’odierna pandemia Covid-19 non solo nella sua gestione sanitaria, ma soprattutto in quella vaccinale, a causa della scarsissima disponibilità di dosi somministrate come risulta ben evidente nella fig. 1.

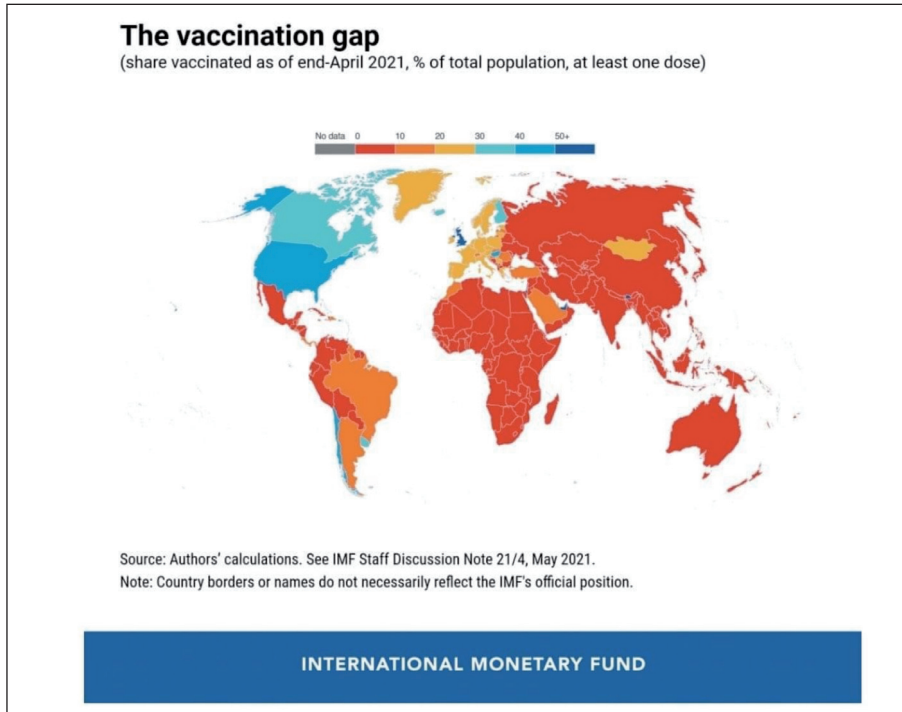
vivendo oggi a causa del Covid-19, con strutture sanitarie al collasso non solo nei Paesi in via di sviluppo ma anche in quelli più industrializzati, avendo coinvolto intere popolazioni tanto che al 14 maggio 2021 risultavano 160.686.749 casi confermati nel mondo dall'inizio della pandemia con 3.335.948 morti. Ciò ha evidenziato ancor più la necessità di poter usufruire di servizi essenziali come quelli che dovrebbero essere garantiti dalla sanità che nell'esistenza dei presupposti concetti di equità e di efficienza ha i propri capisaldi fondamentali.

La grande disuguaglianza, ancor più evidenziata dalla pandemia di questo nuovo coronavirus (Covid-19), esistente tra i Paesi industrializzati e i Paesi in via di sviluppo, pur se presente anche in passato, è attualmente fortemente penalizzante e trova il suo punto focale proprio nella diversa presenza e fruizione di tali servizi e nel diverso approccio che ne scaturisce nei riguardi della malattia. Infatti, l'incidenza di ogni singola malattia è strettamente collegata alle condizioni economiche, sociali e ambientali e, di conseguenza, sanitarie che caratterizzano gli spazi in cui dimorano le popolazioni.

Nei Paesi industrializzati, infatti, sono stati realizzati notevoli progressi nella lotta alle malattie, specialmente per quelle infettive e parassitarie la cui mortalità era scesa, prima del Covid-19, intorno all'1-2% del totale, con conseguente forte aumento della speranza di vita. Diversa la situazione nei Paesi in via di sviluppo, dove la mortalità infantile tende a raggiungere punte allarmanti soprattutto per l'insufficienza delle risorse che questi Paesi possono destinare, non solo alla cura, ma anche alla prevenzione e alla vaccinazione, che, in presenza di una qualsiasi pandemia, diventano basilari per garantire la salute dell'intero "sistema terra", come si può vedere, oggi, dall'andamento delle somministrazioni del vaccino (fig. 1). È questo uno degli aspetti più inquietanti⁴ perché potrebbe coin-

4. In questo contesto, purtroppo, si sono inserite, in modo sempre crescente, le spinte verso la privatizzazione del servizio sanitario pubblico, demandando la cura a soggetti privatistici o anche attraverso la stipula di assicurazioni. Se da una parte il privato, e non è detto, potrebbe fornire un migliore servizio, dall'altra non va dimenticato che l'assistenza sarà sempre migliore per le classi più agiate, perché potranno permettersi coperture assi-

Fig. 1 - Le vaccinazioni nel mondo a fine aprile 2021



volgere e infettare, come nel caso dell'attuale pandemia, l'intera popolazione mondiale. Infatti, mentre nelle società ricche si va sempre più radiciando il concetto di "bene salute" proprio della persona, con conseguenti interventi terapeutici che possano far protrarre nel tempo lo stato di "benessere"⁵, in quelle povere questo concetto non ha diritto di cittadinanza, pur se si riconosce ormai generalmente che la loro salute è garanzia della salute globale.

stenziali per ogni malattia, quindi più costose, mentre le classi meno abbienti non avranno neanche il diritto alla cura, avendo minori disponibilità economiche. L'importanza del servizio pubblico sta proprio nella possibilità di assistenza, esplicita in modo più o meno positivo a seconda delle strutture sanitarie esistenti nel proprio territorio, che garantisca a tutti almeno il diritto di poter salvaguardare la propria salute.

5. Si consulti lo studio di Palagiano (1996) che affronta, nel loro complesso, i caratteri prevalenti del "sistema salute" visti soprattutto in chiave relazionale, tenendo conto del rapporto uomo-ambiente-malattia.

Attualmente ognuno ha la possibilità di venire contestualmente a conoscenza (*mass media*), a livello globale, dei pericoli che colpiscono la società, intesi genericamente come venir meno dello “stato di salute”, antica aspirazione sempre più diffusa e motivata. A livello individuale, invece, ogni singola persona arriva a concepire il “rischio salute” soltanto quando si sente colpita, nel proprio io, da eventi traumatici che determinano la sensazione di “sentirsi male”. In breve, si ha la percezione dell’importanza del “bene salute” e del “ben-essere” solo quando o si sono già persi o si è prossimi a perderli per l’insorgenza di patologie più o meno gravi, e questo è ancor più acuito in presenza di pandemie. Tale constatazione determina, quindi, il passaggio da uno stadio di percezione generale e generica, spesso vissuta con superficialità, a uno di percezione individuale vissuta, questa volta, a livello psichico e fisico, in tutta la possibile traumaticità. Questa partecipazione tende ad allargarsi, nella sua drammaticità, a tutta la sfera familiare, coinvolgendola ed alterandone i ritmi e le ritualità giornaliere. Infatti, non si può mai, o per lo meno di rado, parlare di *percezione individuale oggettiva*, in quanto ogni soggetto ha una sua personalità e una sua specifica risposta all’evento.

La percezione della malattia si proietta, quindi, su tre direttrici principali:

1. *sanitaria*: senza dubbio la più importante in quanto capace di condizionare anche le altre due, dal momento che innesca l’iter rituale della ricerca del medico e della visita con conseguente anamnesi, individuazione e attivazione del “progetto” di cura per “guarire”;

2. *economico-relazionale*: si configurano le eventualità di minor capacità di guadagno per l’impossibilità o per la riduzione dei carichi di lavoro attuabili con ripercussioni, a volte traumatiche, anche per la sfera;

3. *sociale*: a cui è connessa la conseguenza di una più o meno sostanziale modifica dei ritmi di vita, della stessa qualità della vita, del sostegno e/o peso per la famiglia, e per la società in genere, ed in particolare per gli enti preposti alla salvaguardia e alla tutela della salute con varie ripercussioni, a livello generale, sull’intera società.

In ultima analisi, quindi, si comprende facilmente come siano fondamentali la conoscenza della malattia e la presenza e distribuzione delle strutture sanitarie, nonché la loro accessibilità, al fine di permettere una valida azione sanitaria.

4. *La situazione sanitaria italiana precedente alla legge 833 del 1978*

Diversi studiosi si sono cimentati sul tema della salute e della sua gestione con studi e pubblicazioni dedicati a ricostruire la storia della sanità, e cioè l'insieme di tutte quelle norme legislative adottate in un determinato quadro politico e socio-economico. Ciò ha permesso di ridefinire aspetti che rivestivano un carattere squisitamente individuale per poi essere trasferiti in una grande e complicata organizzazione volta alla tutela e alla salvaguardia della salute di tutti i cittadini⁶. Naturalmente le varie scelte sono state condizionate dai cambiamenti storico-politici e sociali che nel corso dei decenni hanno interessato il tessuto sociale della popolazione italiana, come appare dal pur breve esame della storia sanitaria del nostro Paese.

In seguito all'Unità d'Italia, cresce, impellente, l'esigenza, a livello normativo, di regolamentare e creare delle strutture amministrative omogenee per l'intero territorio nazionale, assolutamente deficitarie in materia di assistenza sanitaria. Tale compito viene recepito e attuato attraverso la legge 20.3.1865, n. 2248 rubricata come "*legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia*" che, per la prima volta tratta di sanità come viene oggi intesa perché fino ad allora anche in Italia, come del resto dell'Europa⁷, la tradizione assistenziale rispondeva a seguenti criteri:

6. In riferimento a quanto sarà illustrato nel presente capitolo si rimanda a: Istituto Superiore della Sanità, *Rapporti ISTISAN* (2004); [02]; [03] e [05]. Circa l'evoluzione storica, per quel che riguarda gli avvenimenti tra la seconda metà dell'Ottocento e gli anni antecedenti la riforma del 1978, si rimanda a Cosmacini (1994), mentre per il periodo successivo si rimanda ai testi di Levaggi, Capri (2008) e di Catelani (2010).

7. Si deve così ricordare che il sistema assistenziale inizia a strutturarsi, nella stessa Europa, soltanto nei primi anni del 1600 sotto la spinta e l'egemonia della Chiesa attraverso la costituzione di Congregazioni, dedite alla raccolta di fondi per i poveri, e la creazione di istituzioni di ricovero per poveri in condizioni particolari come orfani, ammalati, ecc. Nel corso del 1800, inoltre, all'obiettivo assistenziale si affianca anche quello educativo che fa

1. l'assistenza era concepita come beneficenza di tipo privatistico e con motivazioni etico-religiose volte ad alleviare i bisogni dei poveri;
2. la Chiesa era l'unica depositaria e custode dell'attività di beneficenza, della sua organizzazione e dell'amministrazione;
3. le Opere pie erano assolutamente indipendenti dal potere civile, che ne era del tutto estraneo.

Con l'unificazione dell'Italia si rompe questo secolare equilibrio, l'industrializzazione e l'urbanizzazione disgregano la grande famiglia patriarcale che rappresentava l'unico sistema di sicurezza sociale. La disoccupazione o la malattia del capofamiglia, unico produttore di reddito, porta la famiglia alla fame, costringe le donne a lavorare fuori casa con ciò che ne consegue per quanto riguarda la crescita e la cura dell'infanzia. Il movimento operaio comincia ad organizzarsi, nascono le prime società di mutuo soccorso e casse come forma di autorganizzazione in caso di perdita del lavoro per malattia o disoccupazione. Lo Stato italiano si trova così a dover affrontare direttamente il tema dell'assistenza e il suo rapporto con essa.

Tale situazione sarà risolta attraverso una molteplicità di interventi volti alla sempre maggiore tutela dei cittadini che si susseguono fino a quella che sancisce la salute come diritto fondamentale della persona, senza alcun vincolo. Si tratta della legge 833 del 1978, cui si giunge con un deplorevole ritardo non ottemperando a quanto sostenuto dall'ONU e dall'OMS che ritenevano la salute un concetto cardine della persona, nonostante che la Costituzione della Repubblica inserisse la tutela e gestione della salute tra i principi fondamentali, come si evince dall'art. 2

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale

aumentare i lasciti e le iniziative a favore delle Opere pie che erogavano servizi e contributi a titolo caritativo. L'assistenza per i bisognosi era ancora concepita come fatto individuale di carattere religioso e paternalistico ed era svolto dalle strutture della Chiesa e/o da borghesi e aristocratici per lo più spinti dalla volontà di redimere e rieducare gli immorali e gli emarginati o quantomeno per controllarli e segregarli in strutture dove non disturbassero l'ordine pubblico costituito.

e ribaditi nel successivo art. 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Proprio specificatamente alla salute fanno, invece, riferimento altri tre articoli della Carta, che costituiscono i capisaldi del diritto etico-sociale del cittadino alla tutela della salute, il 32 che recita:

La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Il quadro delle garanzie sociali viene ulteriormente rafforzato dall'art. 38, che sancisce il diritto alla tutela della salute e all'assistenza sociale quando ritiene che

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano provveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità o vecchiaia, disoccupazione volontaria. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera⁸.

Di enorme importanza, per le notevoli implicazioni che avrebbe poi avuto nella gestione della sanità pubblica (materia concorrente Stato-Regione), era l'art. 117 che individuava nell'Ente Regione, ancora da istituire, l'attore principale dal momento che recita

La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre Regioni: (omissis) beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera...

8. Per dare piena attuazione organica a questi diritti bisognerà attendere l'8.11.2000 con l'approvazione della 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

In ambito sanitario, purtroppo, la promulgazione della Carta costituzionale non impresso una svolta decisiva nella realizzazione di riforme, anzi, i cambiamenti furono molto lenti e ci vollero diversi anni prima che l'intero comparto sanitario registrasse un'evoluzione adeguata. Negli stessi anni, infatti, siamo nel 1947, mentre il governo del Regno Unito sistemava organicamente il diritto alla salute e alla sua tutela, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service*), in Italia si insisteva ancora su una politica di protezione assicurativo-previdenziale contro le malattie e gli infortuni. Per mere ragioni di interesse furono, in effetti, rigettate anche le proposte di fusione in un unico ente di tutte le gestioni assicurative e di estensione della previdenza contro le malattie a tutti i lavoratori, permettendo il perpetrarsi di tante disuguaglianze tra cittadini.

Nel frattempo, mentre si stava dando attuazione ad un altro dettato della Costituzione che interessava la salute e cioè l'istituzione dell'Ente Regione⁹, gestore primario in materia sanitaria, viene, con la legge 296 del 13.3.1958, istituito il Ministero della Sanità che accorpa le funzioni dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità, coadiuvato dal Consiglio Superiore di Sanità (consultivo) e dall'Istituto Superiore di Sanità (tecnico-scientifico).

5. Dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale alla pandemia Covid-19

Finalmente, dopo vari altri passaggi, l'Italia cambia decisamente marcia con la promulgazione della legge 833 del 23.12.1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), basato sui principi di universalità e unitarietà dei servizi offerti, che all'art. 1, supera il sistema degli enti mutualistici¹⁰:

9. L'attuale testo dell'art. 117 della Costituzione, modificato dall'art. 3 della legge costituzionale n. 3 del 18.10.2001 (Modifiche al titolo V della Parte seconda della Costituzione) recita che "La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali" ed assegna alle Regioni *la tutela della salute* come materia di legislazione concorrente con lo Stato, riservando, però, ad esse la potestà legislativa.

10. In riferimento a quanto sarà illustrato nel presente capitolo si rimanda a Istituto Su-

Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Attuando quanto indicato dal già citato art. 32 della Costituzione, i principi fondamentali su cui si basa la riforma sanitaria, possono essere esplicitati nella

- *Universalità*, le prestazioni sanitarie devono essere pienamente garantite a tutti i cittadini, senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;

- *Uguaglianza*, tutti i cittadini, secondo le loro necessità ed i loro bisogni, devono godere delle stesse prestazioni;

- *Globalità*, tale principio impone di considerare la persona nella sua interezza e non in rapporto alla tipologia della malattia, con l'importante conseguenza che determina l'attivazione dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

La legge, che stabiliva che la salute non è solo “cura” ma anche “prevenzione” e “riabilitazione”, tende a razionalizzare la spesa sanitaria mediante lo strumento della programmazione nazionale e regionale e della pianificazione locale al fine di garantire maggiore uniformità delle prestazioni nelle diverse aree del Paese e maggiore equità tra i cittadini, indipendentemente dalle differenze di censo, cultura, area territoriale. Infatti, il SSN si basava fondamentalmente su:

- affidamento della gestione della Sanità non solo allo Stato ma anche alle Regioni e agli Enti locali, quindi diventa una materia concorrente¹¹;

periore della Sanità, *Rapporti ISTISAN* (2004) e agli studi di Coppola, Capasso ed Altri (2008) e di Signorelli (2009).

11. Di grande interesse quanto Demarco (2020, pp. 373-74) scrive in merito alle tante diatribe Stato-Regioni sorte durante la pandemia da Covid-19.

“Se si considerano poi le misure adottate a livello regionale, pur a fronte della diversa in-

- istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) con il compito di gestire gli ospedali e tutti gli altri servizi su base territoriale;
- suddivisione del territorio di ogni USL in Distretti Sanitari di Base allo scopo di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello;
- possibilità per le strutture private di erogare servizi sanitari gratuiti, purché convenzionate.

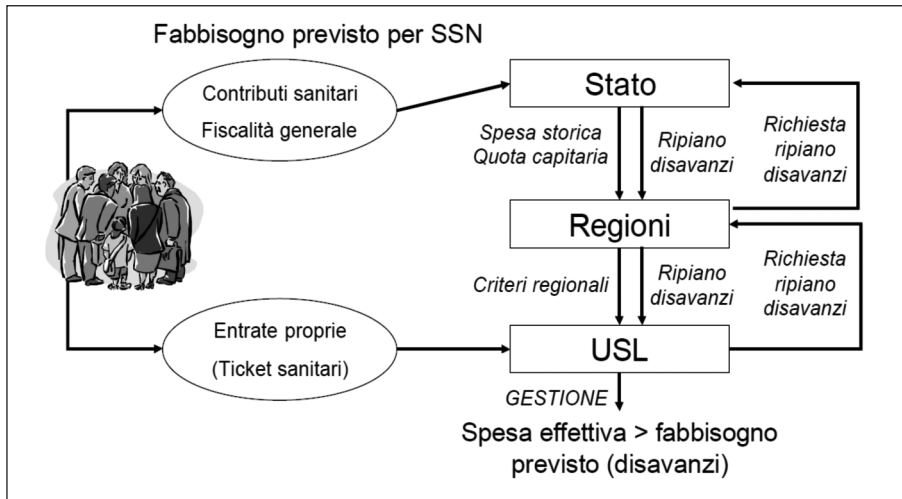
Da quanto enunciato, emerge chiaramente che la spesa doveva essere proporzionata alla disponibilità di risorse, fatta salva l'entità dei bisogni e la garanzia delle prestazioni (Istituto Superiore della Sanità, 04/18 e Signorelli, 2009), messe a disposizione del SSN attraverso il Fondo Sanitario Nazionale¹², ripartito tra le Regioni che, a loro volta, lo trasferivano alle USL. Segue il Piano Sanitario Nazionale che dà le linee di indirizzo e le modalità di svolgimento, oltre agli obiettivi da realizzare nel triennio (fig. 2).

cidenza della pandemia che ha raggiunto il culmine in Lombardia, non si possono non rilevare le diversità ed a volte anche le contraddizioni tra talune prese di posizione degli organi di governo di varie Regioni – basti considerare il diverso approccio registratosi tra la Lombardia ed il Veneto, anch'esso colpito in notevole misura dalla pandemia anche se non allo stesso livello della Lombardia – ed anche tra alcune Regioni e lo stesso Governo nazionale. Per non dire dei diversi atteggiamenti, in termini di misure di contenimento, registratisi nei Comuni ed anche tra taluni dei principali Comuni e le stesse Regioni, atteggiamenti non sempre giustificati dal grado di incidenza del “covid-19”; e comunque, anche dal punto di vista del numero oltre che dei contenuti, non può non sorprendere la congerie di ordinanze regionali, di provvedimenti delle amministrazioni comunali sui più diversi oggetti e dai più diversi contenuti”.

Basti pensare ai quasi 400 provvedimenti delle Regioni e delle Province autonome – nella stragrande maggioranza ordinanze – fino al 3 maggio 2020; ed alle numerose altre ordinanze sempre delle Regioni e delle Province autonome emesse nelle successive due settimane con l'avvio della c.d. “fase 2” fino al 3 maggio 2020 ai sensi del DPCM del 26 aprile 2020, ma solo con aperture molto ridotte nelle successive due settimane e non senza qualche margine di ambiguità e interrogativo senza risposta

12. Al fine di determinare l'importo complessivo da stanziare, si usavano criteri demografici fondati sul numero e l'età della popolazione nazionale, in base ai quali si calcolava la cd. “quota capitaria”, per ricavarne il fabbisogno di spesa di ciascuna Regione. Il finanziamento, pertanto, era retto dai principi della cd. finanza derivata e dai trasferimenti, che, però comportavano, al fine di garantire uniformità ed efficienza nella tutela del diritto alla salute, la forte centralizzazione statale delle scelte di spesa. Tuttavia, tale sistema, sebbene retto da principi condivisibili, comportava uno scarso senso di responsabilità da parte delle amministrazioni regionali e locali, dal momento che nelle finanziarie era sempre assicurata la “copertura” dei deficit. L'assegnazione alle Regioni, infatti, avveniva sulla base della cd. “spesa storica”, cioè l'attribuzione di finanziamenti riferibili non tanto ai reali bisogni della comunità e alla domanda di salute, quanto alle esigenze di bilancio

Fig. 2 - Sistema di finanziamento accentrato



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, *Rapporti ISTISAN* (2004)

Dal punto di vista istituzionale, il SSN era stato articolato su tre livelli:

1. *livello nazionale:*

a) organi di indirizzo: Parlamento, Consiglio dei Ministri, Ministero della Sanità, Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE);

b) organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di proposta, di studio, di consultazione e di amministrazione attiva: Consiglio Sanitario Nazionale (CSN), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL);

2. *livello regionale:* per l'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria (soprattutto sul piano organizzativo) rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e per l'espletamento di funzioni amministrative proprie o delegate dallo Stato;

3. *livello locale:* USL, Comuni, Distretti Sanitari di Base.

delle amministrazioni, il che, certo, non spingeva le Regioni a corrette valutazioni sulle modalità d'impiego delle risorse.

5.1. *Il punto di rottura dell'equilibrio*

A seguito dei tagli economici che riducevano le già scarse risorse destinate alle Regioni, spesso neanche gestite efficacemente – ne sono testimoni i *mass media* –, e il conseguente indebitamento delle USL e degli ospedali, anche questi interventi fortemente innovativi hanno richiesto successive modifiche e aggiustamenti che obbligavano lo Stato, per ripianare questi debiti, a fare maggiore ricorso all'aumento della pressione fiscale generale e a rivolgersi sempre più al mercato e all'apporto dei privati. A seguito di ciò si rese necessario, il 30.12.1992, approvare il D.Lvo 502, modificato dal D.L.vo 517/93 che, riordinando l'intera materia sanitaria, dava inizio a quel processo di aziendalizzazione, proprio dei modelli di gestione delle aziende private. Viene, così, trasformata completamente, e non certo in meglio a causa della sempre crescente privatizzazione, la gestione dei servizi, grazie al passaggio da Unità Sanitaria Locale (USL) ad Azienda Sanitaria Locale (ASL) e ad Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO). Ciò permette l'inevitabile inserimento di fattori di mercato nel rapporto domanda/offerta, anche perché ad ASL e ASO è, oltretutto, attribuita autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale: si accetta, così, il principio che ad ogni servizio prestato debba necessariamente corrispondere un prezzo (la tariffa). Inoltre, al fine di ottenere il pareggio di bilancio, si instaura lentamente il sempre maggiore coinvolgimento del privato nella gestione, soprattutto in quei servizi economicamente più remunerativi, dimenticando che ciò, naturalmente, avrebbe costretto a sempre maggiori esborsi i cosiddetti "clienti" sanitari. Tale situazione viene ancor più acuita dall'approvazione del D.L.vo 229 del 19.6.1999, meglio conosciuto come "Decreto Bindi" che, rafforzando la natura aziendale delle ASL e delle ASO¹³, introduceva il concetto di autonomia imprenditoriale, potendosi,

13. Le Aziende Sanitarie Ospedaliere sono state istituite soprattutto per garantire servizi e prestazioni di alta specialità, ma in moltissimi casi svolgono ormai la mera funzione di semplice ospedale di primo intervento, sostituendosi così alle strutture gestite dalle ASL cui sottraggono i propri pazienti affetti da normali patologie. Da ciò deriva un grave danno economico alle stesse ASL, obbligate a pagare le prestazioni (il cosiddetto PRUO)

queste, costituire anche in aziende con personalità giuridica pubblica con l'intento di cercare la razionalizzazione della spesa sanitaria generale, avendo questa ormai raggiunto livelli tali da non garantire più la piena attuazione di quanto pensato e stabilito con la nascita del SSN. Valga per tutti l'esempio del numero delle Unità istituite che, per la necessità di riduzione dei costi (enorme l'esborso retributivo di direttori generale, sanitario e amministrativo), viene drasticamente ridotto di numero che dalle oltre 650 della 833/1978 passa alle 197 del 2000 fino alle 99 di oggi con relativo aumento del carico demografico, infatti, se nel 2005 ogni singola ASL in media gestiva 321.600 abitanti, oggi lo stesso ufficio deve controllare lo stato di salute di un numero quasi doppio di cittadini.

Inoltre, con il passare degli anni e sotto la spinta della sempre crescente privatizzazione, purtroppo, viene indebolita, di fatto, la suddivisione prevista dal SSN nei tre livelli distinti, a scapito soprattutto di quelli meno remunerativi, ma più presenti sul territorio. La sanità, ma anche la scuola, diventano per molti governi i bancomat per risolvere i tanti problemi economici che investono il Paese e così, mentre da una parte aumentano i tagli alle strutture e agli addetti con forte detrimento della cura e assistenza dei pazienti, dall'altra cresce sempre più la necessità di richiedere contributi economici e compartecipazione alla spesa delle varie prestazioni da parte di chi usufruisce dei servizi (i cosiddetti *ticket*).

Di conseguenza vengono a perdere importanza, quando non vengono chiusi, i servizi di primo livello come i Distretti territoriali, spesso ritenuti non essenziali, con il benservito ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), cui si accoda ben presto la chiusura di quella che potremmo chiamare "Ospedalizzazione diffusa sul territorio", grazie alla presenza di vari nosocomi atti a fornire cura ed assistenza alle popolazioni limitrofe, permettendo, così, di garantire una reale e più facile accessibilità alle strutture e alla cura specie nelle aree più disagiate, stante la geomorfologia italiana. Si assiste così alla chiusura di tanti Ospedali accorpandone i servizi, con con-

erogate dalle ASO per "clienti" che avrebbero dovuto ricevere quanto necessario presso le strutture di pertinenza delle ASL (De Santis A.M., 1998).

seguente drastica riduzione di organici e posti letto passati, per meri risparmi economici, da 6 ad appena 2,5 posti per mille abitanti. Tutto ciò ha determinato, nel caso specifico della pandemia di Covid-19, la totale carenza dei Servizi Territoriali di Base e il conseguente ricorso agli Ospedali Maggiori e ai relativi Pronto Soccorso. L'inevitabile conseguenza è stata quella di far accrescere a dismisura la possibilità del contagio e l'esplosione di ricoveri e di decessi e tale situazione non ha interessato soltanto specifiche aree, ma si è riscontrata in gran parte del territorio italiano.

A tale proposito, ritengo necessario, per una migliore comprensione del problema, esaminare alcuni esempi di ristrutturazioni che si sono protratti nel tempo, come in Umbria, dove vivo ormai da oltre 50 anni. Da quando vi arrivai nel lontano 1968 – si era in piena contestazione studentesca – ho potuto seguire l'evoluzione, spesso in negativo, della situazione sanitaria regionale che ha visto passare la suddivisione territoriale da 12 Unità Sanitarie Locali (USL) a 2 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e a 2 Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO). Tale ristrutturazione, che potrebbe essere nel complesso positiva, specie se non si pensa alla drastica chiusura dei piccoli ospedali, presenta, tuttavia, forti criticità soprattutto perché le due ASO, di Perugia e Terni, curano in realtà i pazienti "clienti" rispettivamente dell'ASL 1 e dell'ASL 2, rendendo così quasi inutile la loro stessa esistenza, dal momento che svolgono, molto spesso, la semplice funzione di ospedali territoriali, quando di regola, dovrebbero gestire l'alta specialità. Inoltre, le popolazioni locali hanno subito gravi danni con il notevole declassamento dei 94 Distretti territoriali previsti dalla legge istitutiva del SSN, che, distribuiti capillarmente, svolgevano attività di prevenzione, di diagnosi e cura con caratteri socio-assistenziali. A questi si aggiungevano 77 consultori familiari pubblici, garantendo un servizio di primo livello tale da soddisfare quei bisogni che non richiedevano ricoveri ospedalieri (De Santis e Patella Scola, 1995, pp. 293-94). Inoltre, la riorganizzazione della rete ospedaliera, per effetto degli interventi cosiddetti di razionalizzazione, ha comportato la riconversione o l'accorpamento di molte strutture. Infatti, mentre nel 1991 l'Umbria (con una popolazione di 810.623

unità) poteva giovare di ben 24 strutture con una dotazione complessiva di 5.112 posti letto di cui 4.886 nelle strutture pubbliche e 226 nelle 5 case di cura private convenzionate, con una disponibilità, in totale, di 6,28 posti letto per 1.000 abitanti, si è ridotta oggi drasticamente a 17 strutture (di cui tre riabilitative). La loro dotazione complessiva, grazie alla chiusura di ben 7 strutture pubbliche e alla perdita complessiva di 1.819 posti letto, assommava, al 31.12.2019 (con una popolazione di 882.015 abitanti), a 2.812 posti letto, pari a 3,18 posti letto per 1000 abitanti, di cui 2.557 posti letto nelle strutture pubbliche e 255 nelle 5 private. Tutto ciò si è ripercosso sulla dotazione degli addetti, drasticamente ridottasi che, nel complesso dei dipendenti sanitari, oggi assomma a 10.769 unità, di cui 8.227 nel ruolo sanitario (Regione Umbria, 2020). Tutto ciò fa facilmente comprendere come, all'esplosione della pandemia, le stesse strutture siano risultate altamente insufficienti alle richieste di cura dei malati e le amministrazioni siano state costrette a far ricorso all'attivazione di ospedali da campo, con notevoli esborsi finanziari e deficitaria assistenza sanitaria anche per l'assoluta mancanza di personale medico e ospedaliero, cui si è cercato di porre rimedio con l'assunzione a tempo determinato di studenti e specializzandi in medicina.

Un altro esempio emblematico di scarsa lungimiranza politico-sanitaria è stato quello che ha portato alla chiusura del complesso romano del Forlanini, storico nosocomio di Roma. Inaugurato nel 1934, era stato concepito come il sanatorio di Roma per i malati di tubercolosi, anche grazie ad una struttura ospedaliera di 170.000 mq inserita in un contesto ambientale ottimale. Ospedale delle malattie polmonari, aveva sei reparti di Pneumatologia, dal 2015 parzialmente accorpati al San Camillo, ed una chirurgia toracica trasferita allo Spallanzani. Nel complesso, vantava circa 800 posti letto e vari laboratori e poliambulatori cui si aggiungeva, dal 2011, un'unità di crisi per cure residenziali intensive per post comatosi. La non accorta gestione dei servizi sanitari, purtroppo per il Lazio, genera forti disavanzi economici ed il Commissario *ad acta* (Nicola Zingaretti) deve fare importanti tagli, e a farne le spese è anche l'ospedale Forlanini

che, nonostante manifestazioni popolari, *sit-in*, conferenze stampa ed iniziative legali, perde la sua funzione originaria. La destinazione di quegli spazi è però rimasta sempre incerta. Oggi una struttura d'eccellenza come questa sarebbe stata di enorme aiuto per combattere la pandemia, tanto che al suo posto si è reso necessario realizzare strutture temporanee ed occasionali.

Un ultimo aspetto non marginale e che ha creato forti attriti che non hanno giovato alla gestione della pandemia, va ascritto ad una legislazione concorrente. Infatti, alle decisioni dello Stato centrale, cui spetta il compito di fornire il quadro di riferimento tale da rendere uguale la gestione della salute sull'intero territorio nazionale, si è spesso sovrapposta la complessa e, a volte, farraginoso e divergente legislazione delle varie Regioni, che, seguendo criteri meramente politici e non rivolti al bene comune, si sono spesso posti addirittura in netta contrapposizione con le norme sancite dallo stato centrale. Tali negative realtà contrapposte Stato-Regioni hanno, in molti casi, caratterizzato l'evoluzione della pandemia di Covid-19, con conseguenze a volte disastrose nella gestione della cura, in quanto diverse regioni si sono mosse in ordine sparso, adottando, a volte, decisioni non sempre coerenti con la grave situazione generale del Paese, costretto a convivere con una fortissima mortalità e terapie intensive al collasso.

6. Conclusioni

La politica del ridimensionamento del numero degli ospedali con conseguente riduzione dei posti letto doveva essere supportata da una parallela e capillare crescita dei servizi territoriali; ciò non si è però assolutamente verificato in molte Regioni, anzi quasi la metà di queste è ancora invischiata nei Piani di rientro dal disavanzo che hanno, a loro volta, determinato una conseguente ulteriore riduzione dell'offerta sanitaria. Di fatto, il risultato di questa drastica operazione di ristrutturazione sanitaria di riduzione dei posti letto unita alla mancata implementazione dei servizi territoriali ha provocato l'intasamento dei Pronto Soccorso ospedalieri con

il moltiplicarsi di situazioni limite, tanto che al momento la rete ospedaliera appare vicina al collasso in molte zone del Paese e soprattutto in alcune grandi città come Roma, Napoli, Genova, Torino e Milano.

Proprio con l'approvazione della riforma del 1978 che istituiva, in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale, si veniva a colmare quella grave carenza che permetteva di essere in buona salute o di accedere alle cure soltanto a chi poteva disporre di adeguati mezzi finanziari, lasciando molti abitanti nella necessità, che, purtroppo, si va registrando anche oggi per la grave crisi economico-finanziaria, di dover scegliere tra curarsi o mangiare.

È stata quella del 1978 l'epocale riforma, spesso snaturata da successivi interventi politici, della Sanità in quanto da un sistema mutualistico riservato a specifiche e ben individuate categorie, si è passato ad un sistema universalistico gratuito, che ha portato l'Italia tra gli Stati con maggiore – forse oggi è il caso di dire che avevano portato – attenzione e sensibilità verso il *welfare state* e riconosciuta la necessità di fornire strutture sempre più adeguate per una consapevole ed efficace tutela e cura della salute. Purtroppo oggi si deve assistere alla caduta quasi verticale dell'assistenza territoriale costituita dalle strutture e dalle risorse di personale deputate all'assistenza di base, sia di tipo medico sia diagnostico e ad altri servizi come l'assistenza fornita in strutture residenziali o semiresidenziali con un'offerta capillarmente distribuita sul territorio rispetto a quella di tipo ospedaliero. Questa forma di assistenza ruota attorno alla figura del medico di famiglia, che rappresenta il principale riferimento per le cure di base del cittadino. Tale servizio, che svolge un ruolo importante, sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria da parte di persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute, deve essere fortemente rappresentato dalla presenza di strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Si rende, quindi, oltremodo necessario ritornare allo spirito della legge 833 del 1978 per porre fine, si spera a medio termine, a tutte le disfunzioni che si sono registrate durante la pandemia del 2020-21, ancor più acute dal non aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale. Diventa ormai ineluttabile, sulla base del-

l'esperienza dei mesi scorsi aprire un confronto a tutto campo sulla necessità urgente di una riforma della nostra sanità che debba puntare soprattutto sull'implementazione del servizio pubblico, integrato dall'apporto del privato. Il punto centrale, tuttavia, è quello di rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria, assistenza domiciliare...). È questa la strada per rendere realmente esigibili i "Livelli Essenziali di Assistenza" e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile con la telemedicina, con l'assistenza domiciliare integrata, ripristinando la gratuità del servizio offerto, dal momento che la salute è un diritto e non devono esistere assicurazioni sanitarie, come invece accade nel Sistema presente in USA. Inoltre è divenuto essenziale applicare, finalmente, l'omogeneizzazione e standardizzazione (costi standard) dei livelli di spesa tra le diverse aree geografiche del Paese, così da permettere una drastica e razionale riduzione della spesa sanitaria, ormai fuori controllo, e mantenere, in piena efficienza, tutti quei servizi necessari per una corretta e opportuna gestione della salute dell'intera popolazione, già chiamata, purtroppo, a contribuire con *ticket*, spesso elevati, per avere le prestazioni di cui ha bisogno.

Bibliografia

- AA.VV., "La Geografia della salute", *Sistema Terra*, 1(1994), pp. 6-43.
- AKTHAR R., "Changing map of malaria in India", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Le strutture sanitarie tra pubblico e privato*, "Atti Quinto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 1-3.12.1994", Perugia, Rux, 1995, pp. 445-454.
- ARENA G., "La qualità della vita in Italia", PALAGIANO C. (a cura di), *Geografia della salute in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1989, pp. 282-304.
- ARMOCIDA G., "La Geografia medica di ieri e di oggi", *Studi e ricerche della CCIAA di Varese*, relazione presentata al 43° Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana degli Insegnanti di Geografia, Varese 28-31.8.2000, Varese, CCIAA, 2000, pp. 23-31.
- ARTONI R., *Elementi di Scienze delle Finanze*, Roma, il Mulino, 2007, pp. 221-254.
- BAGGIO A.M., *Etica ed Economia. Verso un nuovo paradigma di fraternità*, Roma, Città Nuova, 2005.
- BALDACCIO O., *Geografia generale*, Torino, Utet, 1974.
- CAPUA I., *Il dopo. Il virus che ci ha costretto a cambiare mappa mentale*, Milano, Mondadori, 2022.
- CATELANI A., *Trattato di diritto amministrativo. La sanità pubblica*, vol. 40, Padova, Cedam, 2010, pp. XIV-280.
- CREMONESE A., "Il Sistema Sanitario Italiano: una Configurazione Regionale del Modello Pubblico", Roma, Libreria Universitaria degli Studi Sociali (LUISS), *Quaderno di ricerca*, 152(2008), pp. 11-15.
- DE SANTIS C., "Gestione della salute: una prospettiva pedagogica", DE SANTIS G. (a cura di), *Gestione della salute. Atti Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia medica, Perugia 18-20.12.2014*, Perugia, Guerra Edizioni, 2015, pp. 55-74.
- DE SANTIS G., "Qualità della vita e malattie croniche in Italia", BRANDIS P. - SCANU G. (a cura di), *La qualità della vita e la Geografia della salute, La Sardegna nel mondo mediterraneo*, "Atti IV Convegno Internazionale Pianificazione territoriale e ambiente, Sassari-Alghero 15-17.4.1993", Bologna, Pàtron, 1995, 11, pp. 225-241.
- DE SANTIS G. - PATELA SCOLA L.V., "Le strutture sanitarie in Umbria", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Le strutture sanitarie tra pubblico e privato*, "Atti Quinto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 1-3.12.1994", Perugia, Rux, 1995, pp. 285-306.
- DE SANTIS G., "Il concetto di salute nel rapporto uomo-ambiente-malattia. Dalla percezione della salute alla geografia medica", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute*, "Atti Sesto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 4-6.10.1997", Perugia, Ed. Rux, 1998, pp. 375-384.
- DE SANTIS G., "La malaria in Italia tra il XIX e il XX secolo", ROMAGNOLI L. (a cura di), "Per una storia e una geografia della epidemiologia in Italia, Atti del Convegno - Roma 26.3.1999", *Geografia*, 22(1999), n. 1-2, pp. 108-119.
- DE SANTIS G., "Dalla cura della malattia alla riconquista della salute. Percorsi di Geografia medica", PALAGIANO C. (a cura di), *Linee tematiche di ricerca geografica*, Bologna, Pàtron, 2002, pp. 143-163.
- DE SANTIS G., "Gestione della salute", De Santis G. (a cura di), *Atti Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia medica, Perugia 18-20.12.2014*, Perugia, Guerra Edizioni, 2015, pp. 133-146.
- DE SANTIS M.A., "Un nuovo metodo di valutazione della qualità dell'assistenza: il protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale (PRUO)", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute, Atti Sesto Seminario Internazio-*

- nale di Geografia medica*, Roma 4-6.10.1997", Perugia, Ed. Rux, 1998, pp. 411-419.
- DINUCCI M., *Il sistema globale 2000*, Bologna, Zanichelli, 2000.
- DONATI P. - MASPERO G., *Dopo la pandemia: Rigenerare la società con le relazioni*, Roma, Città Nuova, 2021, pp. 160.
- EYLES J. - WOODS J.K., *The social Geography of Medicine and Health*, London, Croom Helm, 1983.
- FASANO A. ed Altri, "I sistemi sanitari nell'UE28: una nuova tipologia multidimensionale", DE SANTIS G. (a cura di), *Gestione della salute. Atti Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia medica*, Perugia 18-20.12.2014, Perugia, Guerra Edizioni, 2015, pp. 147-151.
- GILI BORGHET A.M., *Geografia, Ambiente, Salute*, Torino, Ed. Libreria Cortina, 1991.
- IOSSA FASANO A. - RIZZI R., *Ospitare e curare*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2004), *Servizi socio Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/1978 alla devolution*, a cura di AGAZIO E. - SALERNO P. ed Altri, 2004, III, pp. 28 (Rapporti ISTISAN 04/18).
- JONES K. - MOON G., *Health, Disease and Society: A Critical Medical Geography*, New York, Routledge & Kegan Paul Ltd., 1987.
- LEVAGGI R. - CAPRI S., *Economia sanitaria*, Milano, FrancoAngeli, 2008.
- NAVA F., *Il focolaio: da Bergamo al contagio nazionale*, Roma-Bari, Laterza, 2020.
- PALAGIANO C., *Geografia e Medicina*, Roma, Il Bagatto, 1981.
- PALAGIANO C., *L'ambiente climatico e l'uomo*, Roma, Il Bagatto, 1982.
- PALAGIANO C., "La geografia medica", CORNA PELLEGRINI G. (a cura di), *Aspetti e problemi della geografia*, Settimo Milanese, Marzorati ed., 1987, vol. I, pp. 465-507.
- PALAGIANO C. (a cura di), *Geografia della salute in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1989.
- PALAGIANO C., "La salute artificiale", MECO G. - CARUNCHIO V. (a cura di), *Ambiente e salute, Atti I Congresso Nazionale CIPSMS, Maratea 1988*, Roma, Università di Roma "La Sapienza", 1990, pp. 21-28.
- PALAGIANO C. (a cura di), "La Geografia medica oggi. Problemi teorico-metodologici e applicazioni, Atti del Convegno, Memorie della Società Geografica Italiana, vol. 45, Roma, SGI, 1990.
- PALAGIANO C., *Geografia medica*, Roma, NIS, 1996, pp. 253.
- PALAGIANO C., "Salute e malattia nella prospettiva geoambientale", *Scheda 2001 - Ecologia antropica*, 3(1991), pp. 95-115.
- PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Le strutture sanitarie tra pubblico e privato, Atti Quinto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 1-3.12.1994*, Perugia, Rux, 1995, pp. 285-306.
- PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute*, "Atti Sesto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 4-6.10.1997", Perugia, Ed. Rux, 1998.
- PALAGIANO C. (a cura di), *Linee tematiche di ricerca geografica*, Bologna, Pàtron, 2002.
- PALAGIANO C. - Pesaresi C., *La salute nel mondo: Geografia medica e qualità della vita*, Roma, Carocci, 2011.
- PHILLIPS D.R. - Verhasselt Y. (eds.), *Health and Development*, Routhledge, London, New York, 1994.
- PIANIGIANI O., *Vocabolario etimologico della lingua italiana*, Napoli, Fratelli Letizia, 1988, II ed., s.v. solido, p. 1305.
- QUAMMEN D., *Perché non eravamo pronti*, traduzione di Ciccimarra M.Z., Milano, Adelphi, 2021.
- REGIONE UMBRIA - DIREZIONE SALUTE E WELFARE, *Libro bianco al 31.12.2019*, Perugia, Giunta Regionale, 2020.

- REZZA G., *Epidemie. I perché di una minaccia globale*, Roma, Carocci, 2020.
- RIMATORI V. ed Altri, *Scienze ambientali. Igiene, Geografia, Microbiologia*, Roma, NIS, 1994.
- ROGNINI P., *Comunicare l'ambiente*, Milano, FrancoAngeli, 2020.
- ROMAGNOLI L. (a cura di), "Per una storia e una geografia della epidemiologia in Italia, Atti del Convegno - Roma 26.3.1999", *Geografia*, 22(1999), n. 1-2, p. 144.
- TEDESCHI M., *Il grande flagello. Covid-19 a Bergamo e Brescia*, Brescia, Scholé, 2020, pp. 237.
- VENTURI P. - MONTINARI N. (a cura di), *Modelli e forme organizzative del decentramento: ruolo e sviluppo del Terzo Settore*, Bologna, AICCON, 2005.
- WHO, *Basic documents*, 16th ed., 1, Ginevra, Who, 1965.

Sitografia

- [01] ASSIDAI, *Sanità nel mondo, sistemi a confronto*, <https://www.assidai.it> (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [02] BOTTURA R., *Appunti per una storia della sanità italiana*, da <http://www.societasalutediritti.com> (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [03] SIGNORELLI C., *Note didattiche di organizzazione e legislazione sanitaria*, 2009, da <http://raffrag.files.wordpress.com/2009/10/note-didattiche-di-organizzazione-e-legislazione-sanitaria.pdf>. (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [04] ISTAT, *Istituzioni non-profit in Italia. I risultati della prima rilevazione censuaria*, Anno 1999, Roma, 2001, in http://www.istat.it/dati/catalogo/20011212_00/ (Accesso del 30 aprile 2021).
- [05] BOTTURA R. (<http://www.societasalutediritti.com>) (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [06] DE MARCO E., "Situazioni di emergenza sanitaria e sospensioni di diritti costituzionali. Considerazioni in tema di legittimità al tempo della pandemia da Coronavirus", *Consulta online* (<https://www.giurcost.org>), 2020, fasc. II, pp. 369-377 (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [07] LEVAGGI R., *Sanità in Prima Linea*, www.lavoce.info, 2004 (<http://www.tuttotradirring.it/sanita040318sanita>) (Accesso del 30 Aprile 2021).

Résumé

Les soins de santé en Italie trouvent leur pleine application dans la loi 833 de 1978 avec la naissance du Service National de Santé et la création d'Unités de Santé Locales. Fondée sur les concepts d'universalité, d'égalité, de globalité, l'assistance a été divisée en trois moments de Médecine de Proximité, d'Hospitalisation Généralisée et de Haute Spécialité. La transformation subséquente en Autorités Locales de Santé et le lent déclassement de la Médecine du Territoire, ainsi que la fermeture de Petits Hôpitaux, ont mis en œuvre, à l'occasion de la Pandémie, l'utilisation massive et nocive des malades aux Urgences, provoquant une l'augmentation de la contagion sur des pans entiers de la population et la crise de la structure sanitaire du Pays.

Mot-clé: Italie, Santé, Pandémie de Covid-19, Service de santé.

Resumen

En Italia, la asistencia sanitaria se fundamenta en la Ley 833 de 1978 con la que nació del Servicio Nacional de Salud y se establecieron de Unidades Locales de Salud. Partiendo

de los conceptos de universalidad, igualdad y globalidad, la asistencia se articuló en tres niveles: Medicina Local, Hospitalización Generalizada y Alta Especialización. La posterior transformación en Empresas Local de Salud y el lento desmantelamiento de la Medicina Territorial, combinado con el cierre de Pequeños Hospitales, han implementado, con motivo de la Pandemia de Covid-19, el recurso masivo y nocivo de los enfermos al Servicio de Urgencias y ha extendido el contagio a estratos enteros de la población y la crisis de la estructura sanitaria del país.

Palabra clave: Italia, Salud, Pandemia de Covid-19, Servicio de salud.

**Covid-19: dalla crisi della globalizzazione alla deglobalizzazione.
Le ripercussioni della pandemia sul futuro geopolitico mondiale**

ANDREA PERRONE*

Summary

Covid-19: from the crisis of globalization to deglobalization. The repercussions of the pandemic on the global geopolitical future. The rapid global spread of the Covid-19 virus has strongly highlighted, on multiple and transcalar levels, some problems that emerged worldwide after the end of bipolarism and the advent of the 21st century, i.e. the crisis of globalization which have clear repercussions on the world economic and political situation. The pandemic is entering a phase of global instability, linked to the tensions caused by the trade war between the United States and China, as well as the slowdown of the economy and the growth of populisms. In this sense, the consequences of the pandemic have caused the greatest shock to the international order since the Second World War.

Keywords: Covid-19, clean technology, slowbalization, circular economy, geopolitics.

1. Introduzione

La rapida diffusione a livello planetario del virus Covid-19 ha evidenziato con forza, su piani multipli e transcalari, alcuni problemi emersi a livello mondiale nel trentennio trascorso dalla caduta del Muro di Berlino, associati alla crisi della globalizzazione. Crisi che costituisce l'esito della comparsa di modelli di potere transnazionali, i quali hanno profon-

* Università Telematica eCampus, email: andrea.perrone1@unicampus.it.

damente alterato il tessuto sociale, economico e politico degli Stati-nazione, nonché di vaste aree geografiche sovranazionali e locali.

In tal senso, la pandemia si inserisce in una fase già difficile a livello planetario, definita “deglobalizzazione”, o *slowbalization*, oppure “globalizzazione meno globale” (Dassù, 2020a; Dassù. Menotti, 2020b), legata al progressivo rallentamento del fenomeno della mondializzazione dei mercati e della finanza, che ha origine nelle tensioni in corso provocate dalla guerra commerciale fra Stati Uniti e Cina – con il rischio incombente di una “Trappola di Tucidide” (Allison, 2018; Korinman, 2020) o di una convivenza in parte cooperativa e in parte conflittuale (Jean, 2020) – nonché nel conseguente rallentamento dell’economia mondiale e nella crescita di sovranismi e populismi (Bremmer, 2018).

Il quadro geopolitico internazionale è ulteriormente aggravato dagli effetti della pandemia, che costituisce il più grande *shock* all’ordine internazionale dalla Seconda Guerra Mondiale.

Gli studiosi ritengono che il coronavirus avrà effetti strutturali e irreversibili sul quadro geopolitico internazionale. A pesare ulteriormente sul futuro del pianeta, oltre alla pandemia, sono i problemi associati al surriscaldamento globale (*global warning*).

La soluzione, per affrontare la crisi ambientale e favorire la ripresa economica, potrebbe venire da un *Green New Deal* internazionale (Chomsky, Pollin, 2021; Pettifor, 2020; Rifkin, 2019), in grado di affrontare i danni all’ecosistema in una prospettiva globale, riducendo i pericoli del *global warning*, mantenendo l’aumento della temperatura mondiale al di sotto di 1,5 °C, grazie all’utilizzo di un modello di sviluppo in grado di conciliare sostenibilità ambientale, *welfare* e innovazione tecnologica.

Tuttavia, analisti ed esperti hanno ipotizzato che, se da un lato, il *Green New Deal*, fondato sull’economia circolare e su diverse applicazioni, associate alle fonti rinnovabili (*clean technologies*), alla biotecnologia e all’industria 4.0, potranno favorire un minor dispendio di risorse e un minor impatto ambientale, dall’altro, però, il confronto fra gli attori internazionali, in particolare Stati Uniti e Cina, potrebbe rafforzarsi nel tenta-

tivo di ottenere l'egemonia nel campo dell'evoluzione tecnologica, degli investimenti nel settore della ricerca e della tutela dei diritti sulla proprietà intellettuale, soprattutto nel breve e medio periodo [08] [13], ovvero nei prossimi 10-15 anni, con ricadute diverse fra le aree geografiche locali e gli spazi continentali, più marcate in talune regioni e/o nazioni per gli effetti benefici di un approccio ecosostenibile, meno favorevoli in altre, dove maggiore sarà la presenza di attori internazionali, compagnie pubbliche e private, per il controllo di materie prime e risorse, soprattutto negli Stati o in aree del globo dove è assente la *governance*.

Decisamente più complessa la situazione nel quadro dei grandi spazi continentali, in linea con un approccio che sarà di confronto reciproco fra potenze, ovvero di bipolarismo fra Washington e Pechino, laddove i contrasti dovrebbero essere più serrati per il controllo del *know-how* tecnologico-scientifico, dei diritti per la proprietà intellettuale e degli investimenti nel settore della ricerca [14].

2. *L'avvento di un nuovo mondo dopo la pandemia*

La crisi innescata dal Covid-19 ha indotto gli studiosi ad ipotizzare l'avvento di un nuovo mondo dopo la fine della pandemia, per affrontare le difficoltà determinate dal processo in corso della *slowbalization* e del *global warning* poiché, passata l'emergenza sanitaria, l'economia di guerra sperimentata per superarla, provocherà profondi mutamenti nell'assetto geopolitico internazionale così come l'abbiamo conosciuto fino a oggi (Carracciolo, 2020; Dassù 2020; Korinman, 2020; Jean, 2020; Prodi, 2020).

Fra le voci autorevoli della diplomazia internazionale non è mancato l'intervento di Henry Kissinger, ex Sottosegretario di Stato americano che, il 3 aprile 2020, con un editoriale in prima pagina del *Wall Street Journal* [09], ha presagito con la fine della pandemia un mutamento profondo della realtà geopolitica mondiale e una lunga crisi economica e sociale.

«[...] Quando la pandemia di Covid-19 sarà finita, si vedrà che le istituzioni di molti paesi hanno fallito. Se questo giudizio sia obiettiva-

mente equo è irrilevante. La realtà è che il mondo non sarà più lo stesso dopo il coronavirus [...] Ora, viviamo un periodo epocale. La sfida storica per i *leader* è gestire la crisi, mentre si costruisce il futuro. Il fallimento potrebbe incendiare il mondo» [09].

Nel mese di ottobre 2020, in una conferenza virtuale con l'*Economic Club* di New York, Kissinger ha rivolto la sua attenzione al confronto sempre più pericoloso tra Stati Uniti e Cina, fondato sulla guerra delle tariffe. Nella sua analisi ha previsto che, qualora le due potenze non dovessero trovare un modo per gestire le loro crescenti tensioni, scivoleremo in una situazione simile alla fase che portò alla Prima guerra mondiale. In tal senso, Kissinger ha ricordato che è assolutamente necessario stabilire delle regole precise fra Washington e Pechino per ridurre al minimo il rischio di rivivere la stessa incertezza presente nel quadro geopolitico internazionale prima dello scoppio della Grande Guerra.

Sempre nell'ottobre 2020, l'Agenzia internazionale dell'Energia (IEA), nel suo rapporto annuale, ha presagito che i cambiamenti innescati dalla pandemia saranno epocali, sottolineando la necessità di una maggiore cooperazione internazionale per un futuro ecosostenibile [07].

Nel gennaio 2021, il sedicesimo rapporto del *World Economic Forum* [22] ha sottolineato come la pandemia abbia aumentato le diseguaglianze e la frammentazione sociale, non mancando di osservare che, nei prossimi anni, le questioni ambientali costituiranno una fonte di preoccupazione, mentre assisteremo al confronto serrato fra Stati Uniti e Cina per la *leadership* mondiale, che la crisi pandemica rischia di esacerbare.

Nel marzo 2021, la Compagnia assicurativa *Swiss Re* ha pubblicato un rapporto [16], in collaborazione con l'ONG *Oxfam*, che – sulla base dei più recenti studi – evidenzia i pericoli legati ad una mancata riduzione delle emissioni di gas serra, fino al completo azzeramento entro il 2050, ovvero l'impatto sullo sviluppo economico provocato dal surriscaldamento climatico (*global warning*), associato alle condizioni meteorologiche estreme, come la siccità e le inondazioni, nonché agli effetti sulla produzione agricola, sulla salute e per lo stress termico.

Il rapporto ricorda che la pandemia ha provocato una contrazione delle principali economie del mondo di più del 4% e ipotizza che, qualora non si affrontasse rapidamente il *global warning*, ciò causerebbe un aumento di 2,6° C nei prossimi 30 anni, determinando una diminuzione del Pil nei Paesi più industrializzati pari all'8,5% annuo [16]. In tal senso è necessario prendere immediate contromisure per azzerare completamente le emissioni di anidride carbonica entro il 2050, poiché se ciò non avvenisse l'aumento della temperatura, ovvero il *global warning*, provocherebbe una diminuzione annua del Pil pari a oltre due pandemie [16].

Nel giugno 2021 è stata la volta della Banca Mondiale che ha presentato il suo rapporto semestrale sulle previsioni di crescita dell'economia globale [19], ipotizzando il 5,6 per cento nel 2021, in netto miglioramento rispetto alle stime del gennaio 2021, che ritenevano sarebbe stata del 4,1.

Lo studio ha ricordato che sarà la ripresa più veloce degli ultimi 80 anni, alimentata dalla crescita di alcune importanti economie, nelle quali i rapidi progressi ottenuti grazie al vaccino anti-Covid-19 hanno consentito un più rapido ritorno alla normalità.

Dal rapporto emerge, però, che i Paesi in via di sviluppo continueranno a lottare a lungo contro il *virus* e le sue conseguenze, aumentando ulteriormente il divario fra nazioni ricche e nazioni povere. A pesare sulla crisi delle economie più fragili vi sarà anche la distribuzione del vaccino nei Paesi a basso reddito, poiché i progressi saranno più lenti. In tal senso, l'economia mondiale rimarrebbe al di sotto di un 2%, a causa della pandemia, rispetto alle previsioni che davano un aumento maggiore nel 2022. La ripresa sarà irregolare e circa il 90% delle nazioni ricche raggiungerà i livelli di Pil ottenuti prima dell'avvento della pandemia, entro il 2022, rispetto a soltanto un terzo dei Paesi a basso reddito [19].

Nonostante i segni positivi di crescita a livello mondiale, il *virus* continuerà ad infliggere povertà e disuguaglianza negli Stati in via di sviluppo di tutto il globo. Saranno necessari degli sforzi coordinati a livello mondiale per accelerare la distribuzione dei vaccini e la riduzione del debito.

Con l'attenuarsi della crisi sanitaria – sottolinea ancora il rapporto – il mondo politico dovrà affrontare gli effetti duraturi della pandemia e adottare misure per stimolare una crescita ecosostenibile, resiliente e inclusiva, salvaguardando la stabilità macroeconomica.

La Banca Mondiale osserva che l'economia statunitense crescerà del 6,8% nel 2021, grazie al sostegno del governo su larga scala e ad una diminuzione delle restrizioni sulla pandemia, in virtù dei progressi favoriti dalla campagna vaccinale contro il Covid-19. Nelle altre economie avanzate, invece la crescita è in progressiva accelerazione, ma avverrà in misura minore.

Nel 2021, la Cina otterrà un aumento del Pil pari all'8,5%. La crescita nei mercanti emergenti e in via di sviluppo sarà del 6%, aiutata dalla domanda di risorse naturali e dai prezzi elevati delle materie prime. Tuttavia, escludendo la Cina, i paesi in via di sviluppo dovrebbero crescere di un modesto 4,4%, frenati dai progressi più lenti nella campagna vaccinale e da una ripresa dei tassi epidemici.

La Banca Mondiale ricorda che i guadagni degli Stati emergenti – India, Sud Africa, Bangladesh e Messico – non saranno sufficienti a recuperare le perdite subite nel 2020 e che la produzione, nel 2022, dovrebbe essere ancora del 4,1% inferiore rispetto alla fase che ha preceduto la diffusione del *virus*. Le perdite maggiori saranno ravvisabili nei settori della salute, dell'istruzione e, in generale, degli standard di vita. Studiosi ed economisti avevano previsto che i principali motori della crescita avrebbero perso slancio già prima della pandemia e la tendenza potrebbe essere amplificata proprio a causa degli effetti dannosi e persistenti del Covid-19.

3. Fine dell'iperglobalizzazione?

Con l'avvento della pandemia, studiosi ed esperti hanno ipotizzato la fine dell'iperglobalizzazione, ovvero l'avvento di una "globalizzazione meno globale", che vedrà una diminuzione dei viaggi intercontinentali –

per evitare problemi di sostenibilità ambientale – associati ad un crescente utilizzo del telelavoro e, forse, ad una minore concentrazione di dipendenti nelle metropoli in virtù dello *smart working* [02] [04] [05].

La vastità della diffusione del *virus* ha messo in crisi l'idea stessa di un pianeta nomade e in continuo movimento, dimostrando che, oltre ai vantaggi per l'aumento dei diritti alla mobilità, come lo sviluppo del commercio internazionale, la crescita delle compagnie aeree *low-cost*, i facili guadagni per i paesi in grado di sfruttare le risorse economiche e turistiche, vi sono anche i pericoli dell'ipermondializzazione, causati da un rapporto sempre più stretto di interdipendenza a livello globale, in grado di favorire la diffusione del *virus*. Diffusione che ha avuto come conseguenza il crollo del Pil mondiale, il blocco delle merci e degli scambi, un sensibile mutamento nei rapporti umani (diminuzione delle relazioni interpersonali e aumento dei rapporti a distanza attraverso gli strumenti digitali) e nel mondo del lavoro (utilizzo dello *smart working*, aumento della disoccupazione e del lavoro nero), nonché la recessione economica, una povertà diffusa e il collasso del sistema sanitario, a causa dei tagli compiuti nei decenni precedenti.

Le migrazioni internazionali sono state in gran parte bloccate dalle conseguenze del *virus*. Coloro che avevano programmato di cambiare nazione, o di lasciare il loro paese di origine, o di tornare, oppure di andare in un altro paese non hanno potuto più farlo [02] [04] [05].

La gravità della situazione provocata dalla diffusione del *virus* si è trasformata rapidamente da crisi sanitaria in emergenza economica, sociale e politica, che ha modificato la percezione stessa della sicurezza, modificando le relazioni a livello nazionale e internazionale.

Gli studiosi ritengono, però, che la fase attuale di rallentamento della globalizzazione – accelerata dalla pandemia – non potrà impedire nei prossimi anni il movimento di migranti nelle diverse aree del pianeta alla ricerca di condizioni di vita migliori (Khanna, 2021).

Del resto, benché il coronavirus abbia imposto un *lockdown* diffuso in tutto il mondo, impedendo le migrazioni internazionali, non potrà im-

pedire in futuro alle forze che impongono alle persone di spostarsi da una parte all'altra del mondo, una progressiva accelerazione del fenomeno, a causa della carenza di manodopera, degli sconvolgimenti politici, delle crisi economiche, dell'evoluzione tecnologica e scientifica, nonché dei cambiamenti climatici (Khanna, 2021), causa prima degli spostamenti di migranti provocati dal generale inaridimento di vaste aree geografiche del mondo, che rendono incoltivabili e invivibili talune aree del globo terracqueo.

4. Il Covid-19 e le sue conseguenze a livello planetario

La pandemia ha dimostrato la grande fragilità della globalizzazione, ovvero la capacità del coronavirus di poter operare sul piano geografico a livello planetario e di incidere sul "Sistema-mondo" [10].

Il Covid-19 ha avvalorato l'idea che nell'era dell'iperglobalizzazione qualsiasi cosa accada, persino nel più piccolo e sperduto angolo del mondo, come l'azione di un'impercettibile particella virale, sia in grado di innescare reazioni a catena, imprevedibili e disastrose, capaci di influire sulla geopolitica mondiale, con effetti dirompenti e di lunga durata, rispetto all'impulso iniziale, nonché di incidere sulla mobilità dei cittadini di tutto il mondo, sulle attività produttive, sui mercati mondiali e sulle politiche monetarie delle banche centrali [11].

La pandemia ha invertito la tendenza alla globalizzazione, a causa dei timori legati alla necessità di fermare la diffusione del *virus*, si è assistito a un'improvvisa "rinascita" dei confini e, di conseguenza, a una "rivincita" del *limes* nazionale. La gran parte degli Stati a livello mondiale ha deciso di chiudere i propri confini terrestri, aerei e marittimi. Le chiusure non sono state coordinate a livello globale. Quanto alle riaperture, anche in questo caso, le decisioni sono state prese solo a livello dei singoli Stati.

Qualunque sia l'evoluzione della pandemia e della crisi associata alla sua diffusione e persistenza, il futuro ci induce ad ipotizzare un mondo meno aperto rispetto a quello che esisteva tra l'ultimo decennio del Ventesimo secolo e il primo decennio del Ventunesimo.

La pandemia provoca numerosi interrogativi sul futuro della globalizzazione dei mercati. Molti Stati hanno compreso i pericoli associati alla dipendenza della sicurezza sanitaria per la propria popolazione. In tal senso, sono determinati a garantire la produzione di attrezzature ospedaliere, nonché di numerosi prodotti farmaceutici essenziali che verranno realizzati nel proprio spazio nazionale e/o continentale. Al contempo, in nome della transizione verso le rinnovabili e in vista di una maggiore salvaguardia dell'ecosistema, che significa soprattutto sviluppo e utilizzo di auto elettriche, gli Stati del mondo euro-occidentale sembrano sempre meno intenzionati a dipendere dall'estero per la produzione di componentistica da applicare a tali veicoli, dalle batterie ad altri strumenti essenziali per la produzione di automobili meno inquinanti. Allo stesso tempo, è in corso un riposizionamento del turismo globalizzato, in grado di perseguire la sostenibilità ambientale.

Seppure i confini dovessero riaprirsi completamente, come lo sono stati fino al 2019, non possiamo escludere che diminuiranno le scelte politiche a favore della globalizzazione e assisteremo a una globalizzazione dei mercati su scala minore, che potrebbe significare una diminuzione del commercio intercontinentale. Di conseguenza potrebbe verificarsi una diminuzione dei passaggi transfrontalieri di merci e persone. Guardando al futuro, uno scenario da ipotizzare è quello in cui la “rinascita” dei confini potrebbe essere foriero di un “ritorno” alla loro esistenza e alla loro funzione nel quadro delle singole realtà nazionali e/o continentali.

In tal senso, gli scenari potrebbero essere portatori di profonde trasformazioni e di mutamenti epocali della realtà geopolitica mondiale, quale esito del contagio pandemico e delle sue conseguenze a breve, a medio e a lungo termine, in grado di accelerare tre dinamiche in atto al momento della diffusione del virus:

- 1) rallentamento della globalizzazione e messa in discussione del paradigma neoliberista;
- 2) difficoltà crescenti nel garantire forme di *governance* multilaterali, a causa del bipolarismo Stati Uniti-Cina;

3) tensioni interne all'Unione Europea provocate da forze centrifughe e forze centripete, presenti in seno ai singoli Stati membri e nelle istituzioni UE (Borrell, 2020).

5. *Gli effetti del Covid-19 sulla geopolitica mondiale a breve, a medio e a lungo termine*

La crisi del sistema unipolare ha innescato una fase di caos e di disordine mondiale che è proseguita con ricadute sul piano economico e sociale, conseguente alla recessione economico-finanziaria del 2007-2008.

Con l'elezione di Donald Trump alla Casa Bianca e la Brexit, il mondo è entrato in una nuova fase, definita da alcuni analisti: "deglobalizzazione" o *slowbalization*, che sembra poter continuare anche con l'arrivo di democratico Joe Biden, poiché le premesse della politica estera del *tycoon* contro la Cina erano state avviate durante il mandato alla presidenza di Barack Obama e, successivamente, inasprite da Trump con toni esasperati (Caracciolo, 2020; Dottori, 2019).

Il *tycoon* aveva intrapreso lo spostamento geografico delle catene produttive (*supply chain*) e una guerra commerciale per contrastare l'ascesa politico-economica della Cina, mettendo in crisi il processo di globalizzazione dei mercati, iniziato poco più di trenta anni fa [06]. La linea di Biden, in politica estera, non sembra voler cambiare di molto la strategia della Casa Bianca nei confronti di Pechino, seppur con toni all'apparenza più concilianti.

Negli ultimi anni, le catene di produzione americane hanno intrapreso il loro trasferimento (*decoupling*) dalla Cina verso il Sud-est asiatico, l'India e i paesi alleati degli Stati Uniti, oppure stanno tornando negli USA, come ha ricordato un rapporto della *Bank of America* [01], con effetti che potrebbero essere dirompenti per la legittimazione del potere in Cina e per il quadro geopolitico internazionale.

Il *decoupling*, così come il *reshoring*, ovvero la rilocalizzazione negli Stati Uniti di una parte della produzione che in precedenza era stata delo-

calizzata, aveva guadagnato molto terreno prima della pandemia, a causa dei timori statunitensi di diventare troppo dipendenti dalla Cina per molti beni essenziali, nonché sensibili allo spionaggio cinese e al furto della proprietà intellettuale [06].

L'impulso a sganciare le filiere statunitensi crescerà dopo la pandemia, e solo in parte a causa delle preoccupazioni per la Cina. Si verificherà una rinnovata attenzione al potenziale di interruzione delle catene di approvvigionamento insieme al desiderio di stimolare la produzione nazionale. Il commercio globale si riprenderà in parte, ma sarà gestito prevalentemente dai governi piuttosto che dai mercati [06].

Un'inversione di tendenza che vedrà contrapposte sul piano finanziario e tecnologico Stati Uniti e Cina e che potrebbe rappresentare – a detta della Bank of America [01] – una pausa di lunga durata nel processo della globalizzazione che, il *Financial Times* ha definito “deglobalizzazione” [17] e che, il mensile britannico *The Economist*, nel gennaio del 2019, aveva preferito definire *slowbalization* [18], per spiegare il rallentamento della globalizzazione in corso.

Il Covid-19 costituisce un passo ulteriore verso la deglobalizzazione, ovvero un'accelerazione del processo, in grado di aumentare le tensioni nella guerra politico-commerciale fra Stati Uniti e Cina.

6. *Dalle realtà locali ai grandi spazi continentali: i molteplici aspetti della competizione globale*

Analisti ed esperti ritengono che la realtà mondiale postpandemica innescherà cambiamenti diversi fra le aree geografiche locali e gli spazi continentali, più marcati in talune zone regionali e nazionali per gli effetti benefici di un approccio ecosostenibile, meno favorevoli in altre, dove maggiore sarà la presenza di attori internazionali, compagnie pubbliche e private, per il controllo di materie prime e risorse utili al funzionamento delle rinnovabili (*clean technologies*), soprattutto negli Stati o in zone del mondo dove è assente una *governance* locale.

Gli studi realizzati in anni recenti ritengono che le economie dei Paesi avanzati saranno in grado di superare i sistemi legati all'utilizzo delle fonti convenzionali e, con le rinnovabili, potranno decentralizzare le forniture energetiche, accrescere il ruolo dei cittadini, delle comunità locali e delle città, rivoluzionando il settore energetico, nonché favorendo la nascita di una maggiore cooperazione regionale con la creazione di «reti comunitarie» (*grid communities*) per il commercio e la condivisione delle reti elettriche [08] [13].

In tal senso, gli studiosi ipotizzano che su scala locale (città, provincie, regioni) i mutamenti risulteranno più evidenti e stabili.

I rapporti non hanno mancato di sottolineare che i cambiamenti innescati dall'utilizzo progressivo delle fonti rinnovabili provocheranno dei cambiamenti positivi. Molte economie sviluppate potranno superare i sistemi fondati sulle fonti fossili e, con le rinnovabili, si potranno decentralizzare le forniture energetiche, accrescere il ruolo dei cittadini, delle comunità locali e delle città [08], rivoluzionando il settore energetico. È stato evidenziato che, aumentando la diffusione di energia rinnovabile si otterrà un maggiore decentramento, con milioni di famiglie che diverranno, al contempo, produttrici e consumatrici di energia elettrica.

L'utilizzo di energie rinnovabili come il solare e l'eolico implicheranno probabilmente relazioni simmetriche tra Paesi produttori e Paesi consumatori. Molti Stati produrranno a livello nazionale gran parte dell'energia rinnovabile che consumano, ma manterranno le relazioni energetiche con gli Stati confinanti per bilanciare le fasi intermittenti di produzione di energia solare ed eolica.

Decisamente più complessa la situazione nel quadro dei grandi spazi continentali, in linea con un approccio che sarà di confronto serrato, ovvero di competizione fra potenze, laddove i contrasti dovrebbero essere più serrati per il controllo del *know-how* tecnologico-scientifico, dei diritti per la proprietà intellettuale e degli investimenti nel settore della ricerca.

La produzione di risorse minerarie non energetiche (litio, grafite, cromo, molibdeno, cobalto, indio e terre rare) (*commodities*), considerate

degli ottimi conduttori di energia e in grado di resistere alle alte temperature, costituisce una posta in gioco cruciale per gli Stati, che intendono realizzare le nuove tecnologie per la produzione di fonti rinnovabili (*clean technologies*) nel quadro della riduzione del *global warning* e dello sviluppo del *Green New Deal*, come nel caso della *supply chain* della mobilità elettrica, ovvero per il funzionamento della tecnologia legata all'eolico, al solare e al geotermico, nonché dei prodotti *hi-tech* del settore civile e militare.

Sebbene le risorse diverse da carbone, petrolio e gas naturale siano largamente ripartite nella crosta terrestre con una diffusione spaziale più distribuita, enormi riserve di *commodities* minerarie necessarie all'industria delle rinnovabili sono reperibili in aree geografiche dove maggiore è l'assenza di *governance*, dove taluni attori esterni causano illegalità diffusa e conflitti, o dove esercitano il potere governi autoritari [13], con ricadute economiche e finanziarie associate alle potenzialità tecnologiche, nonché ai costi di estrazione e ai problemi legati all'inquinamento.

Due rapporti della Banca Mondiale, pubblicati nel 2020, affermano che, entro il 2050, avremo bisogno di più di 3 miliardi di tonnellate di minerali e metalli – in taluni casi il 500 per cento in più rispetto ai livelli attuali – necessari per produrre energia pulita e assicurarci un futuro climatico e ambientale sostenibile, ovvero per mantenere l'aumento della temperatura del pianeta al di sotto della soglia di pericolo [20] [21].

Gli esperti concordano nel ritenere che le conseguenze geopolitiche della fase attuale saranno legate soprattutto all'evoluzione tecnologica, agli investimenti nel settore della ricerca e alla tutela dei diritti sulla proprietà intellettuale [14].

La competizione fra le due maggiori potenze mondiali, Stati Uniti e Cina, dovrebbe proseguire con un marcato confronto nel campo dell'evoluzione tecnologico-scientifica, con Washington desiderosa di rallentare la corsa di Pechino verso il dominio economico-politico, utilizzando tutti gli strumenti per ottenere i suoi risultati, ovvero adottando la strategia del contenimento nel campo tecnologico, come ad esempio nella produzione dei semiconduttori (Duchâtel, 2021), fondamentali per l'alta tecnologia

del *cloud computing*, in seno all'industria 4.0 e all'intelligenza artificiale, dopo che l'industria cinese è stata favorita in passato dalle delocalizzazioni e dall'accesso alla tecnologia statunitense, che le ha consentito di sviluppare delle enormi capacità nella progettazione, nei test e nell'assemblaggio.

7. Conclusioni: ipotesi sul futuro geopolitico mondiale

Nonostante le previsioni economiche e finanziarie negative, in molti, fra studiosi ed economisti, sperano che non soltanto si possano annullare gli effetti sfavorevoli della pandemia nei prossimi anni, ma che la crisi possa essere foriera di nuove opportunità per ripensare il nostro modello di sviluppo.

Taluni esperti hanno avanzato l'ipotesi di un *Green New Deal* globale in grado di utilizzare l'attuale crisi, favorita dalla pandemia, per rafforzare lo sviluppo e l'utilizzo delle fonti rinnovabili e delle *clean technologies*, nonché per garantire l'impiego dell'economia circolare, dell'intelligenza artificiale e dell'industria 4.0, superando le difficoltà attuali causate dalla prevalenza dell'economia lineare, fonte di sprechi e di consumo di risorse, nonché associate all'utilizzo ancora prevalente delle fonti convenzionali e all'assenza di un riutilizzo di materie prime e risorse nel quadro delle rinnovabili.

Il *Green New Deal* mondiale costituirebbe così l'occasione per realizzare un nuovo paradigma economico e sociale, in grado di rivitalizzare l'economia e di predisporre nuove strategie di crescita a livello globale nel quadro di una visione fondata sulle fonti rinnovabili e sull'economia circolare, favorendo gli obiettivi dello sviluppo ecosostenibile, in linea con le strategie formulate dall'Agenda 2030.

A pesare, però, sul futuro del nuovo paradigma potrebbe essere la mancanza di scelte incisive in grado di azzerare le emissioni di CO₂ entro il 2050, con tutti i rischi evidenti per il futuro del pianeta.

I maggiori problemi per la geopolitica mondiale, associati alle *clean technologies*, verranno dalle conseguenze – soprattutto nel breve e nel medio

periodo, ovvero nei prossimi 10-15 anni (2035-2040) [15] – legate alle rapide trasformazioni per il rispetto dei parametri stabiliti dall'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), che richiedono di mantenere – da qui al 2050 – l'aumento della temperatura del globo al di sotto di 1,5 °C, affinché sia garantita la sostenibilità socio-ambientale e vengano mitigati gli effetti nefasti del surriscaldamento globale, attraverso l'azzeramento delle emissioni di anidride carbonica.

I mutamenti, favoriti dall'utilizzo delle fonti rinnovabili e delle nuove tecnologie, avranno esiti diversi nel corso del tempo, che si ripercuoteranno con modalità differenti sulle singole nazioni, nei rapporti fra le molteplici aree geografiche e nel quadro delle diverse realtà continentali del globo terracqueo.

La maggior parte degli esperti è però concorde nel ritenere che le conseguenze geopolitiche della fase attuale saranno legate all'evoluzione tecnologica, agli investimenti nel settore della ricerca e alla tutela dei diritti sulla proprietà intellettuale.

Il confronto fra Washington e Pechino potrebbe mantenersi e svilupparsi sulla falsariga della competizione in corso per la *leadership* mondiale nel settore della telefonia mobile, sul piano del geodiritto (Aresu, 2020), tra Cina (Huawei), Corea del Sud (Samsung) e Stati Uniti (Apple), con un numero circoscritto di attori internazionali e con ricadute diverse di natura economica e sociale [14], più concentrate in alcune aree geografiche del pianeta, su piani multipli e transcalari, oppure sull'esempio della rivalità tra Cina e Stati Uniti per la diffusione delle reti mobili di nuova generazione 5G, con effetti marcati sul piano tecnologico, economico e della *cybersecurity*, con forti ricadute a livello geopolitico (Balestrieri - Balestrieri, 2019); [12].

Bibliografia

- AA.VV., *Il mondo dopo la fine del mondo*, Roma-Bari, Laterza, 2020.
- AGNEW J., *Globalization and Sovereignty*, Lanham (MD), Rowman & Littlefield Publishers Ltd., 2009.
- ALLISON G., *Destinati alla Guerra. Possono l'America e la Cina sfuggire alla trappola di Tuciddide?*, Roma, Fazi, 2018.
- ANSALONE G., *Geopolitica del contagio. Il futuro delle democrazie e il nuovo ordine mondiale dopo il Covid-19*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2021.
- ARESU A., *Le potenze del capitalismo politico: Stati Uniti e Cina*, Milano, La nave di Teseo, 2020.
- BAGLIANI M. ed Altri, *Il cambiamento climatico in prospettiva geografica. Aspetti fisici, impatti e politiche*, Bologna, il Mulino, 2020.
- BALESTRIERI F. - BALESTRIERI L., *Guerra digitale. Il 5G e lo scontro tra Stati Uniti e Cina per il dominio tecnologico*, Roma, Luiss University Press, 2019.
- BORRELL J., "Il mondo del dopo-Covid è già qui ...", *IAI Papers*, 9 (2020), pp. 1-13.
- BREMMER I., *Noi contro loro. Il fallimento del globalismo*, Milano, Università Bocconi Editore, 2018.
- CARACCILO L., "L'Italia e i nuovi equilibri tra potenze", AA.VV., *Il mondo dopo la fine del mondo*, Bari-Roma, Laterza, 2020, pp. 73-82.
- CASARINI N., "US-China Trade War: Why the EU Should Take Sides and Favour the Rules-based Order", *IAI Commentaries*, 47 (2019).
- CHOMSKY N. - POLLIN R., *Minuti contati. Crisi climatica e Green New Deal globale*, Firenze, Ponte delle Grazie, 2020.
- COLANTONI L., "China's Vision of an Ecological Civilisation: A Struggle for Environmental Leadership in the Era of Climate Change", *IAI Commentaries*, 19/05 (2019).
- DASSÙ M., "Geopolitica di una pandemia", AA.VV., *Il mondo dopo la fine del mondo*, Bari-Roma, Laterza, 2020a, pp. 145-159.
- DASSÙ M. - MENOTTI R., "Editoriale", *Aspenia*, 91(2020b), pp. 5-13.
- DIETZ T., "Political events and public view on climate change", *Climatic Change*, 161(2020), pp. 1-8. (DOI: 10.1007/s10584-020-020791-6).
- DOTTORI G., *La visione di Trump: Obiettivi e strategie della nuova America*, Roma, Salerno Editrice, 2019.
- DUCHÂTEL M., "Il punto debole nella corsa ai semiconduttori", *Aspenia*, 92(2021), pp. 253-265.
- GIELEN D. ed Altri, "The role of renewable energy in the global energy transformation", *Energy Strategy Reviews*, 24 (2019), pp. 38-50. (DOI: 10.1016/j.esr.2019.01.006).
- GIOVANNINI E., *L'utopia sostenibile*, Bari-Roma, Laterza, 2018.
- GOLDTHAU A. - HUGHES L., "Protect global supply chains for low-carbon technologies", *Nature*, 585 (2020), pp. 28-30.
- GOLDTHAU A. - WESTPHAL K., "How the energy transition will reshape geopolitics", *Nature*, 569 (2019a), pp. 29-31.
- GOLDTHAU A. - WESTPHAL K., "Why the Global Energy Transition Does Not Mean the End of the Petrostate", *Global Policy*, 1-5 (2019b). (DOI: 10.1111/1758-5899.12649).
- GOURLEY S.W.D. - OR T. - CHEN Z., "Breaking Free from Cobalt Reliance in Lithium-Ion Batteries", *iSCIENCE* 101505 (2020). (DOI: 10.1016/j.isci.2020.101505).
- HAFNER M. - TAGLIAPIETRA S. (Eds. by), *The Geopolitics of the Global Energy Transition*, Cham, Springer Open, 2020.

- HAIYONG SUN, "The U.S.-China Tech War: Impacts and Prospects", *China Quarterly of International Strategic Studies*, 2019. (DOI: 10.1142/S237774001950012X)
- JEAN C., "La geopolitica della recessione globale", *Aspenia*, 89(2020), pp. 163-172.
- KAPLAN R.D., *The Revenge of Geography: What the Map Tells Us about Coming Conflicts and the Battle against Fate*, New York, Random House, 2012.
- KHANNA A. - KHANNA P., *L'età ibrida. Il potere della tecnologia nella competizione globale*, Torino, Codice, 2014.
- KHANNA P., *Connectography. Le Mappe Del Futuro Ordine Mondiale*, Roma, Fazi, 2016.
- KHANNA P., *Il secolo asiatico?*, Roma, Fazi, 2019.
- KHANNA P., *Il movimento del mondo. Le forze che stanno sradicando e plasmeranno il destino dell'umanità*, Roma, Fazi, 2021.
- KORINMAN M. (a cura di), *Mondo-virus. Storia e Geopolitica del COVID-19*, Pontedera (PI), Bandecchi&Vivaldi, 2020.
- KUZEMKO C. ed Altri, "Covid-19 and the politics of sustainable energy transitions", *Energy Research & Social Science*, 68(2021), 101685.
- MAZZUCCATO M., *Non sprechiamo questa crisi*, Roma-Bari, Laterza, 2020.
- OVERLAND I., "Future Petroleum Geopolitics: Consequences of Climate Policy and Unconventional Oil and Gas", YAN J. (Eds. by), *Handbook of Clean Energy Systems*, Chichester, John Wiley & Sons, 2015, pp. 3.517-3.544.
- OVERLAND I. - REISCHL G., "A place in the Sun? IRENA's position in the global energy governance landscape", *International Environmental Agreements*, 18(2018), pp. 335-350.
- OVERLAND I. - SOVACOL B.K., "The misallocation of climate research funding", *Energy Research & Social Science*, 62(2020), pp. 1-13.
- PASTUKHOVA M. - WESTPHAL K., *Governing the Global Energy Transformation*, HAFNER M. - TAGLIAPIETRA S. (Eds. by), *The Geopolitics of the Global Energy Transition*, Cham, Springer, 2020, pp. 341-363. (DOI: 10.1007/978-3-030-39066-2_14).
- PARSI V.E., *Vulnerabili: Come la pandemia cambierà il mondo. Tre scenari per la politica internazionale*, Milano, Piemme, 2021.
- PETTIFOR A., *Il Green New Deal: Cos'è e come possiamo finanziarlo*, Roma, Fazi, 2020.
- PITRON G., *La guerra dei metalli rari. Il lato oscuro della transizione energetica e digitale*, Roma, Luiss University Press, 2019.
- PRODI R., "Vecchie e nuove pestilenze", AA.VV., *Il mondo dopo la fine del mondo*, Bari-Roma, Laterza, 2020, pp. 364-377.
- RAFFESTIN C., "La sfida della geografia tra poteri e mutamenti globali", *Documenti geografici*, 0(2012), pp. 55-60.
- RAMPINI F., *La seconda guerra fredda. Lo scontro per il nuovo dominio globale*, Milano, Mondadori, 2019.
- RIFKIN J., *Un green new deal globale. Il crollo della civiltà dei combustibili fossili entro il 2028 e l'audace piano economico per salvare la Terra*, Milano, Mondadori, 2019.
- SABELLA G., *Ripartenza verde: industria e globalizzazione ai tempi del Covid*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2020.
- SACHS J.D., "La scommessa verde di Joe Biden", *Aspenia*, 91(2020), pp. 238-244.
- SANTOLINI F., *Profughi del clima: chi sono, da dove vengono, dove andranno*, Saveria Mannelli, Rubbettino, 2019.
- SCHOLTEN D. (Eds. by), *The Geopolitics of Renewables*. London, Routledge, 2018.
- SCHOLTEN D. ed Altri, "The geopolitics of renewables: New board, new game", *Energy Policy*, 138 (2020). (DOI: 10.1016/j.enpol.2019. 111059).
- SENDING O.J. ed Altri, "Climate Change And International Relations: A Five-Pronged Research Agenda", *Journal of International Affairs*, 73(2020), pp. 183-193.

- SOVACOL B.K. - GRIFFITHS S., "Culture and low-carbon energy transitions", *Nature Sustainability*, 3(2020), pp. 685-693. (DOI: 10.1038/s41893-020-0519-4).
- TAGLIAPIETRA S., *Global Energy Fundamentals*, Cambridge, Cambridge University Press, 2020a.
- TAGLIAPIETRA S., *L'energia del mondo. Geopolitica, sostenibilità, Green New Deal*, Bologna, il Mulino, 2020b.
- TALIA A. - AMATO V., *Scenari e mutamenti geopolitici. Competizione ed egemonia nei grandi spazi*, Bologna, Pàtron Editore, 2015.
- VAKULCHUK R. ed Altri, "Renewable energy and geopolitics: A review", *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 122(2020), pp. 1-12.
- VAM DE GRAAF T. ed Altri, "The new oil? The geopolitics and international governance of hydrogen", *Energy Research & Social Science*, 70(2020), pp. 1-5.

Sitografia

- [01] BOFA GLOBAL RESEARCH, *Global Equity Strategy: Tectonic shifts in global supply chains*, February 4 (2020). (www.bofaml.com/content/dam/boamlimages/documents/articles/ID20_0147/Tectonic_Shifts_in_Global_Supply_Chains.pdf) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [02] DUMONT G.-F., 2020a, "Le Covid-19: la fin de la géographie de l'hypermobilité?", *Société de Géographie*, 7 April (2020a) (socgeo.com/2020/04/07/le-covid-19-la-fin-de-la-geographie-de-lhypermobilite-par-gerard-francois-dumont/) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [03] DUMONT G.-F., "Covid-19: fim da geografia da hiper mobilidade?", *Espaço e Economia*, 18 (2020b). (journals.openedition.org/espacoeconomia/12926) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [04] DUMONT G.-F., "Las cuatro verdades del Covid-19", *Population & Avenir*, No. 748, Mayo-Junio (2020c). (<https://www.population-et-avenir.com/revue-population-avenir/>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [05] DUMONT G.-F., "Fronteras: ¿un resurgimiento duradero?", *Population & Avenir*, 749 (2020d), Septiembre-Octubre, 3. (<https://www.population-et-avenir.com/revue-population-avenir/>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [06] HAASS R., "The Pandemic Will Accelerate History Rather Than Reshape. It Not Every Crisis Is a Turning Point", *Foreign Affairs*, April 7 (2020). (www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2020-04-07/pandemic-will-accelerate-history-rather-reshape-it) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [07] IEA, *World Energy Outlook 2020*, IEA, Paris, 2020. (<https://www.iea.org/reports/world-energy-outlook-2020>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [08] IRENA, *A New World. The Geopolitics of the Energy Transformation*, 2019a. (https://www.irena.org//media/Files/IRENA/Agency/Publication/2019/Jan/Global_commission_geopolitics_new_world_2019.pdf) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [09] KISSINGER H., "The Coronavirus Pandemic Will Forever Alter the World Order", *Wall Street Journal*, April 3 (2020). (www.wsj.com/articles/the-coronavirus-pandemic-will-forever-alter-the-world-order-11585953005) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [10] LASSAULT M., "Le Monde du virus - une performance géographique", *AOC. Analyse, Opinion, Critique*, 13 April (2020). (aoc.media/analyse/2020/04/13/le-monde-du-virus-une-performance-geographique/) (Accesso del 31 Marzo 2021).

- [11] LASSAULT M., “Le Monde du virus - retour sur l'épreuve du confinement”, *AOC. Analyse, Opinion, Critique*, 10 Mai (2020b). (aoc.media/analyse/2020/05/10/le-monde-du-virus-retour-sur-lepreuve-du-confinement/?loggedin=true) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [12] MARIANI L. - BERTOLINI M., “The US-China 5G Contest: Options for Europe”, *IAI Paper*, 19 (2019). (<https://www.iai.it/sites/default/files/iaip1916.pdf>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [13] O'SULLIVAN M. - OVERLAND I. - SANDALOW D. (Eds. by), *The Geopolitics of Renewable Energy*, Working Paper, Columbia University, Harvard University, New York, Center on Global Energy Policy, 2017. (https://energypolicy.columbia.edu/sites/default/files/CGEP_TheGeopoliticsOfRenewables.pdf) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [14] OVERLAND I., “The geopolitics of renewable energy: Debunking four emerging myths”, *Energy Research & Social Science*, 49 (2019), pp. 36-40. (<https://doi.org/10.1016/j.erss.2018.10.018>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [15] OVERLAND I. - BAZILIAN M. - UULU T.I. - VAKULCHUK R. - WESTPHAL K., “The GeGaLo index: Geopolitical gains and losses after energy transition”, *Energy Strategy Reviews*, 26 (2019). (<https://doi.org/10.1016/j.esr.2019.100406>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [16] SWISS RE INSTITUTE, *The economics of climate change: non action not an option*, April, Zurich, Swiss Re Management Ltd., 2021. (<https://www.swissre.com/dam/jcr:e73ee7c3-7f83-4c17-a2b8-8ef23a8d3312/swiss-re-institute-expertise-publication-economics-of-climate-change.pdf>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [17] THE EDITORIAL BOARD, “Coronavirus has put globalisation into reverse”, *Financial Times*, February 3, 2020. (www.ft.com/content/9393cb52-4435-11ea-a43a-c4b328d9061c) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [18] “The steam has gone out of globalisation - Slowbalization”, *The Economist*, January 24 (2019). (www.economist.com/leaders/2019/01/24/the-steam-has-gone-out-of-globalisation) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [19] WORLD BANK GROUP, *Global Economic Prospects*, A World Bank Group Flagship Report, June, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2021. (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35647/9781464816659.pdf>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [20] WORLD BANK GROUP REPORT, *Minerals for Climate Action: The Mineral Intensity of the Clean Energy Transition*, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2020. (<https://pubdocs.worldbank.org/en/961711588875536384/Minerals-for-Climate-Action-The-Mineral-Intensity-of-the-Clean-Energy-Transition.pdf>) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [21] WORLD DEVELOPMENT REPORT, *Trading for Development in the Age of Global Value Chains*, World Bank Group, Washington, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2020. (www.worldbank.org/en/publication/wdr2020) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [22] WORLD ECONOMIC FORUM, *The Global Risks Report 2021*, 2021. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Global_Risks_Report_2021.pdf) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [23] BLOOM J., “Will coronavirus reverse globalisation?”, *BBC News*, April 2 (2020). (www.bbc.com/news/business-52104978) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [24] BROWNE A., “How the Coronavirus is Accelerating Deglobalization”, *Bloomberg*, February 29, 2020 (www.bloomberg.com/news/newsletters/2020-02-29/why-deglobalization-is-accelerating-bloomberg-new-economy) (Accesso del 31 Marzo 2021).

- [25] GOLDTHAU A. - EICKE L. ed Altri, "The Global Energy Transition and the Global South", HAFNER M. - TAGLIAPIETRA S. (Eds. by), *The Geopolitics of the Global Energy Transition*, Cham, Springer, 2020, pp. 319-339. (https://doi.org/10.1007/978-3-030-39066-2_14) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [26] HARARI Y.N., "The world after Coronavirus", *Financial Times*, March 20 (2020). (www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [27] KRUGMAN P., "The Covid-19 Slump Has Arrived", *The New York*, April 2 (2020). (www.nytimes.com/2020/04/02/opinion/coronavirus-economy-stimulus.html) (Accesso del 31 Marzo 2021).
- [28] WAINER D., *Kissinger Warns U.S. and China Must Set Limits to Avoid a Blowup*, in Bloomberg, 7 October (2020). (<https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-10-07/kissinger-warns-u-s-and-china-must-set-limits-to-avoid-a-blowup>) (Accesso del 31 Marzo 2021).

Résumé

Covid-19: de la crise de la mondialisation à la démondialisation. Les répercussions de la pandémie sur l'avenir géopolitique mondial. La propagation mondiale rapide du virus Covid-19 a fortement mis en évidence, sur les plans multiples et transcalaires, quelques problèmes apparus dans le monde après la fin du bipolarisme et l'avènement du XXI^e siècle, ou la crise de la mondialisation, qui a des répercussions évidentes sur l'économie et sur la situation politique au niveau mondial. La pandémie est apparue dans une phase d'instabilité mondiale aux tensions causées par la guerre commerciale entre les États-Unis et la Chine, au ralentissement consécutif de l'économie mondiale et la croissance des souverainetés et des populismes. En ce sens, les conséquences de la diffusion du virus a causé le plus grand choc à l'ordre international depuis la Seconde Guerre mondiale.

Mot-clé: Covid-19, énergies renouvelables, démondialisation, économie circulaire, géopolitique.

Resumen

Covid-19: de la crisis de la globalización a la desglobalización. Las repercusiones de la pandemia en el futuro geopolítico global. La rápida propagación mundial del virus Covid-19 ha destacado fuertemente, en planes múltiples y transcalares, algunos problemas que surgieron en todo el mundo después del fin del bipolarismo y el advenimiento del siglo XXI, o la crisis de la globalización, que tiene evidentes repercusiones en la economía y sobre la situación política a nivel global. La pandemia surgió en una fase de inestabilidad relacionada con el mundo a las tensiones provocadas por la guerra comercial entre Estados Unidos y China, a la consecuente ralentización de la economía mundial y el crecimiento de soberanías y populismos. En este sentido, las consecuencias de la difusión del virus causó el mayor impacto en el orden internacional desde la Segunda Guerra Mundial.

Palabra clave: Covid-19, energía renovable, desglobalización, economía circular, geopolítica.

Scenari pandemici nel frammentato mondo geopolitico americano*

MARIA PAOLA PAGNINI** - GIUSEPPE TERRANOVA***

Abstract

The interest of political geographers in the subject of pandemics is growing because there is no spatial or social aspect that is not modified and distorted by the difficult health situation. The United States with its private healthcare system, which leaves millions of sick people without care, is a surprising field of investigation, especially when compared with European healthcare systems. The pandemic is exacerbated by internal geopolitical problems, the federal-state relationship is not easy, and the associated problems of racism, unemployment and poverty amplify the critical issues. The internal fragmentation must be read in the context of a disorderly world with uneasy geopolitical scenarios. In this context, the change of the Trump-Biden presidency opens up new horizons that are currently unpredictable.

Keywords: pandemic, American geopolitics, disorderly world.

1. Il Covid-19 negli Stati Uniti

Negli Stati Uniti il primo caso di Covid-19 è stato registrato il 13 gennaio 2020. Secondo il *Pew Research Center*, al maggio 2021, con circa 35 milioni di contagiati e 600 mila decessi, gli USA sono tra i Paesi più colpiti al mondo dalla pandemia.

* Anche se l'articolo è frutto di una riflessione condivisa degli autori, sono attribuiti alla Prof.ssa Maria Paola Pagnini i paragrafi 3, 4, 4.1, 4.2. Sono attribuito al Prof. Giuseppe Terranova i paragrafi 1, 2 e 5.

** Maria Paola Pagnini è docente di Geopolitica nel dottorato di ricerca in Geopolitica e Geoeconomia dell'Università Telematica Niccolò Cusano, e-mail: mp.pagnini@virgilio.it.

*** Giuseppe Terranova è docente universitario di Geografia politica ed economica dell'Università Telematica Niccolò Cusano, e-mail: terranovagiuseppe@gmail.com.

A fine febbraio 2020, la paura di contrarre il *virus* riguardava soltanto una minoranza della popolazione americana. L'America ancora non era l'epicentro dell'emergenza sanitaria internazionale, le notizie che arrivavano prima dalla Cina e poi dall'Italia rappresentavano nella percezione collettiva un problema distante dal territorio statunitense, ma in poco tempo lo scenario cambiava. Tra la metà e la fine di marzo, gli Stati Uniti registrarono un allarmante picco di contagi: da poco più di mille a oltre trecentomila casi. Era bastato aumentare il numero dei tamponi effettuati, i cui esiti sono rimasti a lungo riservati per non allarmare la popolazione, per svelare una verità che lo stesso Presidente Trump a lungo si era rifiutato di riconoscere (Agnew, 2020).

Il *virus* aveva raggiunto gli Stati Uniti seguendo due principali direttrici: quella cinese dal Pacifico e quella europea dall'Atlantico. Un dato non sorprendente tenuto conto della centralità degli USA nello scacchiere internazionale e delle sue capillari connessioni con il resto del mondo (Rossi, 2020). La potenza statunitense, forse per la prima volta nella sua storia recente, ha subito a causa del Covid-19 le conseguenze negative della globalizzazione che ha permesso al *virus* di circolare rapidamente. Ma l'elevatissimo numero di contagi e di decessi in uno dei Paesi più avanzati al mondo è dipeso ampiamente dalla struttura privatistica del sistema sanitario americano nonché dalle scelte politiche di Donald Trump. La sua strategia iniziale di contrasto alla pandemia si è rivelata fallimentare ed ha contribuito alla sua sconfitta alle elezioni presidenziali del novembre 2020. Prima dell'emergenza sanitaria era considerato un probabile vincitore senza rivali (Rucker, Leoning, 2020).

All'inizio dell'emergenza sanitaria Trump ha enfatizzato un approccio ottimistico sui tempi e i modi di risoluzione della crisi pandemica promettendo che, per difendere gli interessi economici del Paese, non avrebbe mai imposto *lockdown* severi e generalizzati (Allen, 2020).

Nella prima ondata della pandemia, Donald Trump ha invitato gli americani a difendersi dal *virus* auto-somministrandosi disinfettanti o

idrossiclorochina, un medicinale anti-malarico e un agente che aumenta il rischio di mortalità per i contagiati di Covid-19 (Rossi, 2020).

Mentre l'indice di gradimento degli americani nei suoi confronti cominciava a diminuire, Trump difendeva il diritto a non indossare la mascherina. I suoi consiglieri per ridurre il danno avevano diminuito al minimo il numero delle conferenze stampa quotidiane, durante le quali gli scienziati attorno lui, a partire dal virologo Anthony Fauci, consigliere del Presidente per la pandemia, non potevano nascondere l'imbarazzo per le sue affermazioni.

Nel frattempo, il numero dei contagiati e dei decessi cresceva rapidamente. L'opinione pubblica americana e mondiale fu sconvolta dalle immagini che nell'aprile 2020 arrivavano da Hart Island, vicino al Bronx a pochi chilometri da New York, città simbolo del progresso e della potenza statunitense. In quest'isola, storicamente utilizzata per seppellire i cadaveri di chi non può permettersi un funerale e neanche uno spazio al cimitero, l'esercito scavava fosse comuni per tumulare, in assenza di altri spazi, il crescente numero di vittime del Covid-19.

2. Geopolitica interna e pandemia

Le severe misure di contrasto al *virus* diventavano indispensabili, nonostante i proclami di Trump. La stampa nazionale, prevalentemente progressista, cominciava a criticare le scelte del Presidente accusandolo di avere sottovalutato l'emergenza sanitaria e di avere nascosto all'opinione pubblica l'entità della crisi. Intanto il *virus* colpiva con durezza le metropoli, simbolo del sogno americano; mostrava la tragica, arretrata complessità del sistema sanitario; esponeva al mondo i contrasti tra governo centrale e stati federati che da problema di geopolitica interna stavano diventando casi di studio internazionali che illustrano l'evoluzione della geopolitica post e durante il *virus* (Pagnini, Terranova, 2020).

Mentre l'Est (New York, New Jersey) e l'Ovest (California, Washington) degli Stati Uniti attuavano una politica di *lockdown*, il resto del Paese cercava comunque di restare aperto. Il governatore dello Stato di New York

Andrew Cuomo aveva ingaggiato fin dai primi giorni una dura lotta al *vi-rus*, ma malgrado ciò il suo Stato era diventato uno dei più colpiti al mondo. Mentre il Presidente Trump chiedeva di resistere e restare aperti, il governatore stringeva accordi con gli Stati vicini per dei *lockdown* su base regionale. Per tale ragione durante il picco della pandemia Andrew Cuomo è stato considerato una possibile alternativa democratica a Joe Biden per la Presidenza degli Usa. Joe Biden sembrava un candidato debole e l'opinione pubblica lo ricordava soltanto come opaco vice-presidente di Barack Obama. La sua strategia elettorale si è basata sul *wait and see*, aspettava immobile gli errori di Trump; grazie anche all'*endorsement* di Barack Obama, è riuscito a vincere le elezioni presidenziali del novembre 2020.

Al fallimento personale di Trump si è aggiunto il fallimento del governo federale che dall'epoca di Ronald Reagan è stato progressivamente indebolito a favore dei poteri dei singoli Stati.

All'epoca fu Ronald Reagan ad annunciare nel suo discorso inaugurale come Presidente degli Stati Uniti che "spesso il governo non è la soluzione al nostro problema, il governo è il problema". Il termine stesso federalista fu ridefinito a significare quasi l'opposto di ciò che intendevano gli estensori della Costituzione degli Stati Uniti (Edling 2003), sminuendo i ruoli del governo che Madison e Hamilton avevano sostenuto. Donald Trump si è fatto interprete di questa visione minimalista del ruolo del governo federale, disattendendo e criticando gli esperti e gli scienziati delle agenzie governative come il Dipartimento dell'Interno, l'FBI, il Dipartimento di Giustizia, il Dipartimento della Difesa, solo per citare gli esempi più rilevanti. È un approccio neo-liberale che contrasta con la visione liberal keynesiana secondo la quale i governi dovrebbero usare la politica fiscale, la spesa pubblica e l'aumento delle tasse per stimolare la domanda durante le crisi economiche (Brown, 2019).

Allo stesso tempo, Trump ha ereditato e coltivato il voto anti-federalista prodotto delle lotte per i diritti civili degli anni Sessanta del secolo scorso e ha seguito la strategia repubblicana che fu di Richard Nixon di conquistare il consenso degli elettori bianchi nel Sud degli Stati Uniti. Da

questo punto di vista, il governo federale rappresenta sia la deprecata Unione che ha vinto la guerra civile sia l'imposizione al Sud di norme e regolamenti che non si adattano al loro passato (Maxwell, Shields, 2019). Questo passato è riassumibile in un amalgama di razzismo bianco, patriarcato e zelo religioso usato per giustificare gli altri due. In questa visione, il *deep state* a cui Trump ha fatto frequentemente riferimento allude anche a quel governo federale centrale che limita l'applicazione della legge locale, e insiste sull'uguaglianza di base di tutti i cittadini agli occhi della legge (Peel, 2018).

Questo approccio ha depotenziato e paralizzato l'azione del governo federale, come è emerso durante il picco della pandemia. D'altronde, lo stesso Trump prima della pandemia aveva indebolito il governo federale, inclusa una riduzione dei finanziamenti alla sanità pubblica; aveva depotenziato il sistema federale di allarmi pandemici perché considerato un'eredità del suo predecessore Barack Obama; aveva ridotto il budget del *Center for Disease Control and Prevention*, la principale agenzia governativa federale incaricata di preparare e gestire i focolai di malattia. In altri termini il Presidente Trump ha permesso che gli Stati e i loro governatori gestissero da soli l'emergenza sanitaria, senza una vera e coordinata politica federale (Haffajee, Mello, 2020).

Allo stesso tempo, Trump ha anche mostrato un completo disinteresse a collaborare con altri paesi, compresi gli alleati di lunga data, nell'affrontare la pandemia. Altrimenti rischiava di rivalutare quell'ordine internazionale globale che aveva sistematicamente criticato fin dall'inizio del suo mandato presidenziale. In questo contesto si inserisce la decisione di tagliare i fondi americani all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) accusata di avere posizioni filo-cinesi.

Trump si è, invece, disinteressato a sensibilizzare l'opinione pubblica sul rispetto delle norme anti-*virus* e non ha investito su una imponente campagna di prevenzione e tracciamento dei contagiati che, invece, è stata la ragione del successo di molti paesi asiatici nella lotta alla pandemia.

Il nuovo Presidente Joe Biden ha incentrato i primi mesi del suo mandato su tre assi strategici: pacificazione sociale dopo gli incidenti di Capitol Hill; vaccinazione di massa; ricostruzione e rilancio dell'economia. Ha raggiunto l'obiettivo che si era prefissato di vaccinare duecento milioni di americani entro i primi cento giorni dal suo insediamento alla Casa Bianca. Ha promosso un piano inatteso da 6.000 miliardi di dollari, una spesa pubblica che potrebbe portare a +1,5% la crescita economica mondiale e a +6,4% quella annuale americana. Non riparte solo l'America ma il pensiero neo-liberista che a livello mondiale è messo in discussione. La sequenza della manovra è dare prima liquidità alle imprese e alle famiglie e poi avviare opere infrastrutturali. Nel primo pacchetto di 1.900 miliardi ci sono 1.400 dollari *una tantum* ai cittadini sotto i 75.000 dollari di reddito, metà degli americani, l'estensione dei sussidi di disoccupazione, aiuti alle imprese e quelli, senza precedenti in America, alle famiglie per mantenere i figli. Un reddito minimo adesso limitato al 2021 ma che Biden ha detto di voler estendere fino al 2025 con un piano addizionale (*American Families Plan*) da 1.800 miliardi tra nuova spesa per asili, congedi pagati, crediti d'imposta.

L'altro grande impegno finanziario è l'*American Jobs Plan* da 2.250 dollari per infrastrutture, un quarto per ponti e strade e il resto per innovazione, ambiente, cura degli anziani. Biden ha anche recuperato in parte l'innalzamento del salario minimo a 15 dollari, progetto della sinistra dei democratici, recuperandolo per impiegati e appaltatori del governo federale.

3. Limiti del sistema sanitario americano

Il Covid-19 ha avuto negli Stati Uniti conseguenze inattese anche a causa dei limiti del sistema sanitario. Nella Carta Costituzionale americana non si menziona il diritto alla salute, uno dei diritti garantiti dalla Costituzione italiana ma anche dalle Costituzioni della gran parte dei paesi occidentali.

Il cittadino americano può farsi curare nei limiti di una copertura assicurativa privata oppure deve pagare tutte le cure dal pronto soccorso, a un trasporto in ambulanza, a una visita medica, al ricovero in ospedale o a un'operazione. Deve poter pagare i medicinali se questa voce non rientra nella copertura assicurativa.

Si tratta di un sistema privatistico che è stato mitigato dal Presidente Johnson negli anni Sessanta e più recentemente dal Presidente Obama. Johnson introdusse un sistema sanitario a copertura semiuniversale basato sui programmi *Medicaid* e *Medicare*. A questi programmi si affianca il *Children's Health Insurance Programme*.

Il *Medicaid* è un programma gestito dagli Stati con finanziamenti nazionali che copre parzialmente l'assicurazione sanitaria a persone e famiglie con reddito basso.

Il *Medicare* è gestito su base federale con fondi dei lavoratori e dei datori di lavoro. Il programma copre l'assicurazione dei disabili, degli ultrasessantacinquenni e di ammalati terminali con malattie renali indipendentemente dal loro reddito. I cittadini sono obbligati a iscriversi ad una assicurazione che riguarda sia gli ospedali sia l'aspetto medico: chi non si iscrive va incontro a sanzioni penali.

Il programma *Children's Health Insurance* riguarda circa dieci milioni di bambini di famiglie con reddito che non consente di sottoscrivere una polizza ma che non rientra nei casi previsti da *Medicaid*.

Il programma *Obamacare* del 2010 aumenta l'efficacia del programma *Medicaid*: comprende agevolazioni fiscali per chi stipula le polizze sanitarie, l'obbligo per i datori di lavoro con più di 50 dipendenti di contribuire alla spesa del lavoratore per stipulare la polizza sanitaria. Ha vietato alle Compagnie assicurative di negare la stipula della polizza a chi è affetto da particolari patologie e ha imposto sanzioni per i cittadini che non stipulano una polizza. Con queste integrazioni quasi 30 milioni di americani hanno potuto beneficiare di cure.

Oggi i 4/5 degli americani sono protetti da una polizza assicurativa sanitaria privata che può coprire le spese in varia misura: la gamma di que-

ste polizze è molto ampia anche perché il 60% delle polizze è finanziato dai datori di lavoro che spendono mediamente 10 mila dollari all'anno per polizza.

Trump ha tentato di eliminare l'*Obamacare* sostituendo o riducendo i sussidi per i poveri con un credito parziale d'imposta. Il credito di imposta, svincolato dal reddito, aumenterebbe con l'età del cittadino senza garantire una copertura sufficiente. Una Commissione del Congresso aveva calcolato che il *Trumpcare* avrebbe lasciato 52 milioni di americani senza cure.

Il Covid-19 con la perdita di tanti posti di lavoro ha peggiorato la possibilità per gli americani di stipulare un'assicurazione sanitaria. Trump ha stanziato un fondo straordinario per rimborsare gli ospedali che curavano pazienti affetti dal Covid-19. Il Covid-19 ha colpito in misura molto più pesante gli afroamericani e gli immigrati che, per le precarie condizioni economiche, hanno varie malattie pregresse che non sono in grado di curare e oppongono di conseguenza meno resistenza al Covid-19. Essi si concentrano in quartieri periferici e molto affollati (South Bronx a New York per fare un esempio) dove il contagio è facile. Non avendo qualifiche, sono anche costretti ad accettare lavori di basso profilo che non prevedono lo *smart working*. Secondo *Fair Health* il costo medio di un trattamento ospedaliero per il Covid-19 è di 45.000 dollari per pazienti di 50-60 anni, decresce leggermente con il diminuire dell'età; è comunque un costo chiaramente improponibile per milioni di americani.

Il famoso virologo americano Antony Fauci, consigliere medico della *task force* della Casa Bianca sostiene che gli USA hanno sottostimato il numero delle vittime del *virus*. Le morti (ad inizio maggio 2021) sarebbero ben più di 581.000, l'Università di Washington spinge la stima a 800.000. Fauci si è trovato in aperto contrasto con il Presidente Trump avendo sempre espresso un rigoroso punto di vista scientifico basato sui dati che invitava alla prudenza contrapposto agli atteggiamenti disinvolti del Presidente. Con Biden Fauci ha mantenuto il ruolo di consulente ma i loro rapporti sono rispettosi dei dati scientifici.

4. *Fattori interni come acceleratori della pandemia*

La Presidenza Biden si trova ad affrontare molti pesanti problemi che aggravano la difficile situazione causata dal Covid-19. Tra questi le discriminazioni razziali, la disoccupazione e la povertà.

Circa le discriminazioni razziali, nelle elezioni presidenziali del 1860 Lincoln con i repubblicani sostenne la proibizione della schiavitù. Per il Sud che allora nelle piantagioni di cotone, tabacco, zucchero e caffè contava sulla mano d'opera di 4 milioni di schiavi, era un irreparabile danno all'economia. Non fu trovato un compromesso e si arrivò nel 1861 ai quattro anni della durissima Guerra di Secessione. Durante la guerra Lincoln emanò la Proclamazione d'emancipazione, che decretava la liberazione degli schiavi. Fu il primo tassello di un lentissimo processo di riconoscimento dei diritti degli afroamericani schiacciati sotto un duro regime di *Apartheid*.

Il regime dell'*Apartheid* in America continuò fino al 1964, al *Civil Rights Act* del presidente Johnson. In quell'anno iniziano le proteste nella forma di resistenza passiva del reverendo Martin Luther King. Nel 1966 il *Black Power* promosse con decisione l'autodeterminazione.

Ad oggi possiamo affermare che in quella che viene considerata la più grande democrazia del mondo il razzismo continua. La discriminazione riguarda la possibilità di trovare lavoro, le condizioni di lavoro, gli alloggi, l'istruzione o la possibilità di stipulare mutui bancari. Una parte non irrilevante della popolazione americana vive ancora oggi in uno stato di sofferenza e di difficoltà economica che il Covid-19 ha accentuato.

Il termine di "bianchi" contrapposto ai "neri" è ampiamente impreciso. I "bianchi" privilegiati in America erano in particolare i ricchi protestanti di origine anglosassone che potevano accedere a un'ottima istruzione, potevano immigrare, votare, diventare proprietari terrieri ed avere privilegi in caso di procedimenti penali. Gli altri "bianchi" irlandesi, italiani o polacchi erano discriminati così come lo erano arabi o ebrei. Durante la Seconda Guerra Mondiale nei campi di internamento americani

c'erano prigionieri giapponesi, tedeschi e italiani. I vietnamiti erano letteralmente perseguitati.

Il razzismo in America non riguarda quindi solo gli afroamericani. Vanno aggiunti i nativi americani, gli asio-americani, gli ispanici sudamericani. Uno dei grandi problemi è la violenza delle forze dell'ordine nei loro confronti. Secondo *Mapping Police Violence* gli afroamericani sono il 24% delle vittime, pur rappresentando il 13% della popolazione.

Secondo il sito "*Data journalism*" gli omicidi causati da poliziotti sono in diminuzione negli ultimi anni del 30% nelle grandi città ma sono cresciuti nelle aree suburbane e rurali. La grande eco mediatica di alcuni casi particolari sembra aver costretto la polizia a rivedere almeno in parte il suo comportamento.

La comunità afroamericana ha dato vita a un importante movimento "*Black Lives Matter*", "le vite dei neri contano" che organizza manifestazioni per combattere il razzismo, la brutalità della polizia, le varie disuguaglianze ed ha avuto una grande rilevanza internazionale. Le tante proteste non sono bastate a fermare gli omicidi e la loro eco mediatica in tutto il mondo, soprattutto dopo il caso Floyd. La Camera dei Rappresentanti ha approvato un progetto chiamato "George Floyd Justice in Policing Act" che prevede una profonda revisione della polizia e del suo addestramento. Il Senato dovrà pronunciarsi ed approvare la riforma. È una sfida per il nuovo Presidente Biden.

Per ciò che attiene alla disoccupazione ed alla povertà, uno degli indicatori dello stato dell'economia americana è l'"*Unemployment insurance weekly claims report*", un report settimanale sui sussidi per la disoccupazione che contiene dati sulle nuove richieste di sussidio e il rapporto percentuale tra chi percepisce questo sussidio e chi ne avrebbe diritto. Una maggiore disoccupazione segnala un'economia in decrescita con ripercussioni su azioni, obbligazioni e percepibili effetti sul valore del dollaro.

Il Covid-19 ha frenato negli USA, come in tutto il mondo, l'occupazione. Nel 2020 sono andati perduti più di 9 milioni di posti di lavoro, la cifra più alta dal 1939. La pandemia ha diminuito l'occupazione femmi-

nile, ma ha colpito anche le minoranze etniche che sono costituite anche da migranti e stagionali; l'economia sommersa in crisi riguarda decine di milioni di lavoratori.

Chi perde il lavoro ha diritto al sussidio settimanale di disoccupazione che corrisponde al 40-60% dell'ultimo reddito percepito, l'ammontare è diverso in ogni Stato.

Qualche segnale di ripresa si nota dal tasso di disoccupazione che nel 2021 è sceso dal 14,8%, il dato più allarmante del periodo della pandemia, al 6,3%, un risultato delle campagne di vaccinazione che lentamente riportano alla normalità.

Secondo i dati del governo una famiglia urbana di quattro persone è considerata povera con un reddito inferiore ai 28 mila dollari. I poveri afroamericani e *latinos* sono il doppio rispetto ai bianchi. Complessivamente la povertà in America riguardava fino a maggio 2021 18 milioni di persone. Inoltre un dato allarmante riguarda i bambini poveri: dal maggio 2021 2,5 milioni di bambini americani sarebbero sotto la soglia della povertà.

Un grave problema degli Stati Uniti è rappresentato dagli homeless che sono circa 1/3 della popolazione americana, una folla di invisibili completamente priva di diritti. Il dato è sconcertante in un Paese che conta il 41% delle persone più ricche del mondo. Dagli anni Settanta con la trasformazione e la crisi dell'industria manifatturiera il loro numero è progressivamente aumentato.

5. *Scenari geopolitici e rapporti internazionali*

La pandemia ha evidenziato e accelerato tendenze già in atto sullo scacchiere geopolitico internazionale. Il *virus* ha creato una tensione fra la sua diffusione globale e il principio di sovranità territoriale nazionale come *locus* della responsabilità politica (Milani, 2020): è un mondo disordinario (Pagnini, Terranova, 2020). L'ordine internazionale, incentrato sui confini e sugli ambiti politico territoriali da essi definiti, ha difficoltà oggi nella

gestione di problemi complessi causati da fattori come l'innovazione e la mobilità delle persone, delle merci e delle informazioni che caratterizzano il XXI secolo. L'emergenza sanitaria internazionale sembra aver accelerato l'inizio di una nuova era *glocale*, basata su una stretta correlazione tra la sfera del locale e quella del globale (Vento, Zasio, 2020).

A contendersi il dominio su questo nuovo mondo sono la Cina e l'Occidente. È un conflitto globale che si sovrappone a quello preesistente fra Islamismo e Occidente cominciato nel 2001 con gli attentati alle Torri di Gemelle di New York.

L'Occidente appare oggi frammentato con la super potenza americana indebolita da problemi di geopolitica interna. Il blocco occidentale è diviso al suo interno fra lo schieramento degli isolazionisti rappresentato dalla Gran Bretagna di Boris Johnson e dagli USA di Donald Trump fin quando non è stato sconfitto da Joe Biden alle elezioni presidenziali del novembre 2020, contrapposto allo schieramento dei multilateralisti globali che auspicano di trovare una loro *leadership* nel nuovo Presidente americano. Il risultato di questo nuovo assetto geopolitico occidentale è che il principale difensore della globalizzazione, che affonda le sue radici nell'ordine internazionale imposto nel Secondo dopoguerra dagli anglo-americani, è la Repubblica Popolare cinese con il suo modello capitalista-comunista (Pagnini, Terranova, 2021).

In linea con queste posizioni geopolitiche, Trump nel 2017 si disinteressò alle trattative per l'elezione del nuovo direttore generale dell'OMS, perché era impegnato a segnare un nuovo corso delle relazioni internazionali, da multilaterali a bilaterali. La Cina fu, invece, protagonista della lunga trattativa diplomatica internazionale che portò all'elezione dell'attuale direttore generale, il medico etiope Tedros Adhanom Ghebreyesus. Donald Trump lo ha accusato di comportamenti filo-cinesi in questa emergenza sanitaria fino al punto da aver annunciato la sospensione dei fondi annuali che gli USA versano all'OMS (Ricard, Medeiros, 2020).

La pandemia di Covid-19 può indebolire l'Occidente anche per ragioni economiche. Gli Stati occidentali, a differenza di quelli asiatici (Col-

lier, Lakoff, 2015), non fronteggiavano minacce sanitarie internazionali da lungo tempo. L'Occidente sarà obbligato a interventi pubblici sul settore economico privato senza precedenti nella storia recente. La mano invisibile del mercato, pilastro soprattutto dell'apparato economico statunitense, non sarà sufficiente, infatti, a rilanciare il Prodotto Interno Lordo dei Paesi occidentali a rischio depressione dopo mesi di obbligato confinamento sociale (Walker, Whittaker, Watson, 2020).

La pandemia di Covid-19 può frammentare l'Occidente anche per ragioni culturali. Nell'attesa che si concluda la vaccinazione di massa globale, la popolazione mondiale sarà obbligata a convivere col *virus*. Per evitare nuovi focolai di contagio e conseguenti confinamenti sociali serviranno interventi statali tempestivi e d'urgenza. Da parte dei cittadini occorrerebbe lealtà, empatia, affidabilità, senso di comunità, rispetto e fiducia nelle autorità, caratteristiche non tipiche dello spirito capitalista di weberiana memoria, pilastro della cultura individualistica angloamericana. Come conseguenza dovranno essere accettati nuovi paradigmi tra scienza e politica, tra medicalizzazione e libertà, proprio come immaginava Michel Foucault (Pagnini, Terranova, 2020). Si tratta di novità che nei sistemi democratici occidentali, obbligati a bilanciare e tutelare diritti che possono confliggere fra loro, potrebbero produrre frizioni tra pubblico e privato, medici e politici, giovani e anziani, immigrati e autoctoni.

Dall'analisi dell'evoluzione delle relazioni internazionali durante la pandemia, emergono tensioni tra la Cina, accusata di essere colpevolmente la matrice del primo paziente del Covid-19, e il blocco occidentale che tuttavia nelle sue controffensive diplomatiche indirizzate al governo di Pechino sembra poco compatto, fragile e privo di un coordinamento unico (Korinman, 2020). Gli Stati Uniti hanno minacciato dazi, una guerra commerciale ai prodotti cinesi e anche il rifiuto di pagare gli interessi sul debito americano detenuto dal governo di Pechino. Nello scontro con la Cina gli USA partono in svantaggio, ma la loro sconfitta non è per questo scontata.

L'esito del confronto tra Pechino e Washington sembra dunque incerto. Sarà l'incertezza a governare lo scenario del mondo disordinario nei

prossimi anni (Pagnini, Terranova, 2021). Siamo entrati nel mondo G-Zero, neologismo coniato dal politologo americano Ian Bremmer secondo il quale dal G-20 si passerà al G-Zero; si confronteranno molte potenze, ma per la prima volta negli ultimi settant'anni non ci sarà un singolo potere o un'alleanza di poteri in grado di assumere la *leadership* globale (Fukuyama, 2020). L'assenza di un *dominus* globale porta i governi di tutto il mondo ad ergersi a tutori della sicurezza sociale ed economica per affrontare le problematiche mediche irrisolte e in via di studio, quelle economiche e le spinte delle persone che desiderano riavere le proprie libertà personali. I vari Paesi hanno preso decisioni contrastanti per le cosiddette fasi 2 e 3 con piani di riapertura delle attività differenti pressati dalla scelta non semplice tra salute ed economia. Intanto una nuova massa di poveri e disoccupati, di imprenditori che non potranno più riaprire l'attività, preme per interventi incisivi. E ogni governo procede con modalità e interventi economici diversi e spesso contrastanti (Pairault, 2020).

Rimane da capire se il nuovo Presidente degli Stati Uniti sarà in grado di rilanciare e rafforzare sulla base di relazioni multilaterali quel modello politico liberale ed economico liberista che dal Secondo Dopoguerra ha garantito nel mondo occidentale oltre mezzo secolo di stabilità, sia pur con molte ineguaglianze (Zizek, 2020).

Bibliografia

- AGNEW J., "American populism and the spatial contradictions of US government in the time of Covid-19", *Geopolitica (s) Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11 Especial (2020), pp. 15-23.
- ALLEN D., "A more resilient Union. How federalism can protect democracy from pandemics", *Foreign Affairs*, 9(2020), 4, pp. 33-40.
- BROWN W., *In the Ruins of Neoliberalism: The Rise of Antidemocratic Politics in the West*, New York, Columbia University Press, 2019.
- COLLIER J. - LAKOFF A., "Vital Systems Security: Reflexive Biopolitics and the Government of Emergency", *Theory, Culture & Society*, 32(2015), pp. 19-51.
- EDLING M.M. - *A Revolution in Favor of Government: Origins of the US Constitution and the Making of the American State*, New York, Oxford University Press, 2003.
- FUKUYAMA F., "The pandemic and political order", *Foreign Affairs*, 9(2020), 4, pp. 26-34.
- GRANDE E., *Guai ai poveri. La faccia triste dell'America*, Torino, Gruppo Abele, 2017.
- HAFFAJEE R.L. - MELLO M., "Thinking globally, acting locally. The US response to Covid-19", *New England Journal of Medicine*, 2 (2020), pp. 1-5.
- KORINMAN M., "Il peggiore dei mondi", *Mondo Nuovo*, 2(2020), pp. 11-39.
- MAXWELL A. - SHIELDS T., *The Long Southern Strategy: How Chasing White Voters in the South Changed American Politics*, New York, Oxford University Press, 2019.
- MILANI C.R.S., "Covid-19 between global human security and ramping authoritarian nationalism", *Geopolitica (s) Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11 Especial (2020), pp. 141-151.
- PAGNINI M.P. - TERRANOVA G., "Dall'ordine bipolare ad un mondo disordinario", *Overlandgeo*, 2(2021), pp. 1-14.
- PAGNINI M.P. - TERRANOVA G., *Un mondo disordinario tra medioevo e nuovo rinascimento. Un virus sconvolge la geopolitica e oltre*, Roma, Aracne, 2020.
- PAIRAULT E., "La corona-Cina vista dalla Cina: riflessioni di un'economista sinologo", *Mondo Nuovo*, 2(2020), pp. 371-380.
- PEEL P., "The populist theory of the state in early American political thought", *Political Research Quarterly*, 71(2018), 115-126.
- RICARD J., MEDEIROS J., "Using misinformation as a political weapon: COVID-19 and Bolsonaro in Brazil", *Mis-information Review-Harvard Kennedy School*, 2(2020), pp. 43-55.
- ROSSI E., "Comunque egemone, America first", *Mondo Nuovo*, 2(2020), pp. 347-354.
- RUCKER P. - LEONNING C., *A very stable genius: Donald J. Trump's testing of America*, New York, Penguin, 2020.
- VENTO A. - ZASIO C., *Icone Italiane per il post Covid. Una sfida di civiltà nel mondo pandemico*, Guardamagna, editori Varzi, 2020.
- WALKER G.T. ed Altri, "The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- and middle-income countries", *Science*, 369(2020), pp. 413-422.
- ZIZEK S., *Pandemic! Covid-19 shakes the world*, Cambridge, Polity, 2020.

Résumé

L'intérêt des géographes politiques au sujet de la pandémie est grandissant car il n'y a pas d'aspect spatial et social qui ne soit modifié et déformé par la situation sanitaire difficile. Les Etats-Unis avec un système de santé privatisé, qui laisse des millions de malades sans assistance, est un terrain d'investigation surprenant, surtout comparé aux systèmes de santé européens. La

pandémie est exacerbée par des problèmes géopolitiques internes, la relation gouvernement fédéral-Etats n'est pas facile et les problèmes connexes de racisme, de chômage et de pauvreté amplifient les problèmes critiques. La fragmentation interne doit être lue dans le contexte d'un monde désordonné aux scénarios géopolitiques troublés. Dans ce contexte, le changement de présidence Trump-Biden ouvre de nouveaux horizons actuellement imprévisibles.

Mot clés: pandémie, géopolitique américaine, monde désordonné.

Resumen

El interés de los geógrafos políticos por el tema de las pandemias es cada vez mayor porque no hay aspecto espacial o social que no se vea modificado y distorsionado por la difícil situación sanitaria. Estados Unidos, con su sistema sanitario privado, que deja sin atención a millones de enfermos, es un campo de investigación sorprendente, sobre todo si se compara con los sistemas sanitarios europeos. La pandemia se ve agravada por los problemas geopolíticos internos, la relación federal-estatal no es fácil, y los problemas asociados de racismo, desempleo y pobreza amplifican las cuestiones críticas. La fragmentación interna debe leerse en el contexto de un mundo desordenado con escenarios geopolíticos inquietos. En este contexto, el cambio de la presidencia Trump-Biden abre nuevos horizontes actualmente imprevisibles.

Palabras clave: pandemia, geopolítica americana, mundo desordenado.

Abbonamenti

Studi e Ricerche socio-territoriali ha periodicità semestrale ed è disponibile anche *on line* sul sito www.studiericerche.org

Abbonamento annuo per l'Italia **€ 35,00**, per l'estero **€ 45,00**;

Fascicolo singolo **€ 30,00** più spese postali.

I proventi che l'Associazione riceve dalla vendita della Rivista e dai contributi volontari dei sostenitori sono impiegati esclusivamente per le finalità statutarie. Se apprezzate il nostro lavoro, aiutateci con una donazione di qualsiasi importo, utilizzando una delle forme di pagamento di seguito suggerite.

Ai sensi dell'art. 14 D.L. 35/2005 e L. 156/2005, l'importo della donazione è deducibile ai fini fiscali.

Forme di pagamento accettate:

Bonifico Bancario: **IBAN IT28M0101003443100000002100** intestato a "Associazione Culturale Sviluppo e Benessere Onlus", indicando chiaramente la causale.

La stampa della Rivista è resa possibile dalle donazioni di Enti e di privati cittadini.

SOMMARIO

Nicolino Castiello, <i>Editoriale</i>	5
---------------------------------------	---

Sezione prima: LE PANDEMIE NEL TEMPO

Federica Monteleone, <i>Le epidemie e il moto violento della storia</i>	15
Silvio de Majo, <i>Il colera nella pubblicistica dell'epoca (1831-1832). Inesperienza medica, ciarlataneria e satira nella Napoli che aspetta il morbo</i>	49
Raffaella Salvemini, <i>Napoli e il controllo della frontiera marittima al tempo del colera</i>	71
Francesco Balletta, <i>La Spagnola in Italia (2018-2019)</i>	91

Sezione seconda: COVID-19 ED ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

Maria Antonietta Clerici, <i>Covid-19 e dinamiche dell'imprenditorialità privata: prime evidenze di una lettura territoriale</i>	133
Francesca Sorrentini, <i>Il turismo sostenibile tra crisi e opportunità di ripresa post Covid-19</i>	163
Carolien Fornasari - Aurora Rapisarda, <i>Coronavirus e percezione del visual landscape e del soundscape urbani: un approccio geografico</i>	185

Sezione terza: SPAZI GEOPOLITICI E TUTELA DELLA SALUTE

Alfonso Maria Cecere (giurista), <i>Ruoli e competenze dei diversi livelli istituzionali nella gestione della pandemia Covid-19 in Italia</i>	207
Giovanni De Santis, <i>Covid-19: la sanità italiana: luci ed ombre</i>	241

Sezione quarta: PANDEMIE ED ORDINE MONDIALE

Andrea Perrone, <i>Dalla crisi della globalizzazione alla de-globalizzazione. Le ripercussioni della pandemia Covid-19 nel futuro geopolitico mondiale</i>	267
Maria Paola Pagnini - Giuseppe Terranova, <i>La geopolitica degli Stati Uniti tra elezioni presidenziali e pandemia</i>	287

In copertina - Coronavirus Covid-19

Fonte: pixabay.com