

luca
sossella
editore

Laboratorio "Soldado de Nápoles"

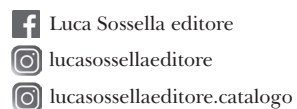
L'influenza della guerra

La memoria rimossa della "spagnola"

a cura di Gabriele Frasca



©2025 luca sossella editore/MML srl
info@lucasossellaeditore.it
www.lucasossellaeditore.it



Finito di stampare
nel mese di gennaio 2025
da xxxxxxxx srl

Art direction
Alessandra Maiarelli

In copertina
Un ospedale durante la prima guerra mondiale

Per le immagini che accompagnano questi saggi,
e tutti gli ulteriori approfondimenti, si può visitare il sito
lucasossellaeditore.it/progetto/linfluenza-della-guerra



Stampato con fondi del Dipartimento di Scienze del patrimonio Culturale
dell'Università degli Studi di Salerno

ISBN 979-12-59980-84-7

LABORATORIO “SOLDADO DE NÁPOLES”

L'influenza della guerra

A cura di
GABIELE FRASCA



Indice

9	Il canto dell'oblio <i>Gabriele Frasca</i>
59	Ricordi nascosti: l'influenza "spagnola" delle donne <i>Maria Conforti</i>
69	Osservazioni in margine a una bibliografia ragionata degli studi culturali sull'influenza "spagnola" <i>Luca Sanseverino</i>
81	Cum tangere: prossimità e distanza in <i>Mrs Dalloway</i> di Virginia Woolf <i>Flora de Giovanni</i>
95	Don Juan e la "spagnola": dalla metafora al mito <i>Iole Scamuzzi</i>
115	Il virus "entre Denges et Denezzy". L' <i>Histoire du soldat</i> di Stravinskij e Ramuz tra guerra, influenza "spagnola", globalizzazione e identità nazionali <i>Massimiliano Locanto</i>
151	"I who have sat by Thebes below the wall". Figure del contagio e della contaminazione in <i>The Waste Land</i> di T.S. Eliot <i>Carmen Gallo</i>
165	Rappresentare, narrare e dissimulare il "fiero morbo". Testimonianze scultoree ed epigrafiche negli spazi della memoria <i>Gina Venneri</i>
177	L'ultimo Schiele. I volti della malattia <i>Maria Passaro</i>
191	La "spagnola" attraverso i giornali di trincea italiani: 1917-1920 <i>Pia Carmela Lombardi, Andrea Palermitano</i>
207	La gripe española: resoconti, humor e fantomatici rimedi nella stampa "spagnola" e italiana del biennio '18-'20 <i>Stefania Di Carlo</i>
225	Spanische Grippe, Schweizerpest: diffusione, censura e rimozione di una pandemia al tramonto della Doppelmonarchie <i>Lorenzo Moniaci</i>
239	Mr. Wise e il cavaliere pallido <i>Giuseppe Ghigi</i>
257	Emergenze. La scomparsa del Covid-19 dalle nostre vite <i>Chiara Moretti</i>
277	Biografie

L'influenza della guerra

radicalmente il sistema produttivo e distributivo cinematografico, accentuandone la verticalizzazione e fondando la Paramount Pictures Corporation. La *Paramount* comprò una grande quantità di cinema in crisi o che avevano chiuso a causa della pandemia costruendo una catena distributiva proprietaria che metteva in programma i migliori film prodotti dalla casa e lasciando ai cinema indipendenti solo quelli di minor cassetta. Presto anche la *Universal Pictures*, la *Warner Bros*, la *Columbia Pictures* e per ultima la *MGM*, seguirono l'esempio di Zukor. Il cinema americano nel 1921 non era più lo stesso.

1. *Discorsi*

Stando ai dati raccolti dal Ministero della Salute nell'ambito del monitoraggio della pandemia SARS-CoV-2, negli ultimi sette giorni (scrivo in data 5 dicembre 2023) in Italia sono stati registrati 52.177 nuovi casi di Covid-19, 5.741 persone sono state ricoverate in ospedale con sintomi correlati al virus, 170 di queste sono finite in terapia intensiva e si sono verificati 291 decessi. Eppure il Covid-19 *non esiste più* o, perlomeno, la sua diffusione e le sue ripercussioni sulle società e sulle nostre vite sono state derubricate a fatti di secondaria importanza.

La pandemia che ha colpito il mondo a partire dai primi mesi del 2020 ha determinato tuttavia, come tutte le crisi, enormi e profondi cambiamenti che hanno impattato sui modi in cui pensiamo il passato, percepiamo il presente e immaginiamo il futuro. Essa ha scosso le fondamenta di interi assetti sociali e politici, ha provocato una devastazione dei sistemi di salute e un impoverimento di quelli educativi, ha determinato una profonda recessione economica, ha impattato sul mercato del lavoro, ha alimentato disuguaglianze preesistenti rafforzando una distribuzione iniqua della ricchezza e delle possibilità di vita. Le sue conseguenze non sono ancora del tutto visibili e calcolabili ma sappiamo quanto l'emergenza causata dal Covid-19 sia stata capace di rinvigorire la violenza strutturale (Farmer 2004) che, nelle sue molteplici forme, caratterizza le società contemporanee con ricadute distribuite in maniera disomogenea nelle diverse parti del globo. Di tali ricadute parlano alcuni dati relativi al peggioramento dello stato di salute della popolazione generale, soprattutto di quella più vulnerabile: la pandemia non ha solo, direttamente o indirettamente, causato la morte di 14,9 milioni di persone (336,8 milioni di anni di vita persi a livello globale, dati riguardanti i soli 2020 e 2021)¹ ma ha nettamente contribuito, nei Paesi occidentali, a far rialzare i tassi di mortalità prematura per le principali malattie non trasmissibili (come diabete, tumori, malattie respiratorie croniche e patologie cardiovascolari) scuotendo, in aggiunta, il funzionamento dei sistemi deputati alla salute e determinando, così, ritardi nei trattamenti terapeutici se non una sospensione della cura per milioni di pazienti che si rivolgono ai

1 Dati estrapolati dal report *World health statistics 2023* pubblicato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): www.who.int/publications/i/item/9789240074323.

pubblici servizi.² Esacerbando forme di sofferenza o innescandone di inedite, l'emergenza sanitaria ha inoltre comportato un aumento di morti per suicidio e, in generale, un peggioramento della salute mentale di adulti e adolescenti soprattutto nelle fasce sociali già colpite da marginalità e disagio economico (Racine *et al.* 2021; Sachs *et al.* 2022; Moulin 2023). Nei Paesi a basso reddito – dove i tassi di mortalità da Covid-19 risultano correlati anche a un mancato accesso ai programmi di vaccinazione – la pandemia ha impattato sull'assistenza primaria e sulla prevenzione determinando sia un balzo degli indicatori sulla mortalità materno-infantile e neonatale, sia un aumento considerevole nell'incidenza di malaria, tubercolosi, morbillo, papillomavirus umano e tetano.³ Sovrapponendosi infine a mutamenti strutturali già in atto a livello planetario, la diffusione del virus ha aggravato le condizioni di salute di intere popolazioni già colpite dalla crisi ecologica e climatica (Vineis 2020; Romanello *et al.* 2023) e che nei fatti subiscono, attualmente, le conseguenze più drammaticamente visibili delle modalità di produzione e di consumo che caratterizzano il funzionamento delle nostre società a capitalismo avanzato.

È il 5 maggio 2023 quando il Direttore Generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dichiara in conferenza stampa la fine dell'emergenza sanitaria causata dal virus SARS-CoV-2. Affermerà che l'immunità in aumento grazie ai vaccini, la riduzione dei tassi di mortalità e una diminuzione della pressione sui sistemi sanitari hanno consentito all'International Health Regulations Emergency Committee di ritenere la pandemia una questione sanitaria ormai consolidata.⁴ Ciò non equivale certamente a considerare il virus come estinto; aggiungerà, riprendendo le sue parole: "La scorsa settimana [il Covid] ha tolto una vita ogni tre minuti e questi sono solo i morti che conosciamo. Mentre parliamo, migliaia di persone nel mondo stanno combattendo per le loro vite nelle terapie intensive e milioni continuano a essere debilitati dalle condizioni di Long Covid. Questo virus continua a esistere, continua a uccidere e a cambiare".⁵

Nel contesto italiano la pandemia non si configurava più come una questione di primaria importanza per lo Stato già molto tempo prima delle dichiarazioni pubbliche dell'OMS; si dirà che il disa-

stro è dalla parte dell'oblio (Cutolo 2020) ma resta tuttavia interessante notare come una questione di tale portata abbia rapidamente perso la sua rilevanza fino a scomparire del tutto dai programmi di governo, dai dibattiti istituzionali e politici. Certamente a giocare un ruolo importante nel processo di metabolizzazione del Covid-19 vi è stata la lenta trasformazione del virus da epidemico a endemico resa possibile grazie alle conoscenze e agli sviluppi biomedici per ciò che concerne la cura e, soprattutto, la prevenzione, e alle politiche di controllo e contenimento del virus messe in atto. Tale trasformazione da sola non è tuttavia sufficiente a fare luce sulla rimozione dell'evento pandemico: l'endemicità comporta infatti una stabilità e prevedibilità delle infezioni, ma non denota l'innocuità del virus; in altre parole, essa non riduce né la capacità del Covid-19 di diffondersi ampiamente tra la popolazione né di presentarsi nella sua forma grave se non mortale. Ad accelerare la fuoriuscita della pandemia dai *discorsi* (Foucault 1972) ha contribuito piuttosto un ulteriore avvenimento, ossia l'emersione concomitante di una nuova emergenza, non più sanitaria bensì umanitaria, connessa allo scoppio della guerra in Ucraina e alle sue conseguenze sul piano sociale, economico, energetico e geopolitico.

È infatti tra fine febbraio e inizio marzo 2022 che in Italia le notizie pubblicate sui principali quotidiani parlavano di due *stati di emergenza* in transizione: il primo, iniziato il 31 gennaio 2020 per contrastare la diffusione dell'epidemia da Covid-19 e il secondo dichiarato il 28 febbraio 2022 in conseguenza alla crisi internazionale dovuta a ciò che stava accadendo nei territori dell'Ucraina. La dichiarazione di una emergenza umanitaria – da allora prorogata già due volte e, nel momento in cui scrivo, tuttora in corso⁶ – ha previsto, come noto, una serie di misure da parte del governo italiano tra cui: un iniziale stanziamento di 10 milioni di euro a carico del Fondo per le emergenze nazionali per assicurare soccorso e assistenza alla popolazione ucraina; il rafforzamento della rete di accoglienza destinata a cittadini ucraini sul territorio nazionale tramite l'incremento di risorse utili all'attivazione e alla gestione di centri governativi; l'adesione al programma di sanzioni dell'Unione Europea verso la Russia e la Bielorussia; l'invio di molteplici

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ Si rimanda al link: [www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](http://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).

⁵ Estratto dal video pubblicato sul canale YouTube dell'OMS e reperibile al link www.youtube.com/watch?v=XgmgFDA4fb4.

⁶ Lo stato di emergenza, che inizialmente prevedeva un termine al 31 dicembre 2022, è stato prima prorogato fino al 24 maggio 2023 e, successivamente, fino al 31 dicembre 2023. Si rimanda agli atti pubblicati in Gazzetta Ufficiale: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/01/07/23A00040/sg. Le dichiarazioni iniziali sullo stato di emergenza umanitaria, a cui sono poi succedute nel tempo molteplici disposizioni e integrazioni, sono consultabili sul sito della "Gazzetta Ufficiale": www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg.

pacchetti di aiuto tra cui la cessione di armi e di equipaggiamenti in sostegno militare alla difesa dell'Ucraina.⁷ L'emergenza umanitaria, nelle parole dell'allora Presidente del Consiglio dei Ministri Mario Draghi, non avrebbe avuto conseguenze sul territorio italiano né avrebbe impattato sulla decisione, presa silenziosamente poco tempo prima dello scoppio della guerra, di allentare le misure restrittive dovute al contenimento della pandemia da Covid-19. Di fatti non ha impattato: il 31 marzo 2022 lo stato di emergenza sanitaria in Italia cessava; questo accadeva nonostante vi fosse una crescita esponenziale dei contagi causata dalla variante Omicron, maggiormente trasmissibile e meno letale ma non abbastanza, probabilmente, da evitare un numero importante di decessi che di fatti si è registrato in quel periodo, complice anche una sanità pubblica ancora (e tuttora) in crisi, e strutture sanitarie ormai compromesse. Se dare un nome alle cose significa farle *esistere*, nel caso del Covid-19 non si può certamente affermare che la sua fuoriuscita dai discorsi pubblici ne abbia ridotto la capacità di diffondersi, circolare e fare vittime.

Riflettendo sulla transizione tra stati di emergenza, ad aprile dello scorso anno sulla rubrica *Storie Corali* scrivevamo:

L'ironica attribuzione di un Nobel per la medicina a Putin per averci d'un tratto "liberato" dal Covid che ha circolato sui social media nei giorni scorsi ha avuto almeno il vantaggio di confermare un nesso: quello tra guerra e pandemia. Come accadde negli anni Venti del secolo scorso con la connessione tra Grande guerra ed epidemia di influenza "spagnola", ora il collegamento è chiaro: si è passati dalle metafore belliche alla lettera della guerra, dal coprifuoco metaforico a quello vero e proprio, dal Covid-19 all'Ucraina-22.⁸

In effetti i possibili parallelismi tra i processi di ridimensionamento, se non di rimozione, del Covid-19 e quelli che hanno interessato la pandemia da influenza "spagnola" del secolo scorso appaiono chiari considerando proprio il nesso "guerra-pandemia": in entrambi i casi, infatti, il contesto bellico e i suoi esiti sul tessuto sociale e politico sembrano impattare (e aver impattato), da una

parte, sui provvedimenti adottati, vale a dire sulla gestione dell'emergenza sanitaria nonché sui processi di definizione del rischio che proprio da tale gestione sono derivati; dell'altra, sui discorsi e sulle narrazioni successive, dunque sulle stesse modalità di costruzione di una memoria condivisa, collaborativa e sociale (Orianne, Eustache 2023) dei due eventi pandemici.

In questo senso, nel "fuoco della guerra" (Abbasi 2022), a fronte di una mutazione dell'attenzione politica e di un disinteresse generalizzato, l'emergenza sanitaria da Covid-19 è passata in secondo piano, ne siamo cioè in qualche maniera *usciti*; nello stesso fuoco, nella pandemia da influenza "spagnola" forse, in un certo senso, non si è *neppure* propriamente entrati.

2. Che cos'è?

La mattina del 4 marzo 1918 il ranciere Albert Gitchell si presentò nell'infermeria di Camp Funston, in Kansas, con mal di gola, febbre e mal di testa.

(...) Metaforicamente parlando, altri cinquecento milioni di persone seguirono Albert Gitchell in infermeria.

Laura Spinney, 1918 *L'influenza spagnola*.

La pandemia che cambiò il mondo

Seguendo uno schema notevolmente diverso da quello della pandemia precedente che si era diffusa in tutto il mondo poco più di venti anni prima, tra il 1889 e il 1894,⁹ l'epidemia da influenza "spagnola" fece registrare i primi casi nella primavera del 1918, per poi ripresentarsi dapprima nell'autunno dello stesso anno e, successivamente, tra l'inverno e i primi mesi del 1919. Tre rapide ondate che in un periodo di nove mesi hanno fatto registrare casi in tutto il mondo, dal Nord America all'Europa, dall'Asia all'Africa, dal Sud America al Pacifico, infettando in maniera sintomatica un terzo della popolazione mondiale, approssimativamente 500 milioni di persone (Morens *et al.* 2010) e causando, secondo le stime più caute, tra i 24 e i 50 milioni di decessi globali (Tognotti 2015). Il numero dei casi e dei decessi è ancora oggi oggetto di dibattito:¹⁰ i dati registrati a livello globale circa la morbilità e la mortalità

⁷ Le ulteriori misure di sostegno sono consultabili sul sito della Farnesina.

⁸ Introduzione all'editoriale di Kamran Abbasi *Climate, pandemic and war: an uncontrolled multicrisis of existential proportions* pubblicato sul British Medical Journal e riproposto in traduzione italiana consultabile al link: www.treccani.it/magazine/atlanter/societa/Storie_corali_Clima_pandemia_guerra.html
Storie corali è stata una tribuna di riflessione critica sulla crisi connessa all'emergenza da Covid-19 coordinata dal gruppo editoriale composto da Andrea Carlino, Maria Conforti, Virginia De Silva, Gabriele Frasca, Chiara Moretti, Bernardino Palumbo, Giovanni Pizza, Gino Satta e Pino Schirripa.

⁹ Considerata come la prima pandemia dell'era industriale, "l'influenza russa" fece registrare i primi casi nel Turkestan, prima di raggiungere tutti i Paesi europei, gli Stati Uniti d'America e il mondo intero. Caratterizzata da una elevata contagiosità, l'influenza si diffuse velocemente causando un milione di decessi in tutto il mondo (Lina 2008; Berche 2022).

¹⁰ Nei rapporti pubblicati poco dopo la pandemia si riporta un numero di circa 21-25 milioni di morti in tutto il mondo, di cui circa 550.000 negli Stati Uniti, 2.163.303 in Europa e 15.757.363 in Asia (Tognotti 2009); alcuni autori (Patterson, Pyle 1991;

hanno infatti risentito di segnalazioni mancanti, diagnosi errate, censimenti inesistenti, strutture di monitoraggio insufficienti e sistemi di registrazione successivamente distrutti o danneggiati a causa della guerra (Patterson, Pyle 1991; Niall, Mueller 2002). La limitazione delle segnalazioni ha interessato inoltre intere popolazioni rurali così come le popolazioni soggette a politiche coloniali e di cui, tuttora, si hanno poche informazioni; se i dati appaiono contraddittori per ciò che concerne vaste aree del mondo, è ormai chiaro che alcuni Paesi hanno documentato solo singole ondate di epidemia e che i sistemi di monitoraggio presenti in Europa e Nord America spesso non hanno registrato con precisione i casi e i decessi avvenuti prima e dopo la primavera del 1918 (Tognotti 2009; Morens *et al.* 2010).

Allo stesso modo, diverse sono le questioni ancora non del tutto chiarite per ciò che concerne l'origine geografica del virus. Diverse ricostruzioni concordano nell'indicare il campo di addestramento militare americano di Camp Funston, nel Kansas, come il primo luogo in cui l'influenza fu segnalata e registrata ufficialmente a marzo del 1918 (Patterson, Pyle 1991; Tognotti 2015; Spinney [2017] 2018); da lì il virus probabilmente si diffuse, in aprile, negli altri stati americani e successivamente, attraverso gli spostamenti delle giovani reclute in partenza per la guerra, in Francia. Molto contagiosa ma meno letale rispetto alla forma influenzale che si ripresentò mutata nell'agosto del 1918 per poi diffondersi in autunno, l'ondata primaverile non destò preoccupazioni raggiungendo tra maggio e giugno la Germania, il Portogallo, l'Inghilterra e l'Italia. Si spostò a est, fino alla Polonia e alla Romania, per fare poi la sua comparsa anche nel nord Africa, India, Cina, Australia, Nuova Zelanda e odierna Indonesia (Patterson, Pyle 1991).¹¹ Quando comparve sulla costa settentrionale della Spagna, per diffondersi ben presto colpendo un terzo della popolazione, i giornali nazio-

nali diedero risalto alla notizia: a differenza dei Paesi impegnati nel conflitto mondiale, dove al contrario vigeva una rigida censura che filtrava le informazioni, i mezzi di comunicazione della neutrale penisola iberica descrissero dettagliatamente l'epidemia di quell'influenza che venne così ben presto, come noto, denominata "spagnola". L'ondata primaverile durò due mesi, si esaurì in luglio ma il virus ricomparve nella tarda estate: mutato e molto più letale, fu responsabile di un numero elevatissimo di decessi colpendo anche soggetti sani e di età compresa tra i 20 e i 40 anni, un gruppo a rischio relativamente basso nelle precedenti pandemie (Morens *et al.* 2010; Cutolo 2019).

Caratterizzata da stanchezza, dolori diffusi, febbre alta, arrossamento degli occhi, tosse stizzosa, l'influenza spesso portava con sé le complicazioni responsabili dell'alto tasso di mortalità: polmonite batterica, tracheobronchite, bronchite acuta. Le origini esatte dell'ondata autunnale restano una questione aperta; non è ancora dal tutto chiaro se sia apparsa contemporaneamente in Francia, Sierra Leone e Massachusetts, se il primo caso di "spagnola" sia stato registrato a Brest, in Francia, a fine agosto 1918 o se il virus abbia in realtà continuato a diffondersi durante la primavera e l'estate, subendo mutazioni che ne giustificerebbero inoltre la maggiore patogenicità e virulenza, per poi ripresentarsi.¹²

L'ondata autunnale aveva raggiunto ogni luogo abitato della terra nell'ultimo mese del 1918 colpendo zone che non erano state interessate in primavera risparmiando, probabilmente, solo l'Antartide, l'Atlantico meridionale, alcune isole o regioni remote e, infine, l'Australia (Spinney [2017] 2018). Nell'inverno e nella primavera del 1919 in molti luoghi si verificò una terza ondata più mite, probabilmente uno strascico delle precedenti (Patterson, Pyle 1991), favorita dagli agglomeramenti e dai festeggiamenti per la fine della guerra e la firma dell'armistizio (Tognotti 2009; Spinney [2017] 2018) e veicolata, al contempo, dai movimenti del dopoguerra come il rientro dei reduci, gli spostamenti dei profughi e

Reid *et al.* 1999; Niall, Mueller 2002; Morens *et al.* 2010) considerano queste stime non precise e indirizzano il computo totale dei decessi verso i 100 milioni, vale a dire più vittime delle due guerre mondiali messe insieme. I tassi di mortalità, causati dall'altissima diffusibilità dell'influenza che si concentrò in un arco temporale di pochi mesi, oscillarono sul 2,5%, a fronte di una media dello 0,1% registrata nelle precedenti epidemie influenzali (Tognotti 2009).

11 Vi sono ulteriori ipotesi sull'origine geografica del virus; la prima localizza i primi focolai di influenza in Oriente, dove il virus sarebbe dapprima comparso nel 1917 per poi diffondersi, a seguito dell'ingresso in guerra della Cina dopo una lunga fase di neutralità, in Europa e America. Una seconda ipotesi individua la Francia come luogo di origine e in particolare la zona del Passo di Calais a Étaples dove stazionavano già a metà 1916 i soldati sbarcati sul continente in attesa di essere destinati alle varie zone di guerra (Bianchi 2020).

12 Analizzando alcuni documenti, rapporti e dichiarazioni di medici, clinici e autorità sanitarie sia civili sia militari, Eugenia Tognotti ipotizza l'origine della seconda ondata pandemica a luglio localizzandola in Italia, un dato che spiegherebbe l'alto tasso di mortalità registrato in Europa rispetto ad altri Paesi. In Italia l'influenza causò un numero importante di vittime: nel 1925 il demografo Giorgio Mortara aveva ipotizzato 600.000 decessi, circa l'1,6% della popolazione censita, e un numero di contagi che oscilla tra 5 e 25 milioni su circa 36 milioni di abitanti. Si tratta di una diffusione e gravità maggiore rispetto ad altri Paesi europei probabilmente anche causata dal fatto che le prime due ondate pandemiche si verificarono durante due momenti importanti della guerra, ossia l'offensiva sul Piave a metà giugno e la battaglia di Vittorio Veneto alla fine di ottobre (Tognotti 2009, 2015).

la ripresa dei commerci (Cutolo 2019). L'influenza scomparve così verso la metà del 1920.

Per via delle sue caratteristiche e conseguenze, la “spagnola” può essere considerata come una tra le più gravi pandemie influenzali della storia avvenuta, ironicamente, nell'epoca degli enormi progressi della microbiologia, del trionfo della medicina batteriologica e quando la minaccia connessa alle grandi epidemie (quali peste, colera, tubercolosi, sifilide, malaria, tifo e lebbra) sembrava essere scongiurata nei Paesi più sviluppati grazie all'identificazione e all'isolamento degli agenti patogeni, e allo studio sui vaccini; una malattia per certi versi “anacronistica” (Cutolo 2020) ma, a ben vedere, non compresa da una medicina ancora concettualmente indietro nella definizione delle patologie virali e che aveva all'epoca sviluppato scarse conoscenze sulla loro diffusione. Di fatti, nell'autunno del 1918 poche erano le certezze sull'eziologia del virus che stava imperversando causando un numero altissimo di vittime e sulle strategie terapeutiche da impiegare per contenerlo.

Forse proprio questa disfatta del mondo scientifico è un elemento che può fare luce su quei processi di rimozione dell'influenza “spagnola” dal vissuto dei contemporanei e dalla successiva memoria collettiva (Tognotti 2015; Cutolo 2021); tuttavia essa non può che configurarsi come uno tra i tanti fattori che vi ha contribuito. Se infatti “100.000.000 [morti] è un numero che va oltre ogni possibile idea di sofferenza umana (...) [ed è] impossibile immaginare tutto il dolore contenuto in quella fila di zeri” (Spinney [2017] 2018, 2518), ancor più inverosimile appare individuare nella sola battuta d'arresto del cammino trionfale della rivoluzione biomedica dei primi del Novecento la causa dell'oblio, o ciò che per molto tempo ha consentito alla pandemia influenzale di trasformarsi in un “elefante nella stanza” (*Ibid.*). Certamente la “congiura del silenzio” (Bianchi 2020) può essere stata determinata da una serie di questioni. Tra queste la rimozione del dolore e la volontà dei sopravvissuti di voltare pagina e dimenticare nella speranza di un ritorno alla normalità; una volontà del tutto comprensibile e piuttosto legittima considerando che la “spagnola” ha moltiplicato gli orrori causati dal conflitto mondiale. La rapidità con cui fu cancellata la pandemia influenzale va inoltre cercata nella “sdrammatizzazione della morte in quella che fu la guerra più sanguinosa della storia dell'umanità” (Tognotti 2015, 229) e “nell' ‘oscuramento’ del lutto privato rispetto a quello collettivo per le morti ‘eroiche e sante’ in nome della patria, alle quali era riservato il ricordo e il pianto” (*Ibid.*). La costruzione del culto dei caduti di guerra tramite targhe, militi ignoti, commemorazioni e monumenti pare infatti

aver alimentato il processo attraverso cui la tragedia sanitaria veniva offuscata dai disastri dal conflitto; la stessa celebrazione dei militari deceduti a causa dell'influenza – circa 70.000 quelli registrati in Italia solo tra settembre e dicembre del 1918 (Fornasin, Breschi, Manfredini 2018) – non ha previsto specifici memoriali. Spogliato del tutto da una componente pubblica, il lutto per questi morti e per quelli senza uniforme pare, di fatto, essere stato confinato in una sfera esclusivamente privata, intima ma non collettiva (Bianchi 2020; Contini 2020), laddove la crisi sanitaria e il suo impatto permanente si è così registrato quasi esclusivamente “negli atomi della società”, ossia negli individui (Crosby 2003).

L'egemonia della memoria eroizzante dei caduti in guerra sul ricordo dei morti per la “spagnola” è un elemento che, assieme ad altri, non solo consente qui di fare luce sui successivi processi di rimozione dell'evento pandemico dalla memoria istituzionale e dal racconto pubblico del passato ma che mostra, soprattutto, come si siano configurate le strategie di gestione e di comunicazione dell'emergenza sanitaria adottate dai governi allora in guerra durante la crisi epidemiologica causata dalla diffusione dell'influenza; si tratta di strategie informate, come noto, da una censura imposta dalla mobilitazione totale e dallo stato d'eccezione che nei Paesi impegnati nel conflitto proibiva la circolazione delle notizie sulla malattia che si stava diffondendo. Una censura (istituzionale, militare, coloniale) operata peraltro come azione di contenimento della psicosi collettiva, attuata al fine di non impressionare sinistramente la popolazione già provata dalla guerra e scuotere la resistenza morale degli eserciti (Contini 2020) ma che, nei fatti, creava l'effetto opposto perché le informazioni rassicuranti che tendevano a ridurre la gravità della crisi sanitaria venivano diffuse in un contesto dove al contrario, seppur tardivamente e prevedendo molte eccezioni, erano state attuate alcune misure per il contenimento dell'epidemia;¹³ questo accadeva durante l'esplosione del contagio pandemico primaverile ma soprattutto, e non a caso, in autunno ossia quando, durante la fase decisiva della Grande guerra, il virus si era ripresentato nella sua forma più violenta. La *maledetta* o *capricciosa*, *pseudoinfluenza*, *febbre dal Sud*, *febbre di Parma*, *febbre delle Fiandre*, *Tedesca* o *Britannica*, la *malattia bolscevica*, *influenza dell'uomo*

13 Il contenimento dell'epidemia ha previsto misure profilattiche, programmi di disinfezione e provvedimenti riguardanti il divieto di assembramento (chiusura di teatri, cinema, locali pubblici, o lo stesso divieto di celebrazione di funerali e ulteriori cerimonie religiose) ma non la chiusura di industrie o fabbriche di materiale bellico, così come di uffici pubblici che di fatti non subirono particolari riduzioni d'orario e sospensioni continuando, così, a movimentare quotidianamente migliaia di lavoratori.

bianco, trancazo, sferza nera, soldato di Napoli, la forestiera, o manhu (in ebraico “che cos’è?”) sono alcuni dei nomi dati alla “spagnola” nelle diverse parti del mondo (Spinney [2017] 2018; Contini, Vicentini 2021); nomi che rimandano certamente a specifiche culture della guerra,¹⁴ a tese relazioni coloniali, a interpretazioni locali socialmente informate così come a immaginari simbolici connessi alla diffusione di una malattia considerata *straniera* perché introdotta nei propri contesti di vita ma che, al contempo, vanno letti proprio alla luce di una difficoltà di decifrare il *morbo* causata dal velo di silenzio che cadde sull’epidemia influenzale.

Cosa è stata la “spagnola” si può forse provare a immaginare oggi nel tentativo di attuare un’operazione di ricostruzione, e ciò non solo grazie alle scoperte avvenute tra fine anni Novanta e inizio anni Duemila sul virus A/H1N1 responsabile dell’epidemia influenzale,¹⁵ ma anche per mezzo di un’analisi che consenta di riposizionare la pandemia all’interno di un contesto storico, sociale e politico circoscritto. È un contesto in cui, come già in più occasioni mostrato (Crosby 2003; Tognotti 2015; Cutolo 2020), la guerra ha naturalmente giocato a più livelli un ruolo decisivo, laddove gli stati “stretti tra due crisi, quella sanitaria e quella militare (...) scelsero di dare assoluta priorità allo sforzo bellico a discapito della tutela della salute pubblica” (Cutolo 2021, 4). Se da un lato tale priorità ha modellato il ricordo e la memoria successivi dell’evento pandemico, dall’altro essa è un elemento che – giocando un ruolo centrale nelle politiche di contenimento del virus così come nei processi di definizione e di percezione del rischio connessi alla crisi sanitaria – può fare luce sull’enorme numero di decessi registrato in quegli anni.

3. Crisi

Gli studi antropologici che si sono interessati ai giudizi e alle concezioni concernenti il rischio hanno mostrato come quest’ultimo per essere compreso vada inserito all’interno di specifici orizzonti di senso, letto non come un concetto statico bensì dinamico, intersoggettivo poiché prodotto attraverso le relazioni sociali (Lupton 2013). La percezione del rischio e i modi per affrontarlo cambiano da un contesto all’altro e sono frutto di un’elaborazione

culturale (Douglas [1992] 1996) in quanto intimamente connessi ai significati dati ai fenomeni e alla collocazione di questi ultimi all’interno delle organizzazioni sociali entro cui i soggetti si muovono; si tratta di organizzazioni informate da valori, riferimenti, sistemi di credenze, specifiche norme, ragioni interne, precise configurazioni storiche ed economiche oltre che da *priorità* e *interessi* che informano i processi stessi attraverso cui si seleziona e si definisce in termini di rischio *reale* solo alcuni pericoli che vengono considerati come degni di particolare attenzione (Ligi 2012). La percezione pubblica del rischio si prospetta pertanto come una costruzione sociale (Ligi 2009; Falconieri, Dall’Ò, Gugg 2022) che non genera tanto da una concretezza del pericolo in sé quanto piuttosto da come quest’ultimo viene elaborato; essa va dunque analizzata anche alla luce della valenza politica che assume, ossia da come viene informata da precise *scelte*, oltre che dalla misura che, proprio alla luce di tali scelte, vengono pensate e attuate per contenere e ridurre il rischio stesso. Ora, sebbene la pandemia da SARS-CoV-2 e quella da influenza “spagnola” si siano verificate in periodi storici e in contesti socioculturali diversi e mostrino quindi precise peculiarità che non permettono una comparazione mirata a individuare divergenze e similitudini, è proprio alla luce della valenza politica che modella i processi di selezione, definizione e percezione del rischio che è forse possibile riflettere (azzardatamente?) su alcuni possibili parallelismi tra i due eventi, laddove, dinanzi alla simultaneità di più emergenze, i pericoli connessi alla crisi sanitaria hanno visto un innalzamento dei *livelli di accettabilità*, con tutte le conseguenze più o meno prevedibili in termini di tutela della vita e della salute della popolazione.

Per ciò che concerne la pandemia da influenza “spagnola”, l’innalzamento di tali livelli di accettabilità è stato informato e determinato dalla scelta dei governi di occultare la gravità dell’emergenza sanitaria e di adottare solo alcuni dei necessari provvedimenti igienico-sanitari con lo scopo di non compromettere le attività utili al funzionamento della macchina statale, economica e militare (Barry 2020). Questo ha significato diverse cose: in primo luogo, permettere al virus di circolare incontrastato. La diffusione della “spagnola” fu infatti enormemente facilitata dal conflitto mondiale, in particolare dai movimenti e dagli sbarchi delle truppe, dagli afflussi e assembramenti delle reclute da addestrare, dai trasferimenti forzati, dal dislocamento dei soldati spesso gravemente malati a causa dalle precarie condizioni di vita in trincea, dai movimenti necessari per gli approvvigionamenti, nonché dagli spostamenti che avvenivano a un ritmo sempre più accelerato tramite mezzi di comunicazio-

14 Sulle formulazioni del concetto di guerra e sui suoi significati alla luce del dibattito antropologico rimando a Jourdan 2015.

15 Di probabile origine aviaria e diverso da qualsiasi altro ceppo influenzale conosciuto fino ad allora, il virus A/H1N1 responsabile dell’epidemia influenzale è stato analizzato attraverso il recupero del corpo di una vittima di “spagnola” sepolta nel permafrost dell’Alaska e l’isolamento di frammenti di RNA da tessuti polmonari di soldati americani deceduti durante gli anni di pandemia (Reid *et al.* 1999; Tumpey *et al.* 2005).

ne (reti ferroviarie, trasporti marittimi e fluviali) che collegavano i continenti con un'intensità senza precedenti e che non hanno visto particolari restrizioni, considerando che i governi erano interessati a non compromettere la vita produttiva dei diversi Paesi durante il conflitto. Prediligere la guerra ha equivalso, in secondo luogo, a ridimensionare i rischi connessi a una libera diffusione del virus e, dunque, alla probabilità di mutazione e a un conseguenziale innalzamento dei tassi di mortalità da influenza che, nei fatti, si sono registrati. La "spagnola" circolava pertanto in un ambiente insalubre trovando nelle città e nelle campagne intere popolazioni in condizione di scarsa igiene, indebolite e malnutrite a causa del conflitto, oltre che ospedali e strutture sanitarie sovraffollate e al collasso, dove mancavano medicinali e generi di prima necessità, e del tutto prive di medici e di infermieri che si trovavano al fronte al fine di tutelare la salute dell'esercito per non intaccarne l'operatività. Questo ha causato la rapidità della deriva antigenica che ha consentito al virus di mutare molto velocemente e all'epidemia di esplodere nella sua forma più violenta e mortale (Opdycke 2014) in periodi dell'anno, peraltro, normalmente sfavorevoli alla propagazione dei virus influenzali (Taubenberger, Morens 2006).

A differenza dell'influenza "spagnola", la gestione della pandemia da Covid-19 ha previsto al contrario rigide misure di contenimento del virus e, al contempo, è stata accompagnata da un'importante e costante diffusione di notizie sull'andamento epidemiologico, se non da una infodemia che ha alimentato il panico morale (Quassoli 2023). Tuttavia, lo scoppio della guerra in Ucraina, il conseguente *avvicendamento* di emergenze e lo spostamento (comprensibile) dell'attenzione causato dalla gravità e dalla drammaticità del conflitto hanno accelerato, in qualche maniera, una conclusione *sociale* della pandemia. Tale conclusione – sebbene alimentata anche da altri fattori come, per esempio, una maggiore conoscenza del virus, i progressi biomedici nella cura e nella prevenzione, la diminuzione della pressione sugli ospedali, o la stessa "abitudine" a convivere con il Covid-19 – ha determinato un ridimensionamento nella definizione della portata dei rischi connessi alla situazione sanitaria. Come accennato, nel contesto italiano la mutazione nell'attenzione politica ha generato un veloce disinteresse nei confronti dell'evento pandemico e una brusca interruzione delle politiche di contenimento del virus; ciò è avvenuto nonostante gli appelli della comunità scientifica e dell'OMS che in più occasioni hanno evidenziato il rischio connesso al rapido aumento dei contagi, individuando inoltre nella guerra in Ucraina la possibilità di emersione di

nuovi focolai e varianti, la miccia per una nuova e imprevedibile fase epidemica in quel territorio con effetti sul resto dell'Europa e del mondo. Si è trattato di un timore fondato a ben vedere considerando che, come nel caso della "spagnola", anche il virus SARS-CoV-2 in tempi di conflitto trova una popolazione e intere comunità in condizioni di estrema precarietà, prive di assistenza sanitaria e tendenti al tracollo immunitario, fattori questi estremamente favorevoli alla mutazione dei virus.

Dare priorità alla guerra ha altresì velocizzato un ulteriore processo, vale a dire l'ingresso in un'era post-emergenziale caratterizzata da una de-politicizzazione costante dell'evento pandemico e dell'emersione dei rischi stessi che a quest'ultimo sono stati connessi; ciò ha condotto a raffigurare il *disastro* sanitario avvenuto come una sorta di fenomeno *esogeno* al nostro sistema sociale: non tanto come la normale conseguenza di un funzionamento anomalo dei sistemi sociali stessi quanto piuttosto come l'interruzione anomala di uno stato di normalità a cui voler velocemente ritornare (Falconieri, Dall'Ò, Gugg 2022). Tuttavia, intesi come eventi capaci di rendere estremamente evidenti le cornici storiche entro cui si compiono (Saitta 2015), le crisi, le emergenze e i disastri per essere compresi e contrastati vanno osservati proprio come il risultato tangibile dell'assetto di una società su determinati territori e categorie sociali (Ligi 2009, 2012; Benadusi 2015a, 2015b; Castorina, Pitzalis 2019; Gugg 2018, 2023); essi si presentano come qualcosa di *costruito* e di *prodotto* nel tempo ed è per questa ragione che vanno politicizzati alla luce dei processi che nel tempo li hanno determinati.

La veloce rimozione del Covid-19 dal vissuto contemporaneo e da una memoria sociale pare al contrario aver rafforzato il nesso "cultura-cecità" che caratterizza le visioni e le azioni dei governi che guidano le attuali società (Aime, Favole, Remotti, 2020): una sorta di "autoaccecamento" (*Ibid.*) che se da un lato ha condotto a ridimensionare, se non occultare, le reali cause all'origine di una crisi sanitaria che poteva essere evitata, dall'altro ha ridotto la stessa portata trasformativa dell'evento pandemico inibendo l'elaborazione di concrete strategie rivolte a una possibile riduzione dei rischi futuri, misure che avrebbero cioè potuto innescare cambiamenti strutturali affinché ciò che è accaduto non si ripeta di nuovo con le stesse conseguenze.¹⁶ Nel contesto italiano, tale *inibizione* emerge, per

16 Altrove (Moretti 2020) ho cercato di analizzare come già nel periodo iniziale della pandemia, in particolare durante il primo lockdown, vi fosse una sorta di occultamento dei diversi fattori che stavano alimentando l'emergenza sanitaria in Italia determinandone poi gli esiti. Lontana dal voler criticare le politiche di contenimento del Covid-19 attuate in quel periodo nel nostro territorio nazionale, ho cercato piut-

esempio, dagli attuali programmi di riduzione della spesa sanitaria previsti dagli strumenti di programmazione finanziaria e di bilancio presentati di recente dal governo e che mostrano come la sanità pubblica, a fronte di ciò che è accaduto, continui a non rappresentare affatto una priorità politica;¹⁷ eppure è ormai noto come proprio tali processi di definanziamento, nutriti da assunti neoliberisti che ostacolano sempre più le politiche e le economie della *cura* (The Care Collective 2021), siano stati responsabili del lento impoverimento delle strutture sanitarie e del loro rapido collasso durante i primi mesi di pandemia. Pur determinando uno “stato d’eccezione” (Agamben 2003), la pandemia da Covid-19 si è configurata in questo senso come un avvenimento posto al crocevia tra novità e continuità: essa ha richiesto interventi in urgenza per ridurre i rischi e per tamponare un’emergenza che era tuttavia da tempo prevista, se non attesa, perché storicamente e politicamente *prodotta*.

Seppur per motivi del tutto differenti, anche il disastro sanitario causato dall’influenza “spagnola” è stato, in qualche maniera, politicamente prodotto; entrambe le pandemie consentono allora di riflettere su come un fatto che appare relegato alla sfera della *natura* (l’emersione di un virus e la sua diffusione) in realtà del tutto naturale non lo è affatto perché è la *cultura* che, informando le risposte, ne plasma caratteristiche, portata e pericoli. La “cultura” può esserne al contempo all’origine; del resto le attuali emergenze (umanitarie, sanitarie e climatiche) e le apocalissi diffuse (Vallera- ni 2012) che sembrano caratterizzare sempre più frequentemente le “società del rischio” (Beck [1986] 2000), Giddens 1990) nelle quali ci muoviamo, mostrano molto chiaramente come siano proprio le nostre configurazioni sociali, i modelli di progresso e di modernizzazione che vengono seguiti a essere responsabili dell’incremento stesso dei rischi che minacciano la natura, l’ambiente, la salute, la coesione sociale e la vita.

Tali crisi evidenziano dunque la necessità e l’urgenza di inedite progettualità e operabilità politiche, nazionali e sovranazionali. Ricordare ciò che è già accaduto nel passato potrebbe allora con-

tosto di riflettere su come le retoriche che hanno teso verso una costante *responsabilizzazione* dei cittadini e delle cittadine celavano processi di *deresponsabilizzazione* dello Stato di fronte a quella che si stava mostrando come una totale incapacità dei sistemi di welfare, in primis di quello socio-sanitario, di rispondere ai bisogni della popolazione, incapacità causata dal costante de-finanziamento del servizio pubblico nonché dall’introduzione di logiche privatistiche, aziendali e manageriali che hanno informato quest’ultimo nel tempo velocizzando il suo declino.

17 Rimando a questo proposito ai dati riportati nel 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, pubblicato il 10 ottobre 2023 e consultabile al link: <https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/6-rapporto-gimbe/download.it-IT.html>

sentire di riflettere in maniera lungimirante sul presente per non commettere gli stessi errori nel futuro.

Bibliografia

ABBASI KAMRAN

2022 *Storie Corali. Clima, pandemia e guerra: una multicrisi incontrollata che minaccia la nostra esistenza*, in “Atlante, Treccani”, 4 aprile 2022, www.treccani.it/magazine/atlan-te/societa/Storie_corali_Clima_pandemia_guerra.html gennaio 2

AGAMBen, GIORGIO

2003 *Lo stato di eccezione*, Bollati-Boringhieri, Torino.

AIME, MARCO, FAVOLE, ADRIANO E REMOTTI, FRANCESCO

2020 *Il mondo che avrete. Virus, antropocene, rivoluzione*, UTET, Torino.

BENADUSI, MARA

2015a *Evocare il disastro. Regimi di verità e falsificazione a ridosso del maremoto (Sri Lanka 2005-2013)*, in “Etnografia e ricerca qualitativa”, 2015a, 2, pp. 235-258.

2015b *Antropologia dei disastri. Ricerca, Attivismo, Applicazione. Un’introduzione*, in “Antropologia Pubblica”, 1(1), pp. 25-46.

BARRY, JOHN M.

2020 *The Great Influenza. The Story of the Deadliest Pandemic in History*, Penguin Books, London.

BECK, ULRICH

1986 *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt 1986 (trad. it. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, traduzione di Walter Privitera, Carocci, Roma 2000).

BERCHE, PATRICK

2022 *The enigma of the 1889 Russian flu pandemic: A coronavirus?*, in “Presse Médicale”, 51(3), p.104111. doi: 10.1016/j.lpm.2022.104111.

BIANCHI, ROBERTO

2020 *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, in Cutolo, Francesco, *L’influenza spagnola del 1918-1919 La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, S.R.Pt Editore, Pistoia, pp. 7-20.

CASTORINA, ROSANNA, PITZALIS, SIVILA

2019 *Comprendere i disastri. Linee teoriche e applicazioni metodologiche della socio-antropologia nei terremoti de L’Aquila e dell’Emilia*, in “Argomenti”, 12, pp. 7-36.

CONTINI, GIOVANNI

2020 *Memorie della “spagnola”: un’antologia*, in “AISO” 15 luglio 2020, www.aisoitalia.org/memorie-della-spagnola-unantologia/

CONTINI, CARLO, VICENTINI, CHIARA B.

2021 *Epidemiological and clinical features of Spanish flu in the city of Ferrara and in Italy. Containment rules and health measures adopted in the past to fight the pandemic*, in "Le Infezioni in Medicina", 3, pp. 475-487.

CROSBY, ALFRED W.

2003 *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*, 2nd ed., Cambridge University Press, New York.

CUTOLO, FRANCESCO

2019 *L'influenza spagnola nel Regio esercito (1918-1919)*, in "Annali, Museo Storico Italiano della Guerra", 27, pp. 33-62.

2020 *L'influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, I.S.R.Pt Editore, Pistoia.

2021 *L'influenza "spagnola" e la Prima guerra mondiale: il caso italiano*, in "Storicamente", 17(40), pp. 1-15.

DOUGLAS MARY

1992 *Risk and blame. Essays in cultural theory*, Routledge, London (trad. it. *Rischio e colpa*, traduzione di Giovanna Bettini, il Mulino, Bologna 1996).

FALCONIERI, IRENE, DALL'Ò, ELISABETTA, GIOVANNI, GUGG

2022 *Emergenza: una categoria stratificata e plurale*, in "Antropologia", 9(2), pp. 7-24.

FARMER, PAUL

2004 *An Anthropology of Structural Violence*, in "Current Anthropology", 45(3), pp. 305-325.

FORNASIN, ALESSIO, BRESCHI, MARCO, MANFREDINI, MATTEO

2018 *Spanish flu in Italy: new data, new questions*, in "Le Infezioni in Medicina", 1, 97-106.

FOUCAULT, MICHEL

1972 *L'ordine del discorso. I meccanismi sociali di controllo e di esclusione della parola*, Einaudi, Torino.

GIDDENS, ANTHONY

1990 *The consequences of modernity*, Polity Press, Cambridge.

GUGG, GIOVANNI

2018 *Alla ricerca dell'interlocutore: per un'antropologia che disinnesci l'emergenza*, in "Illuminazioni", 46, pp. 147-192.

2023 *Crisi e riti della contemporaneità. Antropologia ed emergenze sanitarie, belliche e climatiche*, Museo Pasqualino, Palermo.

JOURDAN, LUCA

2015 *Introduzione. Guerra, post-guerra e ricerca etnografica*, in "Antropologia" II (1), pp. 7-23.

LIGI, GIANLUCA

2009 *Antropologia dei disastri*, Editori Laterza, Roma-Bari 2009.

2012 *Antropologia culturale e costruzione sociale del rischio*, in "La Ricerca Folklorica", 66, pp. 3-17.

LINA, BRUNO

2008 *History of Influenza Pandemics*, in "Paleomicrobiology", 199-211, doi: 10.1007/978-3-540-75855-6_12.

LUPTON, DEBORAH

2013 *Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective*, in "Health, Risk & Society", 15(8), 634-647.

MORETTI, CHIARA

2020 *Il senso della colpa ai tempi del Covid-19*, nottetempo, Milano.

MORENS, DAVID M., TAUBENBERGER, JEFFERY K., HARVEY, HILLERY A.

E MEMOLI, MATTHEW J.

2010 *The 1918 influenza pandemic: Lessons for 2009 and the future*, in "Critical Care Medicine", 38(4), e10-20. doi: 10.1097/CCM.0b013e-3181ceb25b.

MOULIN, FLORE

2023 *Longitudinal impact of psychosocial status on children's mental health in the context of COVID-19 pandemic restrictions*, in "European Child & Adolescent Psychiatry", 32, pp. 1073-1082.

NIAL PAS JOHNSON, MUELLER JUERGEN

2002 *Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920*, in "Bulletin of the History of Medicine", 76(1), pp. 105-115.

ORIANNE, JEAN-FRANÇOIS, EUSTACHE, FRANCIS

2023 *Collective memory: between individual systems of consciousness and social systems*, in "Frontiers in Psychology", 14, 1238272, doi: 10.3389/fpsyg.2023.1238272.

OPDYCKE, SANDRA

2014 *The Flu Epidemic of 1918. America's Experience in the Global Health Crisis*, Routledge, New York.

PATTERSON, DAVID, PYLE, GERALD

1991 *The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic*, in "Bulletin of the History of Medicine", 65(1), pp. 4-21.

QUASSOLI, FABIO

2023 *Un susseguirsi di panici morali. Il racconto della pandemia da Covid-19 durante il primo lockdown*, in "Studi culturali, Rivista quadrimestrale", 2, pp. 222-226.

RACINE, NICOLE, MCARTHUR BRAE A., COOKE, JESSICA E. ET AL.

2021 *Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis*, in "JAMA Pediatrics", 175(11), pp. 1142-1150.

REID, ANN H., FANNING, THOMAS G., HULTIN, JAHAN V.

E TAUBENBERGER JEFFERY K.

1999 *Origin and evolution of the 1918 "Spanish" influenza virus hemagglutinin gene*, in "Proceedings of the National Academy of Science", 96, pp. 1651-1656.

- ROMANELLO, MARINA, NAPOLI, CLAUDIA D., GREEN CAROLE *ET AL.*
2023 *The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms*, in "Lancet", 13:S0140-6736(23)01859-7.
- SACHS JEFFREY D. *ET AL.*
2022 *The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic*, in "Lancet", 400(10359), pp. 1224-1280.
- SAITTA, PIETRO
2015 *Note introduttive sulla complessità degli eventi indesiderati*, in "Et-nografia e ricerca qualitativa", (2), pp. 201-215.
- SPINNEY, LAURA
2017 *Pale Rider: The Spanish Flu of 1918 and How It Changed the World*, Jonathan Cape, London (trad. it. 1918. *L'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, traduzione di Anita Taroni e Stefano Travagli, Marsilio, edizioni Kindle, Venezia 2018).
- TAUBENBERGER, JEFFERY K., MORENS, DAVID M.
2006 *1918 Influenza: the Mother of All Pandemics Emerging Infectious Diseases*, in "Emerging Infectious Diseases", 12(1), pp. 15-22.
- THE CARE COLLECTIVE
2021 *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*, Edizioni Alegre, Roma.
- TOGNOTTI, EUGENIA
2009 *Influenza pandemics: a historical retrospect*, in "Journal of Infection in Developing Countries", 3(5), pp. 331-334.
- 2015 *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)* Franco Angeli, edizione Kindle, Milano.
- TUMPEY, TERRENCE M., BASLER, CHRISTOPHER F., AGUILAR, PATRICIA V., *ET AL.*
2005 *Characterization of the reconstructed 1918 Spanish influenza pandemic virus*, in "Science", 310(5745), pp. 77-80.
- VALLERANI, FRANCESCO
2012 *Dalla rottura degli equilibri al silenzio dei luoghi: Per una geografia dell'apocalisse diffusa*, in "La Ricerca Folklorica", 66, pp. 19-30.
- VINEIS, PAOLO
2020 *Salute senza confini. Le epidemie della globalizzazione*, Codice edizioni, Torino.