

Antefatto: storia breve di una pandemia in corso

L'11 giugno del 2009, l'Organizzazione Mondiale della Sanità comunicò, in veste ufficiale, lo stato di pandemia causato da un nuovo virus influenzale, responsabile di quella che fu chiamata «influenza suina». Di fatto, il comunicato innalzava alla Fase 6, quella corrispondente a una pandemia conclamata e in piena (e ormai inevitabile) espansione, il livello di allerta individuato dal Piano di Preparazione e Risposta alle Pandemie Influenzali. Le autorità sanitarie nazionali erano chiamate a intervenire di conseguenza, secondo i piani pandemici preesistenti.

Da molti anni, ormai, la comunità scientifica internazionale aveva previsto l'arrivo di un nuovo ceppo d'influenza capace di svilupparsi in una pandemia. Già nel 2003 s'era temuto che questo potesse verificarsi con una nuova variante dell'influenza di tipo «aviario», ma il rischio potenziale non era divenuto realtà. Ciononostante, scienziati e autorità sanitarie si attendevano che proprio un'influenza aviaria, originatasi in Asia, avrebbe causato la prima pandemia del nuovo millennio. Con considerevole sorpresa, però, essi dovettero constatare che la minaccia proveniva da una direzione diversa, sia dal punto di vista biologico, sia da quello geografico.

A ben vedere, infatti, i comunicati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità iniziano il 24 aprile 2009, quando diversi casi umani confermati di quella che veniva già definita «influenza suina» furono segnalati dai governi di Messico e Stati Uniti. Da quel giorno, e per diverse settimane ancora, i casi si moltiplicarono e il nuovo ceppo virale, fino ad allora sconosciuto all'uomo, si trasmise di famiglia in famiglia, di paese in paese, fino a divenire una minaccia sanitaria globale e a rappresentare quindi un rischio pandemico per l'umanità.

Benché i primi segnali sulla pericolosità del virus fossero rassicuranti, lo spettro delle pandemie dei secoli precedenti, e in particolare quello della più grande pandemia influenzale della storia, la Spagnola del 1918-20, era in agguato e sollecitò, da una parte, gli organismi internazionali a predisporre network e sistemi di sorveglianza per monitorare lo svilupparsi della pandemia e, dall'altra, i governi dei singoli paesi a rivedere e implementare i propri piani pandemici al fine di contenere la diffusione dell'influenza suina sulla scala nazionale e globale.

A conti fatti, la pandemia influenzale del 2009, che oggi anche il pubblico conosce con la definizione più precisa d'influenza A/H1N1¹, pur nella sua sostanziale benignità, verrà ricordata come la prima pandemia del XXI secolo. Dal punto di vista epidemiologico, però, poche sono le analogie con le pandemie, non solo influenzali, dei secoli precedenti, che si sono caratterizzate per livelli altissimi di morbilità e di mortalità. Nessuno, né tra gli scienziati né tra il pubblico, sosterebbe che l'influenza suina rientri nella stessa categoria di peste, colera, Spagnola, influenze asiatiche e HIV, quest'ultimo responsabile di una pandemia devastante ancora in corso. Per molti versi, invece, simili furono gli interventi e le misure di contenimento adottati dalle autorità sanitarie, frutto di un'impressionante continuità nell'evoluzione storica di istituzioni e mentalità collettive. Analogamente, furono simili le reazioni, delle società nel loro complesso e degli individui presi singolarmente, ai comunicati ufficiali così come a quelle voci meno fondate che invariabilmente, nel corso d'una pandemia, trovano ampia risonanza. Il bombardamento d'informazioni, allarmanti e rassicuranti allo stesso tempo, se da una parte forniva chiarimenti circa lo svilupparsi della pandemia, dall'altro induceva cambiamenti comportamentali importanti a contenerne la diffusione ma, spesso, anche psicosi ingiustificate. Con la nuova influenza A/H1N1 si ripeteva, per certi versi, quanto era già avvenuto all'epoca delle prime due epidemie preoccupanti del XXI secolo, la SARS e l'influenza aviaria del 2003 che, sebbene non fossero state classificate quali infezioni pandemiche, pure rappresentarono una minaccia reale per l'umanità e causarono, proprio per lo svilupparsi di psicosi ingiustificate e il manifestarsi di diffusi comportamenti irrazionali, danni devastanti per importanti settori dell'economia nazionale.

In parte, la possibilità di confusione tra episodi più o meno gravi,

e il conseguente rischio di creare allarmi inutili, risiede nel significato della parola «pandemia». Etimologicamente questa parola, che deriva dal greco *pan* (tutto) e *demos* (popolo), indica una malattia di tipo epidemico ad amplissima diffusione. La parola «epidemia», invece, ha un significato più ampio, dato che un'infezione si dice epidemica quando vi è un incremento significativo, entro un ristretto lasso di tempo, del numero dei casi verificatisi in una popolazione². Una pandemia è, in generale, un'epidemia che colpisce più popolazioni. Nel significato più specifico impiegato oggi dalla comunità medica, per essere «pandemica» un'epidemia deve manifestare una diffusione a livello globale, ovvero un'aumentata e prolungata trasmissione del virus nella popolazione di numerosi Paesi del mondo. Un'influenza pandemica, ad esempio, si verifica quando un nuovo virus influenzale, rispetto al quale non vi è immunità, fa il suo primo ingresso in una popolazione e quindi, con estrema rapidità, si diffonde in tutto il mondo, aiutato dalla crescente interconnessione ed efficienza della rete di trasporti globale. A fronte di questa definizione, che pone l'accento sulla diffusione e trasmissibilità di un'infezione, esiste però un uso corrente e improprio del termine pandemia, che la lega a un elevato livello di mortalità generale. D'altra parte, vi sono i primi segni di un mutamento negli usi linguistici indotto proprio dalla recente influenza suina, capace di diffondersi assai ampiamente, ma ben poco letale.

Esiste, poi, una definizione «istituzionale» di pandemia e delle fasi in cui si sviluppa. L'OMS, infatti, ha definito un *framework* globale volto a facilitare la pianificazione, la comunicazione e le risposte d'intervento nei diversi Paesi. Questo *framework*, che pare particolarmente adatto a descrivere lo sviluppo delle pandemie influenzali, distingue sei fasi. Nella *Fase 1*, il periodo interpandemico (vale a dire il periodo che separa una pandemia dalla successiva), nessun nuovo virus o nuova variante virale presente nella popolazione animale è stato isolato nell'uomo. Nella *Fase 2*, la circolazione negli animali di nuovi virus influenzali pone un rischio sostanziale di malattia per l'uomo³. Nel periodo di allerta pandemica, ovvero la *Fase 3*, è stata accertata l'infezione nell'uomo con un nuovo virus, senza però trasmissione interumana, salvo rare eccezioni tra persone a strettissimo contatto. Nella *Fase 4*, si sono identificati piccoli focolai molto localizzati e con limitata trasmissione interumana, che suggeriscono che il virus non si sia

ancora ben adattato all'uomo. La *Fase 5* si caratterizza per consistenti focolai d'infezione ma trasmissione interumana ancora limitata. Ciò indica che il virus si sta progressivamente adattando all'uomo, ma non è ancora facilmente trasmissibile. La *Fase 6*, il periodo pandemico vero e proprio, corrisponde a un'aumentata e prolungata trasmissione del virus nella popolazione di molti paesi del mondo.

Nel corso dell'influenza suina, la popolazione mondiale sperimentò per la prima volta l'annuncio di una malattia divenuta gradualmente, e «ufficialmente», pandemica. Così, se il 27 aprile 2009 il focolaio messicano determinò l'avvio della fase 4, solo due giorni dopo si passava alla fase 5 e nel giro di due mesi si era già raggiunta la fase 6. Come rilevato da Margaret Chan, la direttrice dell'OMS, in una dichiarazione del 29 aprile, «Per la prima volta nella storia, possiamo seguire lo sviluppo di una pandemia in tempo reale»⁴. Si trattava sicuramente di un progresso per la gestione del rischio pandemico, ma la novità non avrebbe certo contribuito a rassicurare il pubblico. D'altra parte, prima dell'annuncio dell'11 giugno, la popolazione non aveva ancora piena consapevolezza del crescente rischio pandemico, salvo dover improvvisamente realizzare che si era entrati nella fase di massima possibile allerta.

La «fase 6» diveniva improvvisamente un'espressione di dominio pubblico, sinonimo di una condizione d'elevato rischio globale. In quanto mal compresa, tale espressione, al pari di altre allora in uso (ad esempio, la definizione di «peste suina» impiegata, per un breve periodo, per definire il nuovo virus influenzale), non poté che generare allarme e confusione nella popolazione, o addirittura vere e proprie psicosi che affondavano le loro radici culturali, e anche comportamentali, nelle grandi pandemie dei secoli precedenti.

Lo scopo principale di questo libro è, per l'appunto, ripercorrere le principali pandemie che colpirono l'Italia e il mondo, dai tempi della Peste Nera del Trecento fino a oggi, mettendo in luce le continuità, talvolta sorprendenti, nella reazione umana al rischio rappresentato da malattie facilmente e ampiamente trasmissibili. La speranza è che, in questo modo, si possa contribuire a raggiungere un duplice obiettivo: da un lato, meglio comprendere la natura della risposta data dall'uomo alla pandemia, dall'altro, porre in una corretta prospettiva gli eventi di cui siamo stati recentemente testimoni.

Oggi come in passato, la reazione umana a una minaccia pande-

mica non si esaurisce nella risposta individuale, ma va letta anche a partire dai comportamenti collettivi e dall'agire delle istituzioni. In effetti, la capacità dell'uomo di contenere la pandemia è legata strettamente alla disponibilità di istituzioni efficienti, in particolare di autorità di sanità pubblica capaci di coordinarsi a vari livelli: di comunità, Stato e oggi anche, in modo sempre più esplicito e proprio per effetto della natura specifica delle pandemie influenzali, a livello globale. Così, le Commissioni di Sanità permanenti, introdotte per la prima volta proprio in Italia per fronteggiare la peste, rappresentano il primo tassello d'un sistema di sanità pubblica che, col tempo, avrebbe portato alla costituzione, alla scala nazionale, di autorità centrali (in particolare nell'Ottocento, l'età del colera) e quindi a organi sovranazionali quali l'OMS (istituita nel 1948, quando era ormai iniziata l'età dell'influenza, ancora in corso) o il recentissimo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie). Quest'ultimo fu creato dall'Unione Europea nel 2005, dopo le crisi causate da SARS e influenza aviaria, allo scopo specifico di rafforzare la capacità di difesa dei paesi membri contro le malattie infettive⁵. È evidente il legame, di lunghissimo periodo, esistente tra l'aumento del rischio pandemico e il rafforzamento delle istituzioni sanitarie.

Anche nell'interpretare la reazione alla pandemia di individui e società umane, le istituzioni sono un fattore chiave di cui tener conto. Infatti, l'operato delle istituzioni determina la percezione del rischio da parte del pubblico, e questo per molte vie. In primo luogo, perché il grado d'efficacia delle politiche di contenimento implementate dalle istituzioni condiziona la gravità della crisi e quindi l'entità delle conseguenze per così dire «visibili» della pandemia, nei termini del numero di contagiati e morti. In secondo luogo, perché l'agire effettivo sul territorio del personale impiegato dalle istituzioni di sanità pubblica può contribuire di per sé a rassicurare, ma anche (e fu il caso ad esempio dei controlli aeroportuali contro la SARS) ad allarmare la popolazione. In terzo luogo, perché tra i compiti delle istituzioni troviamo da sempre, ma oggi in particolar modo, l'elaborazione di comunicati ufficiali e in generale la produzione d'informazione da trasmettere al pubblico a scopi informativi, profilattici e terapeutici. A ben vedere, una delle costanti di lunghissimo periodo riscontrabili nella reazione alla pande-

mia, è la capacità di tale informazione, qualora essa si riveli imprecisa e confusa, se non inutile o addirittura dannosa, di determinare nella popolazione allarme generalizzato, reazioni scomposte e talvolta sproporzionate dettate dal puro e semplice terrore, nonché la tendenza ad affidarsi a ciarlatani o a rimedi «tradizionali» dalle origini antichissime. Oggi come in passato, l'informazione fornita ufficialmente dalle istituzioni sanitarie si combina con quella diffusa in modo più capillare dal personale sanitario per determinare, in alcuni casi, comportamenti in linea con le raccomandazioni ufficiali, ma in altri, forse anche più frequenti, un senso di generale diffidenza e rifiuto nei confronti di medici e ufficiali sanitari in particolare, e governi, istituzioni internazionali e scienza medica in generale. Ovviamente, in questo quadro va acquisendo un rilievo crescente il ruolo svolto dai media che, essendo oggi capaci di raggiungere in tempi rapidissimi strati molto ampi della popolazione italiana e mondiale, vedono ingigantita la propria capacità d'influenzare l'opinione pubblica.

Ansia, terrore e psicosi collettive non sono le uniche categorie a partire dalle quali analizzare il modo in cui la pandemia modifica i comportamenti umani. A tale riguardo vanno distinte, in primo luogo, le alterazioni comportamentali di breve periodo, vale a dire a pandemia in corso, da quelle di medio e lungo periodo. Tra le prime, infatti, troviamo fenomeni di breve durata, quali le processioni di flagellanti durante la Peste Nera o l'uso generalizzato delle mascherine protettive, il crollo nei consumi di carne di pollo e di maiale, il ritiro dei bambini dalle scuole in occasione delle crisi del XXI secolo. Tuttavia, le pandemie si sono sempre rivelate capaci di modificare durevolmente, e talvolta in modo permanente, comportamenti specifici. Così, la peste determinò alterazioni durature nella modalità di gestione di patrimoni ed eredità, nelle pratiche religiose e nelle forme di espressione artistica; il colera portò col tempo a una piena consapevolezza dell'importanza dell'igiene, in particolare di quella pubblica, nella lotta alle malattie infettive; sifilide e AIDS alterarono profondamente i comportamenti sessuali. Per quanto riguarda le crisi più recenti (SARS, aviaria e suina), è ovviamente troppo presto per giudicare l'entità del loro impatto sui comportamenti umani. Alcuni elementi, però, possono già essere segnalati, ad esempio l'obbligo di etichettatura delle carni, introdotto dopo l'epidemia d'influenza aviaria del 2003 e peraltro oggi rispondente a una pre-

cisa richiesta da parte della popolazione, divenuta, nel volgere di pochi anni, ben più attenta e diffidente rispetto al passato. Probabilmente, col tempo le crisi del nuovo millennio risulteranno aver avuto un impatto più rilevante sulle istituzioni preposte a fronteggiare il rischio pandemia, sia dal punto di vista della fondazione di nuovi organi (come nel caso del già menzionato ECDC voluto dall'Unione Europea), sia da quello dei doveri, dei poteri e dell'organizzazione interna di tali istituzioni, sia infine per quanto riguarda le loro modalità d'intervento. In quest'ultima prospettiva, anzi, va rilevato che non sono mancate critiche alla linea d'azione seguita da istituzioni quali l'OMS durante la pandemia della nuova influenza A/H1N1 del 2009, e da molte parti si suggerisce l'opportunità d'una revisione dei protocolli d'intervento e addirittura della definizione di «pandemia». Si tratta, però, di questioni sulle quali torneremo a conclusione di questo volume, dopo aver ripercorso le vicende legate alle principali pandemie della nostra storia, nonché quelle relative alle crisi più recenti.

Il capitolo 1 è dedicato, quasi inevitabilmente, a quella che è la vera e propria regina delle pandemie: la peste, responsabile con ogni evidenza delle due più terribili crisi epidemiche della storia dell'umanità. Sparita da secoli dal continente europeo, la peste vi fece ritorno nel 1347, cogliendo popolazione e istituzioni totalmente impreparate e determinando una condizione di radicale alterazione dei comportamenti umani che ne accrebbe l'impatto demografico, economico e sociale. Nei decenni successivi alla prima pandemia, quando fu chiaro che la malattia era giunta per restare, gli europei vi si adattarono trovando sistemi non solo per moderarne la diffusione in occasione delle nuove crisi (a partire dalla creazione di specifiche istituzioni sanitarie permanenti e ben organizzate), ma anche per attenuarne le conseguenze qualora contagio e mortalità diffusa risultassero inevitabili. Di fatto, l'adeguamento di istituzioni e comportamenti umani spiega perché quando, a distanza di tre secoli circa, si verificarono nuove pandemie pestilenziali che, perlomeno in Italia, ebbero portata non troppo dissimile dalla Peste Nera del Trecento, le conseguenze sui comportamenti e sulle società umane risultarono decisamente più ridotte.

Il capitolo 2 è dedicato al colera, la grande «malattia nuova» dell'Ottocento, giunto per la prima volta in Italia nel 1835 e responsabile di una fitta serie di pandemie in Europa e nel mondo. La lunga stagione

del colera vide non solo lo scontro tra la scienza medica di stampo più tradizionale e la nuova batteriologia che riproponeva, in forme nuove, la dottrina del «contagio» individuandovi una caratteristica tipica delle malattie pandemiche, ma anche la realizzazione di sensibili progressi in tema di sanità e igiene pubblica. Una volta divenuto palese il legame tra la contaminazione e la sporcizia dell'ambiente urbano e il rischio epidemico, le città, al pari dei comportamenti dei cittadini, dovettero mutare per sempre.

Se il colera porta la nostra attenzione sui comportamenti collettivi e sulla dimensione «pubblica», pandemie a trasmissione sessuale quali sifilide e AIDS, analizzate nel capitolo 3, la riorientano sui comportamenti privati. In queste due pandemie, il cui inizio è distanziato di cinque secoli (la sifilide arrivò in Europa dal Nuovo Mondo nel 1493, mentre di AIDS non si iniziò a parlare prima degli anni Ottanta del Novecento), riscontriamo sorprendenti analogie, dovute non solo alle modalità di trasmissione, ma anche a quelli che sembrano tratti culturali capaci di durare nei secoli che inducono, perlomeno in una fase iniziale, a «incolpare» i malati della propria infezione, suggerendo che si tratti dell'esito di comportamenti non coerenti con la morale e la religione e, in generale, riprovevoli – salvo poi, nel pieno della pandemia, essere costretti a riconsiderare tale giudizio a fronte della generalizzazione del rischio d'infezione.

Per certi versi, anche la Spagnola del 1918-20 (capitolo 4), che è di gran lunga la peggiore pandemia influenzale verificatasi finora e, con una stima massima di 100 milioni di morti in tutto il mondo, occupa di buon diritto un posto tra le tre più terribili pandemie della storia dell'umanità, determinò alterazioni principalmente dei comportamenti individuali. Tuttavia la Spagnola va considerata, tra le grandi pandemie del passato, una sorta d'eccezione in quanto le sue conseguenze sui comportamenti furono relativamente limitate, probabilmente per effetto della guerra in corso, nonché della censura e della particolare condizione psicologica che ne conseguivano. Cionondimeno, nelle reazioni umane si possono riscontrare importanti analogie con le crisi influenzali successive, comprese le più recenti. Inoltre, la Spagnola svolge attualmente una funzione importante in ogni tentativo di definire i rischi potenziali di una futura pandemia influenzale particolarmente maligna, visto che fornisce un inevitabile termine di confronto empi-

rico, quando non viene presa a unità di misura dell'impatto massimo possibile d'una nuova crisi.

Se la Spagnola aprì gli occhi al mondo sul rischio rappresentato dall'influenza, malattia che fino ad allora era stata considerata sostanzialmente benigna, va detto che una condizione di crescente fiducia nella possibilità, per la scienza medica, di sconfiggere definitivamente le malattie infettive, consolidate nei decenni immediatamente successivi la Seconda Guerra Mondiale nonostante il verificarsi di due grandi influenze «asiatiche» (1957-58 e 1968-69), sarebbe stata scossa dapprima dalla pandemia di AIDS e in seguito dai primi allarmi del nuovo millennio, SARS e influenza aviaria. Per quanto non si tratti, in questo caso, di malattie capaci di svilupparsi in pandemia (perlomeno finora: considerato che il livello di allarme, specialmente per l'aviaria, rimane altissimo), sarà loro dedicato un capitolo specifico (il capitolo 5). Data la perdurante presenza di tali crisi nella memoria collettiva, infatti, senza tenerne conto non sarebbe possibile comprendere appieno le reazioni, istituzionali e individuali, determinate dalla recente pandemia d'influenza suina. A quest'ultima (al suo arrivo e alla sua diffusione in Italia; all'intervento delle istituzioni nazionali e internazionali; ai comportamenti della popolazione posta di fronte alla nuova minaccia) sarà dedicato il sesto e ultimo capitolo: così da chiudere il cerchio, concludendo una storia che per ora abbiamo appena iniziato a raccontare⁶.

Note

¹ Vale a dire, influenza di tipo A, sottotipo H1N1, variante del 2009 (un'influenza appartenente al sottotipo H1N1 fu responsabile anche della Spagnola del 1918-20).

² Un'epidemia può essere causata sia da una nuova malattia che infetta una popolazione in cui fino ad allora non era presente, sia da una malattia «endemica», vale a dire «costantemente presente nella popolazione» che però, per una varietà di possibili ragioni, manifesta, in un periodo ben delimitato, un'accresciuta capacità di generare infezione entro tale popolazione. L'etimologia della parola «epidemia» deriva dal greco *epi* (sopra) e *demos* (popolo).

³ La distinzione tra *Fase 1* e *Fase 2* è effettuata essenzialmente sulla base di una valutazione del rischio d'infezione nell'uomo causata da ceppi virali circolanti in animali, valutazione basata su vari fattori la cui importanza relativa varia in accordo con le conoscenze scientifiche correnti.

⁴ Comunicato ufficiale del WHO Director-General, 29 aprile 2009.

⁵ L'OMS, che opera quale agenzia delle Nazioni Unite con sede a Ginevra, ha lo

scopo istituzionale di promuovere, nel mondo, il raggiungimento del più alto livello di salute possibile. Per quanto riguarda in particolare le malattie infettive e potenzialmente epidemiche, l'OMS opera, tra le altre cose, attraverso un «Programma di Allerta e Risposta globale» (*Global Alert and Response*, GAR), che ha l'obiettivo d'integrare e coordinare i sistemi sanitari nazionali in un sistema internazionale capace di lanciare tempestivamente l'allarme globale di fronte a nuovi rischi e di stimolare un livello di risposta adeguato (<http://www.who.int>).

L'ECDC, organo equivalente al CDC statunitense (*Centers for Disease Control and Prevention*, istituito nel 1942), è un'agenzia indipendente dell'Unione Europea con sede a Stoccolma fondata nel 2005, la cui missione specifica consiste nell'identificare e valutare ogni nuovo rischio per la salute umana determinato da malattie infettive, operando di concerto con i sistemi sanitari nazionali. L'ECDC, quindi, ha lo scopo di rafforzare le capacità di difesa dei paesi membri dell'Unione contro tali malattie, controbilanciando l'accresciuto potenziale di circolazione e diffusione entro l'Europa delle infezioni conseguente all'abolizione delle frontiere interne e alla crescente integrazione economica (<http://www.ecdc.europa.eu>)

⁶ Guido Alfani ha scritto la prima stesura dei capitoli dall'1 al 4, Alessia Melegaro quella dei capitoli 5 e 6, mentre Antefatto e Conclusione sono stati scritti congiuntamente. Entrambi gli autori sono comunque intervenuti a più riprese sul testo complessivo e lo sentono proprio nella sua integrità.