Fabio Montella

Una rilettura della “spagnola” tra eroi veri e mancati

Come citare questo articolo:
Fabio Montella, *Una rilettura della “spagnola” tra eroi veri e mancati*, «Bibliomanie. Letterature, storiografie, semiotiche», 53, no. 5, giugno 2022, doi:10.48276/issn.2280-8833.9793

Introduzione

Il pensiero eroico, «vero idolo della nostra modernità»[1], continua a produrre distorsioni nei momenti di maggiore stress. Le grandi emergenze sanitarie, in particolare, fanno affiorare la tendenza ad esaltare immancabilmente come eroi coloro che sono chiamati a compiere il loro dovere professionale e a porre invece in un cono d’ombra altri comportamenti. Nelle pagine che seguono si cercherà di gettare un po’ di luce sulla gestione italiana della principale emergenza sanitaria del Novecento, la pandemia di influenza “spagnola”, andando sulle tracce di eroi veri, di antieroi e di eroi mancati. Descriveremo, in altre parole, quell’ampia zona grigia nella quale, normalmente, si collocano gli esseri umani.
Sotto il profilo storico, ciò che sappiamo di quell’evento che investì anche la Penisola a partire dalla primavera del 1918, lo si deve a poche ricerche che hanno utilizzato un numero limitato di fonti documentarie[2], oltre alla letteratura medico-scientifica e alla stampa generalista dell’epoca, che essendo sottoposta a censura fornisce un quadro ampiamente edulcorato e distorto della realtà.
Alle poche ricerche storiografiche prodotte in Italia si è affiancata, di recente, un’ampia messe di saggi, più o meno documentati, e di articoli giornalistici che hanno compiuto arditi parallelismi con la pandemia di Covid-19 e che spesso hanno rischiato di sfociare nell’epica, più che nella storia, e di trascendere nell’idea – comune a molte grandi emergenze sanitarie – che i medici, gli infermieri, i farmacisti siano, indistintamente, una categoria di eroi, o ancora meglio di antieroi, ovvero (secondo una delle tante accezioni che ha questo termine) di persone “normali” capaci in qualche circostanza di gesti straordinari, spesso misconosciuti.
Questa che potremmo chiamare la mitologia della resilienza, fa il paio, del resto, con un’altra costruzione retorica che si è andata sedimentando negli anni fino ad arrivare al

presente delle celebrazioni centenarie della Grande Guerra. Di quando in quando si è sentito dare fiato all’eroismo bellico, come se l’esperienza traumatica dei soldati fosse sintetizzabile in un’univoca sintassi del sacrificio e della sublimazione. L’ultima tappa della retorica nazional-patriottica è stata la celebrazione del centenario della traslazione e tumulazione del Milite Ignoto, che non mi pare abbia aggiunto granché ad una seria riflessione sul senso di quel conflitto per i tanti militi ignorati (più che ignoti) della Grande Guerra[3].

Queste visioni forzatamente semplificate, che emergono a un secolo di distanza da quegli eventi, ricordano i toni enfatici della scritta nera che apparve sul rudere di una casa devastata dopo Caporetto: «Tutti eroi! O il Piave o tutti accoppati»; una scritta (sulla cui paternità e spontaneità, peraltro, permangono forti dubbi[4]) che avrebbe dovuto riassumere il coraggio e lo sprezzo del pericolo dell’universo dei fanti, tutti sommersi da una sorta di melassa retorica indistinta.

Invece, esattamente come i soldati, non tutti i medici, gli ufficiali sanitari, i farmacisti e le figure che in genere avevano compiti nell’emergenza sanitaria del 1918 furono eroi. Averlo presente ci aiuta a riflettere sui comportamenti umani e sulle loro cause, un esercizio che può valere per qualunque emergenza, di ieri come di oggi; ma ci aiuta anche a capire la considerazione, le aspettative e il giudizio che il personale addetto all’assistenza e alla cura aveva del proprio lavoro. Ci aiuta per esempio a comprendere le differenze – che correvano essenzialmente lungo linee di genere – tra quanto ritennero di avere svolto, nella gestione della pandemia, le infermiere da un lato e i medici dall’altro. Le prime, destinate a compiti quasi esclusivamente di assistenza e sollievo (a causa della difficoltà all’accesso alle professioni di cura), ritennero generalmente di avere eseguito un lavoro soddisfacente, e così, in effetti fu, il più delle volte; i secondi, invece, che misuravano il loro successo professionale nei termini “mascolini” della capacità di dominio sulla malattia e di guarigione dei pazienti, uscirono mediamente più frustrati da quell’evento impossibile da curare e che falciò un’intera generazione giovane e in buona salute[5].

I fondi conservati all’Archivio Centrale dello Stato (Acs) ci aiutano anche ad analizzare, attraverso un precedente storico di forte impatto come la “spagnola”, reazioni umane tipiche a momenti di forte stress: la resilienza, che trae alimento da risorse inaspettate dell’individuo, e la fragilità, derivante da sentimenti (altrettanto umani) di sgomento e paura e dall’istinto di conservazione. Il personale sanitario, come vedremo, non andò esente da entrambe queste reazioni: la capacità di resistere a una sfida durissima e la fuga dalla realtà.

Per quanto riguarda lo studio della gestione sanitaria della “spagnola”, sono state finora oggetto d’analisi, all’Acs, soprattutto alcune buste della serie “Affari generali” della Direzione generale della sanità pubblica, articolazione del Ministero dell’Interno alla quale competevano, appunto, la tutela della salute pubblica e le funzioni di polizia e assistenza

sanitarie sul territorio nazionale, soprattutto attraverso le articolazioni prefettizie.
La serie “Affari generali” relativa agli anni 1910-1920 consta di 748 buste. Di queste, i pochi studiosi che in Italia si sono occupati di “spagnola” ne hanno consultate (o citate), meno di una trentina, ovvero quelle inventariate con termini facilmente riconducibili all’epidemia influenzale del 1918.
Vi è un’altra parte del fondo, maggioritaria, che è sfuggita ai più[6]. Si tratta di faldoni, suddivisi per provincia, indicati nell’inventario con il generico oggetto di “malattie infettive”. Di questo gruppo fanno parte, complessivamente, 86 buste, suddivise per le 69 province del Regno (alcune province hanno più d’una busta e alcune buste contengono due province). Chi scrive, nel 2020-2022, ha analizzato sistematicamente tutti questi ed altri faldoni della serie, per un totale di un centinaio di buste, che sono confluite in diversi lavori[7].
Nelle 86 buste sulle province si trova, generalmente, un fascicolo sull’epidemia influenzale, che contiene, in prevalenza, il carteggio tra Prefetture, Comuni e Direzione generale della sanità pubblica, ma a volte anche altri preziosi documenti, che permettono di fornire un quadro più puntuale della gestione della pandemia di “spagnola” in Italia ed anche di leggere quegli eventi cercando di scorgere il reale comportamento delle persone chiamate a svolgere un ruolo fondamentale nella cura. Per i limiti intrinseci alle fonti analizzate andremo a delineare soprattutto una storia al maschile. Ulteriori ricerche aiuterebbero invece a mettere a fuoco anche il comportamento dell’universo femminile impegnato nell’assistenza e (sebbene in rari casi, come vedremo) anche nella cura.
Restando alle fonti da noi consultate, i documenti ci restituiscono atti di grande abnegazione accanto a comportamenti di segno opposto, dettati da un insieme di motivazioni che possiamo ricondurre ad alcune macro categorie: paura, smarrimento, frustrazione, esaurimento emotivo, fisico e mentale correlato al lavoro (compresa la sindrome di *burnout*). Non mancarono motivi meno nobili di questi, dettati da mero interesse materiale, come la possibilità di arricchirsi, grazie al rialzo dei prezzi di vendita di farmaci e disinfettanti e alla potenza della pubblicità, che trasformava semplici palliativi in ritrovati miracolosi. I giornali, da questo punto di vista, ebbero poche remore, al tempo della “spagnola”.
Accanto agli eroi, insomma, ci furono gli eroi mancati, ovvero coloro che avrebbero potuto assurgere al ruolo dei primi, ma che per qualità negative si trasformarono nel loro opposto: ufficiali medici che si eclissarono nel momento più pregnante della loro carriera, prefetti che invece di attuare misure efficaci di “distanziamento sociale” assecondarono esigenze delle *lobbies* degli esercenti di locali di pubblico spettacolo, farmacisti avidi che rialzarono il prezzo di antipiretici, purganti e disinfettanti, medici condotti che abbandonarono il campo per frustrazione, esaurimento, depressione. La lista degli eroi mancati della “spagnola” appare piuttosto lunga e solo nuovi studi potrebbero arricchirla.

1. *L’attenuante: un nemico tremendo e sconosciuto*

Ci sono delle attenuanti al comportamento non eroico di molti. La prima è che si trattava di un nemico sconosciuto, invisibile ed estremamente aggressivo, una situazione simile a quella che il mondo scientifico e medico si è trovato ad affrontare all’inizio della pandemia di Covid 19.

L’influenza “spagnola” colpì il mondo in tre ondate successive, provocando un numero di vittime stimato oggi in un *range* compreso tra i 50 e i 100 milioni[8]. Anche per l’Italia il calcolo resta approssimativo. David K. Patterson e Gerald F. Pyle hanno stimato un totale di morti compreso tra 325 e 350 mila[9], Niall Johnson e Juergen Mueller in 390 mila[10], Alessio Fornasin, Matteo Breschi e Matteo Manfredini in 410 mila morti nel solo anno 1918, che salgono a 466 mila se si tiene conto anche dei decessi del 1919-1920[11].

La prima ondata si sviluppò tra la primavera e l’inizio dell’estate del 1918, raggiungendo anche l’Italia e contagiando soprattutto persone che vivevano in grandi comunità, sia militari che civili. Nell’agosto del 1918, dopo un momento di decrescita (che per la penisola coincise, essenzialmente, con il mese di luglio), l’influenza entrò nella seconda fase, con un’ondata di casi più letali. Dopo l’apice dei decessi, generalmente raggiunto nelle province italiane nel mese di ottobre per quanto riguarda i grandi centri e in novembre nelle località più remote, la malattia iniziò a perdere virulenza, fino quasi a scomparire alla fine dell’anno. All’inizio del 1919 si scatenò infine la terza ondata, che aveva tuttavia attenuato la sua capacità di contagiare e di uccidere. In questa fase le vittime stimate furono comunque intorno ai due-tre milioni nel mondo[12], ovvero due o tre volte più di quelle dell’intera influenza “russa”, che aveva colpito anche l’Italia dal 1889 al 1894.

Proprio la “russa” fu il precedente al quale molti dottori pensarono quando si trovarono ad affrontare una malattia che presentava le stesse caratteristiche delle comuni influenze stagionali, ma una contagiosità e una mortalità estremamente più elevate. A quell’epoca la convinzione generale della classe medico-scientifica era che l’influenza, in quanto tale, se non vinta, fosse stata almeno «addomesticata»[13]. Ciò si dimostrerà vero soltanto in parte.

Nel 1918 i medici più anziani ricordavano ancora bene la pandemia di trent’anni prima. Alcuni ricorsero proprio a quell’esperienza per attuare buone pratiche già sperimentate; ad altri la nuova malattia rievocò lo stesso senso di inadeguatezza e frustrazione già vissuto all’inizio della loro carriera professionale. Di certo, come scrisse il maggiore medico Cesare Pezzi nel marzo del 1919, in tre decenni era cambiato ben poco sulla conoscenza della malattia e quindi sulla possibilità di mettere in campo cure efficaci. Secondo Pezzi, direttore dell’Ospedale di riserva di via Mantegna, a Milano, di fronte alla “spagnola” «una schiera di medici illuminati» era stata ipnotizzata «dall’importanza di un determinato farmaco o da un sistema di cura basato su concezioni aprioristiche, spesso stravaganti», come era accaduto con la “russa”. Il risultato era stato il medesimo: «Non mi è parso che si sia trovato né un mezzo profilattico, né un mezzo terapeutico diretto contro l’influenza»[14]. Le parole di Pezzi

erano rivolte a quanti, tra i suoi colleghi, continuavano a credere, ancora nella primavera del 1919, che l’agente eziologico responsabile della nuova malattia fosse il bacillo individuato da Richard Pfeiffer[15].
La “spagnola” fu l’ultima pandemia influenzale ad essere affrontata senza alcun efficace strumento terapeutico. La causa dell’influenza umana e i suoi legami con quelle di origine aviaria e suina erano infatti sconosciuti. Solo nel 1931 il virus (successivamente identificato come H1N1) venne isolato per la prima volta nei suini dal virologo americano Richard Shope; due anni dopo, un team di scienziati britannici riuscì a isolare il virus dell’influenza di tipo A nell’uomo. Nel 1936 l’immunologo australiano Frank Macfarlane Burnet scoprì che il virus dell’influenza poteva essere coltivato in uova di gallina fertilizzate, permettendo così di sviluppare vaccini inattivati, la cui efficacia protettiva, tuttavia, venne pienamente determinata nel corso degli anni Cinquanta. All’epoca della “spagnola” non esistevano nemmeno antibiotici per curare le infezioni batteriche secondarie. La scoperta della penicillina risale al 1929, la sua immissione sul mercato è di alcuni anni dopo[16]. In mancanza di vaccini, ma anche di adeguati mezzi terapeutici per combattere le infezioni secondarie, la profilassi restava dunque il mezzo più efficace per contrastarne gli effetti devastanti.

2. *Profilassi, isolamento degli ammalati, quarantena*

Sebbene anche nella comunità scientifica non mancassero voci fantasiose sulle modalità di propagazione della malattia, appariva abbastanza condiviso il fatto che il contagio avvenisse da individuo ammalato a individuo sano e che si trasmettesse principalmente per via aerea. Per questo motivo furono adottate, sebbene non ovunque e con la stessa solerzia, misure di profilassi, di isolamento dei contagiati e di “distanziamento sociale”. Si trattava di interventi che discendevano dalle comuni conoscenze epidemiologiche sull’influenza e che in parte erano state attuate anche tre decenni prima.
Nei porti e nelle stazioni furono imposte forme di quarantena e soprattutto vennero creati reparti o ospedali dove isolare le persone infette. Dove questo avvenne per tempo e con larghezza di mezzi, generalmente si riuscirono a limitare i danni. I provvedimenti di chiusura e le limitazioni ai luoghi di intrattenimento e spettacolo, invece, sollevarono in genere le proteste degli esercenti, che non senza qualche ragione evidenziarono la contraddizione esistente nell’accanimento verso cinema e teatri quando si lasciavano aperti osterie e caffè.
Le misure generali furono messe a punto dalle autorità sanitarie a partire da settembre, ma trattandosi di indirizzi, e non di obblighi, la loro applicazione venne lasciata alle iniziative di prefetti e sindaci.
In questa prima fase la vita sociale continuò a svolgersi pressoché identica a prima, come si può facilmente evincere scorrendo le cronache dei giornali. Fino alla fine di ottobre, teatri e cinema continuarono a funzionare in quasi tutte le città, seppure con qualche limitazione;

così pure avvenne per la circolazione dei mezzi pubblici e per l’attività di ristoranti, trattorie e caffè.
In mancanza di obblighi, ogni prefetto (ma spesso anche ogni singolo sindaco) mise in atto misure differenti, dettate dalla maggiore o minore sensibilità al rischio, ma anche dalle pressioni che provenivano dalle rispettive comunità. È questo un punto focale dell’atteggiamento delle autorità che ricoprirono ruoli di responsabilità nella gestione della salute pubblica sui vari territori. Opporsi a interessi consolidati e a gruppi di pressione potenti, significava mettere a rischio la propria carriera. Molti prefetti preferirono “salvare la poltrona”, evitando di compiere gesti eroici: il più delle volte adottarono misure blande di “distanziamento sociale”. Come sintetizzò il medico provinciale di Trapani, si sarebbero ottenuti risultati efficaci solo quando si fosse potuto raggiungere, «come misura di base […] l’irraggiungibile, la soppressione completa dei rapporti sociali, quando si potesse imporre un periodo di temporanea paralisi alla vita pubblica»[17].
Emblematico è quanto accadde a Roma.
Cinema e teatri della Capitale rimasero chiusi meno di due settimane, dal 20 ottobre al 3 novembre, per ordine del prefetto, Faustino Aphel. L’ordinanza fu adottata «dopo molti tentennamenti»[18] e contro il parere avverso dell’Ufficio comunale di igiene. Le autorità sanitarie del Municipio capitolino ritenevano infatti che il provvedimento prefettizio fosse «inopportuno, dato che veniva a provocare […] una inconsueta affluenza di gente nelle osterie ed in altri locali più intensamente malsanici [sic]», che invece erano stati lasciati aperti. L’Ufficio, che faceva capo all’assessore ed illustre clinico Ettore Marchiafava, fu contrario anche a un altro provvedimento adottato dalle superiori autorità, ovvero «la perenne apertura dei finestrini sui trams»[19].
La rapida riapertura di cinema e teatri attuata dal prefetto fu dovuta quasi certamente alle pressioni di Marchiafava e del questore, preoccupato di possibili agitazioni[20], ma anche a una vibrata protesta che si svolse in Prefettura il 31 ottobre, ad opera di due distinte delegazioni di lavoratori dello spettacolo[21].
Anche a Firenze l’annunciata adozione di provvedimenti per la limitazione degli spettacoli sollevò le proteste degli operatori del settore. Il segretario della Federazione Orchestrale e Corale Italiana, Serse Prefetti, scrisse alla Direzione generale della sanità pubblica per scongiurare la chiusura dei teatri fiorentini, che «rincrudirebbe già grave disagio molte centinaia lavoratori». La protesta ebbe effetto: il prefetto rassicurò infatti sulla «ripresa completa degli spettacoli»[22].
Nella città di Verona, duramente colpita dalla pandemia, una lettera anonima inviata a fine ottobre al Ministro dell’Interno imputò la causa di tanti lutti proprio a scelte tardive del prefetto, «già vecchio e inebetito», che aveva chiuso cinema, teatri ed esercizi pubblici solo a fine ottobre, nonostante «i provvedimenti di chiusura e disinfezione» chiesti dal sindaco[23].
Anche in questo caso non mancarono esempi positivi. Secondo il prefetto di Pavia, Gennaro

Bladier, le norme ministeriali non erano sufficienti «ad attenuare la diffusione» della pandemia, perché di non facile applicazione. «Mio primo provvedimento – scrisse uno dei pochi prefetti che imposero un punto di vista cautelativo – fu l’ordinanza di chiusura dei teatri, dei cinematografi e di tutti i locali per spettacoli nei quali l’agglomeramento di persone poteva costituire una sorgente intensa di diffusione». Bladier posticipò anche al 4 novembre, salvo nuove proroghe, la riapertura delle scuole pubbliche, degli asili e degli istituti privati, che dopo le vacanze estive erano rimasti chiusi. Con successivi decreti vennero anche proibite le fiere, i mercati e le visite di parenti e conoscenti ai pazienti ricoverati negli ospedali e nel manicomio. Furono inoltre raccomandate la disinfezione delle chiese e la limitazione delle funzioni religiose e venne anticipato alle 21 l’orario di chiusura degli esercizi pubblici[24].
È impossibile, ovviamente, stabilire quante vittime in più provocò la scelta di molti prefetti di riaprire i locali prima che le condizioni della salute si fossero stabilizzate; tuttavia, dal momento che queste dinamiche si ripeterono in tutta Italia, è facile supporre che il numero dei morti dovuti a comportamenti tutt’altro che eroici delle massime autorità provinciali sia stato molto elevato. Lo *show* doveva continuare, come pure gli affari dei gestori, nonostante fosse chiaro che la decisione avrebbe provocato vittime, come sottolineato del resto da un opuscolo della Direzione generale della sanità pubblica, ampiamente diffuso in tutti i Comuni del Regno, nel quale si chiariva che una norma di prudenza essenziale era quella di «evitare il più possibile i luoghi pubblici» e «i comuni mezzi di trasporto» come treni e tram[25]. Non li si chiudeva ma si lasciava intendere che era pericoloso frequentarli.
A fronte di comportamenti disinvolti, in tema di “distanziamento sociale”, vi furono anche scelte coraggiose, per certi versi controcorrente, a loro modo antieroiche. Abbiamo già visto quelle del prefetto Bladier; lo stesso vale per il medico di un orfanotrofio femminile della provincia di Perugia, che decise di isolare completamente l’istituto. Si trattò di una modalità di gestione della pandemia del tutto inusuale, che a quanto pare ebbe analogie (documentate) soltanto in Australia e negli Stati Uniti[26]. Grazie alla drastica chiusura all’esterno, nessuna delle 100 ragazze ospiti del collegio contrasse la malattia, che al contrario colpì duramente il territorio circostante. L’idea di creare una sorta di “bolla” intorno all’istituto venne al dottor Giuseppe Paoletti, il quale aveva già sperimentato un analogo provvedimento durante la pandemia “russa” di 30 anni prima. Il comportamento di questo medico appare antieroico perché non fu esaltato, anzi, all’epoca venne osteggiato e deriso, ma ai nostri occhi assume un significato decisamente positivo.
Negli anni 1889-1890, Paoletti aveva impedito il «parlatorio», ovvero i colloqui delle ospiti coi parenti, pensando correttamente che la malattia si trasmettesse da persona infetta a persona sana principalmente attraverso le vie aeree. In questo modo riuscì a preservare le ragazze dal contagio, mentre l’epidemia infuriò in paese. Non erano mancate, all’epoca, le polemiche. A seguito dell’articolo di un giornale, che si era fatto «portavoce dello sconcio»

causato dal non permettere le visite ai parenti, il medico era stato redarguito dalle autorità e aveva dovuto «ammettere» la possibilità di colloqui, ma imponendo che fosse interposta «una stanza di intervallo» tra le ragazze e i loro congiunti. Paoletti raccontò di essere stato «messo in ridicolo anche per questo», ma che le ragazze erano rimaste «immuni». Il 28 febbraio 1890, per insistenza delle autorità, il medico era stato infine costretto a far accedere i parenti nel parlatorio e due giorni dopo 52 ragazze erano a letto con la febbre. Forte di quell’esperienza e di 30 anni di anzianità in più, che avevano aumentato la sua autorevolezza, Paoletti durante la pandemia influenzale del 1918 decise di “blindare” nuovamente il collegio, con gli effetti positivi che abbiamo detto[27].
Oltre a non essere adottate misure radicali come questa, durante la pandemia di “spagnola” fu scarsamente praticato anche l’uso di mezzi di protezione individuale, che avrebbero potuto certamente ridurre i rischi del personale sanitario, migliorandone la determinazione, oltre che le *performance*. Anche in questo caso, esisteva un’evidente discrepanza tra lo stato delle conoscenze, che suggerivano caldamente l’uso di maschere protettive, e la scellerata sottovalutazione della loro importanza tra gli operatori della salute. Nel gennaio del 1919 il direttore dell’Istituto Sieroterapico Milanese, Serafino Belfanti, riassunse in questi termini il comune sentire dell’epoca: «Noi italiani nell’adottare questa misura del fazzoletto o della maschera, che è secondo me molto efficace a difenderci dal contagio, ci sentiremmo ridicoli: in America l’igiene non ha di queste fisime e va dritta al suo scopo quando lo crede necessario»[28].

3. *Tra stress, resilienza e* burnout

All’interno del quadro fin qui descritto è ora possibile riprendere il filo di comportamenti virtuosi (che possiamo chiamare eroici, per semplificare) e del loro contrario. Le fonti ci restituiscono infatti esempi in cui il senso del dovere fu frenato da sentimenti quali la paura, la «frustrazione» e l’«impotenza»[29] ed altri in cui invece venne esaltato da un’eccezionale abnegazione, ai limiti dell’autolesionismo. In altre parole, anche nel personale addetto alla cura e all’assistenza non è sempre la resilienza a prevalere nei periodi di forte stress.
Non esistono studi italiani sugli effetti a lungo termine della pandemia di “spagnola” sul personale coinvolto nella sua gestione in senso lato: medici, infermiere, farmacisti ma anche religiosi impegnati nella cura (non solo delle anime), disinfettatori, interratori, amministratori pubblici, personale delle forze dell’ordine.
Poche sono anche le ricerche a livello internazionale. Tra queste, si segnala il volume *America Pandemic* di Nancy K. Bristow. La docente di Storia all’Università di Puget Sound a Tacoma (Washington) ha rilevato come i professionisti della cura statunitensi sopravvissuti alla pandemia siano stati perseguitati per molti anni da un senso di frustrazione e dolore[30].
Il demografo storico Svenn-Erik Mamelund ha invece analizzato i ricoveri in strutture psichiatriche in Norvegia tra il 1872 e il 1929, scoprendo che il numero di pazienti alla

prima ospedalizzazione per disturbi mentali attribuiti all’influenza erano aumentati di una media del 7,2 per cento nei sei anni seguenti alla pandemia[31]. Un’indagine su larga scala effettuata in Italia, dove non mancano gli storici che lavorano su fonti manicomiali, potrebbe restituire qualche informazione sulla salute mentale del personale di assistenza e cura. Potrebbero emergere, ad esempio, forme di *burnout*, inteso come «reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza»[32].
Sebbene siano stati riconosciuti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità soltanto nel 2019 come sindrome, i disturbi da stress legato all’attività lavorativa hanno alle spalle già mezzo secolo di studi approfonditi[33]. Il *burnout* si caratterizza in particolare per tre aspetti: esaurimento fisico ed emotivo; spersonalizzazione, che si traduce spesso in atteggiamenti di distacco e insensibilità verso i pazienti; mancanza di realizzazione personale, che porta a una maggiore fatica ad affrontare le difficoltà e a un minore interesse per il proprio lavoro. La conseguenza è una sensazione di impotenza o fallimento, derivante dalla convinzione di non poter fare nulla per modificare la situazione.
Il *burnout* porta a un deterioramento del benessere generale della persona, con manifestazioni che toccano non solo il piano fisico (come spossatezza, mal di testa, insonnia, disturbi gastroenterici) ma anche quello psicologico (forte irritabilità, insonnia, sfiducia in se stessi, scarsa empatia e capacità di ascolto, rabbia, risentimento, sensi di colpa)[34].
Dall’ambito professionale i disagi possono trasferirsi a quello personale e si può precipitare in cambiamenti nelle abitudini alimentari, abuso di farmaci, alcol o droghe, fino al rischio elevato di suicidio[35]. Studi più approfonditi potrebbero aprire squarci sugli effetti a lungo termine della “spagnola” sugli operatori sanitari, evidenziando analogie con quanto è stato di recente messo a fuoco, ad esempio, da lavori su *distress* e *burnout* in occasione delle pandemie di Sars (novembre 2002-luglio 2003)[36], di influenza “suina” (aprile-ottobre 2009) e di Covid 19[37].
Nel 1918, ignorando le cause della malattia, non avendo a disposizione cure efficaci e trovandosi incapaci ad arrestare il dilagare della pandemia, i medici si trovarono in una condizione d’impotenza, che poteva sfociare in uno stato psicologico di grande frustrazione, quali membri di una professione sulla quale erano riposte notevoli aspettative[38]. «Non c’era proprio niente che potessi fare», fu la sintesi di un dottore, mentre secondo un altro «la migliore cosa che un medico potesse fare per il paziente era lasciarlo solo»[39].
I sanitari italiani, specie quelli che si trovarono ad affrontare gli ammalati da soli, nei luoghi più sperduti del Regno, senza nemmeno la possibilità di un confronto con i colleghi, si trovavano completamente disorientati. La solitudine e l’impotenza di un medico condotto astigiano di fronte alla “spagnola” furono raccontate, anni dopo, dal figlio, che lo aveva accompagnato spesso nelle visite:

Lo vedevamo, più ancora che stanco, sempre più mortificato e avvilito. […] il suo armamentario terapeutico era ben poca cosa, perché si riduceva al chinino, alla fanecitina ed a qualche antipiretico, alle iniezioni sottocutanee di olio canforato e di caffeina per sostenere (?) la circolazione, qualche solvente ed espettorante del catarro dei bronchi (il farmacista del paese si alzava tutte le mattine alle cinque per preparare da cinque a dieci litri di infuso di poligala, cui aggiungeva del benzoato di sodio e del liquore anisato d’ammonio). E non dimenticherò di citare infine le applicazioni di cataplasmi (papin) di farina di lino e di coppette al torace, che avrebbero dovuto alleggerire il circolo polmonare[40].

Alcuni medici, come ha osservato Giorgio Cosmacini, modellarono la loro prassi sul «nichilismo terapeutico» e «come ai tempi delle più remote pestilenze, alla gran forza risanatrice della natura»[41]. All’opposto, come ha sintetizzato Laura Spinney, vi furono dottori che adottarono «un approccio pragmatico o polifarmacologico»: aggredendo il problema, rovesciarono addosso ai pazienti «l’armadietto delle medicine», provocando danni anche più gravi della malattia stessa. Se ad esempio il migliore rimedio per attenuare i sintomi dell’influenza era, all’epoca, l’aspirina, che abbassava la temperatura corporea, un suo abuso potrebbe avere causato la morte di una «percentuale considerevole» di malati[42], per insufficienza renale acuta, insufficienza respiratoria, edema polmonare ed altro.
L’incertezza nei metodi di cura lasciava libero campo ad ogni ipotesi. Il pubblico veniva solleticato da rimedi miracolistici reclamizzati dai giornali. Tre esempi tratti dal *Resto del Carlino* della seconda metà di ottobre del 1918 sono esemplificativi: la «Pozione Arnaldi» contro la «Febbre spagnola», che «presa ogni sei ore a malattia dichiarata conduce a una rapidissima guarigione»; il «Melitolo F.L.», venduto nelle «migliori Farmacie», che immesso nelle narici evita influenza, raffreddore e la nuova epidemia; le proprietà disinfettanti del Dentifricio Zarri per combattere il male del momento[43]. Vennero anche riesumate antiche formule, come la «Pasticca del Re Sole contro la tosse[44].
La pubblicità non contribuiva certo a fare chiarezza sulla malattia, ma d’altra parte anche gli articoli dei giornali non diedero seriamente conto del dibattito scientifico, preferendo piuttosto dare la parola a questo o quell’esperto, spesso al solo scopo di minimizzare il problema e rassicurare la popolazione.
Di fatto, la lancetta dell’orologio era rimasta ferma a trent’anni prima e i medici si trovavano impotenti come i loro colleghi che avevano affrontato l’ondata pandemica dell’ultima decade dell’Ottocento. Esemplare fu lo sconforto che assalì il già citato medico condotto astigiano:

Sono broncopolmoniti diverse da quelle che eravamo abituati a vedere! Individui giovani e robusti, dal cuore sano, nel giro di pochissimi giorni diventano fortemente cianotici e dispnoici, il polso si fa molto frequente e debole e poi il crollo quasi improvviso per collasso. Ne ho visto finora uno solo andarsene per complicazioni cerebrali.

«Per una malattia come questa ci vorrebbero medicamenti nuovi e molto potenti», aveva

ripetutamente lamentato quel medico di campagna[45], che si interrogò sui limiti della sua professione.
Il carico eccessivo di lavoro e la mancanza di controllo sulle risorse necessarie per svolgerlo sono tra i fattori che predispongono alla sindrome di *burnout*. L’assenza di cure efficaci, la difficoltà a reperire medicinali che potessero lenire le sofferenze degli assistiti, la rabbia di fronte al loro prezzo artificiosamente elevato, lo sconforto di fronte alla morte di colleghi sono elementi che si ritrovano tra le carte da noi analizzate; così come non mancano i casi di medici condotti stremati dal sovraccarico lavorativo che abbandonarono interi paesi loro affidati o che si rifiutarono di occuparsi di nuove comunità loro assegnate, in aggiunta a quelle che già seguivano con grande fatica. Nella sola provincia di Torino, all’inizio di ottobre risultavano vacanti ben 41 condotte mediche (per lo più di Comuni di montagna): 14 per decesso del titolare, 20 per richiamo alle armi e sette per ragioni diverse, ma soprattutto per malattia.
Anche l’età più avanzata e lo stato civile libero appaiono fattori predisponenti ad esaurimento da lavoro correlato. A Fezzano, frazione di Portovenere, il medico condotto del paese, Gennaro Scognamiglio, era stato richiamato alle armi ma il dottore al quale il servizio venne affidato temporaneamente, Angelo Galletti, «a causa della sua età e della malferma salute», non fu in grado di svolgere in modo efficace i propri compiti[46].

4. *Eroi e non eroi*

Dai documenti d’archivio e dalla stampa dell’epoca emerge che lo sforzo profuso dal personale sanitario venne in qualche caso riconosciuto e celebrato, nelle settimane che seguirono la “spagnola”, poi calò un silenzio durato fino ad oggi. Furono soprattutto le comunità locali a mostrare un immediato debito di riconoscenza nei confronti di chi le aveva soccorse in una delle ore più difficili attraversate nella storia postunitaria. Ad essere celebrati come «eroi» furono soprattutto i medici: non abbiamo trovato attestazioni nei confronti di infermiere, crocerossine, militi di sanità o altro personale che pure diede un contributo importante in questa emergenza. Nulla si disse pubblicamente, ad esempio, degli interratori, persone che si sobbarcarono l’ingrato compito di seppellire i cadaveri, oppure dei religiosi, che in qualche caso sostituirono addirittura i dottori o i pubblici ufficiali nelle loro funzioni.
Tutto questo in parte deriva da considerazioni “di classe” e in parte, com’è stato evidenziato per il caso statunitense, da standard influenzati dal genere. Sebbene la definizione di eroismo venne accostata sulla stampa e nella retorica pubblica sia al lavoro dei medici che a quello delle infermiere, la natura di tale enunciazione seguiva una diversa semantica: gli uomini erano «salvatori», le donne «angeli»[47], con le graduazioni “gerarchiche” del caso.
Le attestazioni vennero concesse per lo più in contesti ufficiali, come le sedute dei consigli comunali o le riunioni di giunta. Vennero rivolti ringraziamenti pubblici ed encomi, ma non

mancarono premi anche più tangibili come medaglie.
A Lanuvio, in provincia di Roma, la Giunta comunale si riunì il 10 novembre 1918 per tributare un «voto di stima, di gratitudine e di plauso» al capitano medico Ettore Verdile, di Sant’Elena Sannita, che durante l’infierire della malattia aveva dato «prove molteplici di professionista diligentissimo, di perizia non comune e di somma abnegazione, mostrandosi zelantissimo della pubblica salute»[48]. Il giorno precedente, lo stesso Verdile aveva ricevuto un encomio anche dalla Giunta del vicino Comune di Ariccia, perché insieme all’ufficiale sanitario comunale Emilio Stagni aveva, «con grande spirito di sacrificio ed instancabile attività», contribuito a ridurre «al minimo la mortalità» in quel paese[49].
A Cataforio, in Calabria, fu assegnata una «bellissima medaglia d’oro» al medico napoletano Giulio Giordano, «quale segno di riconoscenza e gratitudine per l’opera da lui prestata» alla popolazione durante l’emergenza[50]. A Citerna, in provincia di Perugia, all’inizio di aprile del 1919 la popolazione si radunò nella piazza principale per protestare contro la partenza di un tenente medico che con la sua abnegazione si era procurato la «generale ammirazione»[51].
Il sindaco di Tronzano, in provincia di Novara (oggi Vercelli), attestò che il capitano di complemento Giovan Battista Rodolfo, classe 1876, originario di Carignano, aveva «prestato ottimo servizio quale medico comandato in servizio civile in questo Comune dimostrandosi volonteroso e attivo sempre, specie nei momenti in cui per effetto dell’influenza […] gli ammalati erano numerosissimi e riuscendo ad accaparrarsi la fiducia e la benevolenza dell’intera popolazione»[52].
A mettersi in luce nella cura dei malati di “spagnola” fu anche Adelina Kofman[53], assistente della Clinica ostetrico-ginecologica della Regia Università di Bologna, una delle poche dottoresse attive, a quell’epoca, negli ospedali italiani. Nata a Odessa, laureata a Lione e Bologna, Adelina Kofman si prodigò «giorno e notte» all’Ospedale Masi[54], tanto da cadere malata a sua volta, «in forma grave», di influenza[55].
Negli Abruzzi ci furono medici il cui esempio fu ampiamente riconosciuto. Il prefetto di Chieti, Enrico Carboni, segnalò alla Direzione generale di sanità pubblica «l’opera zelante, sapiente e benefica» del medico condotto di Perano, Francesco Pugliese. L’attività di questo dottore, che si era svolta anche nel vicino Comune di Archi, venne descritta in questi termini:

> molto a lui si deve se la epidemia, che pur era in quella zona apparsa in forma allarmante ha fatto poche vittime. Mi consta infatti che il Dott. Pugliese, pur di ottenere l’intento di circoscrivere in stretti limiti la epidemia nulla ha trascurato e non vi è stato malato, dal ricco al povero, dal proprietario all’ultimo contadino, che non sia stato da lui curato con tutto l’interessamento, recandosi tutti i giorni nelle più lontane campagne anche a notte inoltrata e con tempo cattivissimo.

Secondo il prefetto Carboni il Ministero dell’Interno avrebbe dovuto concedere una

«congrua gratificazione» al medico, non solo come «giusta remunerazione dell’opera straordinaria prestata» e delle «medicine somministrate gratuitamente ai poveri», ma anche come «incoraggiamento» allo stesso Pugliese e «stimolo per i suoi colleghi[56]. Dal Ministero risposero tuttavia che in linea di massima si era sempre esclusa la possibilità di concedere «compensi di sorta» a dipendenti delle amministrazioni locali, limitandosi a concedere aiuti economici ai Comuni in difficoltà.
Nel Lazio ci furono paesi completamente privi di assistenza sanitaria che dovettero ricorrere anche a figure sostitutive, che in quelle circostanze si improvvisarono medici. L’esempio di Prossedi, nel frusinate, è emblematico. Per la malattia del medico condotto e del parroco, fu suor Ultimina Borchi (o Barchi), maestra dell’asilo infantile, a correre «al letto dei colpiti, prodigando le sue cure affettuose, la parola di conforto». La popolazione ne rimase «ammirata e riconoscente»[57].
In Sicilia vennero segnalati, tra gli altri, gli esempi dell’ufficiale sanitario di Menfi, Luigi Villa, il quale colpito dalla malattia che uccise anche sua moglie, «tornò instancabile al suo posto di dovere e di combattimento», e dell’ufficiale sanitario di Palma di Montechiaro, Filippo Marca, che perse una figlia ventenne ma «continuò a dare l’opera sua solerte ed oculata nella lotta contro l’epidemia»[58].
Sull’eroismo di una parte dei sanitari non possono essere nutriti dubbi. In qualche caso l’attaccamento alla professione fu espresso con un tale ardore da diventare addirittura fonte di richiami ufficiali. La Direzione generale di sanità fu costretta infatti ad ammonire gli ufficiali medici e il personale di assistenza a non esagerare, unendo, «all’alto spirito di abnegazione e di sacrificio un ben netto senso della responsabilità di tutelare la propria salute». I sanitari furono anche invitati caldamente ad utilizzare «ogni mezzo protettivo atto a diminuire la probabilità di contagio»[59]. Bisognava insomma mettere un freno allo slancio, che avrebbe potuto facilmente trasformarsi in un pericolo per la salute degli assistiti, oltre che degli stessi operatori, creando ulteriori problemi, in un momento in cui le risorse umane, oltre che materiali, andavano centellinate.
Se il sentimento di riconoscenza fu espresso in modo incontestabile, in un momento in cui la scienza, come per altri versi la religione, costituiva una speranza intorno alla quale le comunità locali si stringevano con forza, le fonti testimoniano anche sentimenti di diffidenza e ostilità nei confronti dei sanitari. In qualche caso i medici, i farmacisti, gli infermieri e le crocerossine furono visti come portatori di malattie. Ne fa fede la lettera inviata a Lutrario da un romano, Ippolito Nardi, che così si espresse, non senza qualche fondata preoccupazione:

> Noi vediamo giornalmente circolare nei tram e per la città le infermiere volontarie della C.R. Samaritane ed altre pie creature che escono dal Celio, dal Policlinico da Montebello, da Villa Mirafiori e dagli altri ospedali e sono quindi una fra le cause di diffusione dell’epidemia sia fra la cittadinanza

che in seno alle loro famiglie.
Per isolare quanto più possibile il morbo, si domanda se non sarebbe opportuno stabilire un servizio fisso in ogni ospedale od istituto, ordinando, senza alcuna eccezione, alle infermiere ed ai sanitari di guardia di rimanere all’ospedale, mobilitate, in contumacia, sino al termine dell’epidemia. L’epidemia ha ormai assunto una forma così grave che solo con rimedi energici e radicali si può sperare di debellarla prontamente e radicalmente.
Le infermiere che per le loro condizioni di famiglia non potranno sottostare al necessario provvedimento, staranno a casa loro[60].

Se le preoccupazioni che il personale di assistenza, senza opportune precauzioni, potesse diffondere il contagio all’esterno dei luoghi di cura potevano anche avere fondamento, dalle carte emergono anche paure totalmente irrazionali, segno di un rapporto con la malattia che il positivismo di fine Ottocento non aveva contribuito a rendere meno complesso. Se durante l’epidemia di colera del 1884-85, medici, giornalisti e politici avevano dovuto constatare amaramente che un po’ ovunque «il popolino, ma talvolta anche qualche uomo colto» credeva ancora «agli avvelenamenti, agli “ampollini”, al governo organizzatore della morte dei cittadini tramite medici, funzionari, carabinieri, preti»[61], analoghi timori riemersero con la “spagnola”. Alla fine di settembre del 1918 ad Adernò (oggi Adrano), in provincia di Catania, la popolazione sparava fucilate di notte, impedendo il transito a chiunque, per paura che si trattasse di «untori agenti del Governo»[62], esattamente come accaduto a Montelupo fiorentino più di un trentennio prima[63].
Vi furono anche eroi mancati, ovvero sanitari che nel momento in cui era massimo il bisogno, si eclissarono. «Tranne qualche caso», si legge in una relazione della commissione mista inviata dal Ministero dell’Interno in sette province del Sud Italia[64], medici condotti, ufficiali sanitari e farmacisti corrisposero «degnamente all’alto» compito loro affidato. Vi furono dunque anche persone che non si comportarono come ci si attendeva da loro. Uno di questi casi (ma non certo l’unico) si verificò, di nuovo, ad Adrano, dove alcuni medici e farmacisti abbandonarono il paese e furono diffidati dal prefetto a riassumere servizio, sotto la minaccia di provvedimenti.
Sugli stessi medici militari, che ai doveri professionali avrebbero dovuto aggiungere un *surplus* di identificazione con gli sforzi necessari alla causa bellica, la commissione presentò qualche velata riserva. Il loro fu infatti un «ausilio efficacissimo» nella «quasi totalità dei casi». Non sempre e non dappertutto, insomma. Di certo non lo fu nella provincia romana, almeno stando alle parole dell’ispettore generale medico Serafino Ravicini, che riportò un giudizio negativo sul personale sanitario della Croce Rossa e dell’Esercito, salvando soltanto alcune «splendide eccezioni»[65].
In diverse occasioni il comportamento dei medici militari si dimostrò soprattutto preoccupato della propria integrità fisica. In Umbria, ad esempio, molti di loro, appena giunti nei Comuni cui erano stati assegnati, si affrettarono a dichiarare al medico

provinciale di non essere adatti, per motivi di salute, alla cura dei malati d’influenza; altri dottori con le stellette, in contraddizione con ogni evidenza, minimizzarono la situazione, dichiarando «non esservi influenza» e omettendo di denunciarne i casi, nella speranza di essere rimossi al più presto dal pericoloso incarico[66].
Appena giunto ad Altopascio, in provincia di Lucca, dove era stato inviato in servizio civile, un maggiore medico dichiarò che le sue condizioni fisiche non gli consentivano di assolvere il compito che gli era stato assegnato e chiese di tornare all’ospedale di Verona, da dove proveniva[67]. Fu un ripensamento dettato dalla paura, di fronte ai disagi di una condizione certamente meno privilegiata? I documenti non lo dicono, ma è un’ipotesi più che concreta. La vita da medico condotto in un Comune della campagna toscana gravemente colpito dalla “spagnola” era certamente meno sicura e più disagevole di quella di un professionista in una struttura ospedaliera. La richiesta del maggiore medico, peraltro, risultò esaudita.
Un altro caso è quello che riguardò il Comune di Moneglia, in provincia di Genova. Dopo il richiamo in servizio militare del medico condotto del paese, venne destinato in servizio civile un capitano medico della Croce Rossa, che tuttavia dopo 38 giorni dall’assegnazione doveva ancora arrivare a Moneglia, nonostante «ripetute insistenze» del sindaco e del prefetto[68]. Il capitano risultava in licenza a Santa Margherita Ligure.
A Cavezzo, in provincia di Modena, un tenente medico, già comandato in servizio civile, si assentava «frequentemente senza autorizzazione» del sindaco e del prefetto, «lasciando privi di assistenza gli ammalati». In questo caso sembrava tuttavia una reazione all’inerzia delle autorità superiori, dal momento che l’ufficiale medico aveva avanzato da tempo istanza per essere esonerato dal servizio a causa di una malattia, chiedendo anche di essere sottoposto a visita medica[69].
Le fonti fanno emergere, dunque, sia esempi negativi che positivi. Di questi ultimi, tuttavia, esistono tracce più diffuse, forse anche perché sui primi, alle volte, si preferì sorvolare. Riportarli su documenti ufficiali avrebbe significato dare origine a indagini e provvedimenti, contribuendo anche a gettare una cattiva luce sull’intera categoria.
Non mancano, nei fondi consultati, richieste di visite fiscali nei confronti di medici che avevano addotto motivi di salute per non presentarsi. Ovviamente, le autorità non potevano accontentarsi di un’autocertificazione. «Pregasi far presentare locale direzione sanità militare per subire visita fiscale sottosegnati ufficiali medici comandati servizio civile che hanno dichiarato non poter raggiungere residenza adducendo ragioni salute»: così si legge in un telegramma inviato dalla Direzione generale di sanità militare a quella di sanità pubblica in merito a cinque ufficiali che avevano esibito giustificazioni per non partire[70]. Anche il prefetto di Napoli, Vittorio Menzinger, sollecitò alla Direzione generale di sanità militare ripetute visite fiscali[71].
A Brembilla, in provincia di Bergamo, dopo la morte del titolare della farmacia, venne inviato un tenente farmacista. Arrivato il 22 novembre, si assentò per ben 24 giorni fino al

16 gennaio, giorno di cessazione del servizio, «dimostrando – secondo quanto scrisse il prefetto Oreste Scamoni – quale meschino concetto» avesse «della serietà professionale». Le assenze furono quindi oggetto di una denuncia alla Direzione di sanità militare di Milano, sia per provvedimenti disciplinari che per il recupero della diaria di 25 lire che il tenente farmacista aveva indebitamente percepito anche nei giorni di assenza[72].
Un tenente medico della Croce Rossa si sottrasse invece al proprio dovere spiegando al sindaco di Sclafani, il paese in provincia di Palermo nel quale era stato destinato, di essere uno specialista in odontoiatria, di non avere «mai visto e curato ammalati e che perciò non poteva in coscienza assumere la responsabilità del servizio sanitario». È chiaro che in una situazione di estrema penuria di medici come quella che si registrò in quel frangente era meglio un odontoiatra che nulla; tuttavia, il medico venne effettivamente richiamato e sostituito[73].
Altri esempi negativi emergono qua e là dalle fonti di stampa. Un feroce articolo del quotidiano cattolico *L’Avvenire delle Puglie* stigmatizzò, in una cronaca da Barletta, il comportamento di «uomini senza cuore», ovvero medici e farmacisti che avevano sottratto «quelle poche economie, messe da parte», dalle famiglie, «a forza di sacrifici e di rinunzie» e che si erano spinti a somministrare «l’abbondante acqua» del fiume Sele, «con poca scrupolosità, ad infermi» e «moribondi»[74].

5. *Altri flash dalla zona grigia*

Concludiamo questa rassegna segnalando altri squarci dalla zona grigia dove si collocarono persone più aggrappate all’istinto di autoconservazione che propense a slanci di eroismo. È il caso di un impiegato dell’ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia che pretese (ed ottenne) un “lavoro a distanza”, dettato da più che legittimi motivi precauzionali. Comandato a redigere statistiche a Villa Opizzoni, una struttura che ospitava contagiati, si rifiutò, affermando che l’ospedale era «un posto infetto» e che, se gli avessero fornito tutti i necessari dati, avrebbe potuto ugualmente svolgere il lavoro senza muoversi dal Santa Maria Nuova. Pur contrariati, i vertici ospedalieri scelsero di assecondare la richiesta del dipendente, lasciandolo nella sua sicura sede, in attesa che qualcuno gli portasse gli elenchi necessari[75].
Non mancano infine tracce di raccomandazioni. Il capitano medico Carlo Gamna, in servizio civile a Domodossola, venne sostituito a seguito di una lettera dell’illustre senatore e docente dell’Università di Torino Pio Foà, di cui era assistente. Nel gennaio del 1919 Foà chiese a Lutrario di liberare Gamna per permettergli di aiutarlo nel corso di Anatomia Patologica, che sarebbe presto ripreso, anche perché le notizie «di Torino e del Piemonte accennano a diminuzione sensibile dell’influenza»[76]. A Como, tra i medici messi a disposizione del prefetto, durante la pandemia, ci fu il docente universitario d’Ostetricia Alfonso Cuzzi, maggiore medico e figlio del senatore Giuseppe. Fu proprio l’illustre padre a

raccomandarlo a Lutrario, affinché fosse avvicinato in una località prossima a Milano, dove abitava la famiglia.
Il maggiore, che prima del manifestarsi dell’influenza dirigeva un ospedale di tappa in provincia di Ferrara, era stato destinato in un’ignota località a lottare contro l’influenza. Grazie alle pressioni del padre e a quelle del commendatore Enrico Flores, capo di gabinetto del Ministero dell’Interno, venne trasferito a Erba Incino e Crevenna[77]. Alfonso Cuzzi, tuttavia, non prese mai servizio, perché risultò essersi ammalato, a sua volta, d’influenza[78]. Tutto umano, troppo umano, avrebbe detto Nietzsche, fonte di ispirazione per una serie di «poeti-vati» la cui missione, all’inizio del Novecento, era stata proprio la ricerca dell’«eroe italico»[79].

Note

1. Stefano Jossa, *Un paese senza eroi. L’Italia da Jacopo Ortis a Montalbano*, Roma-Bari, Laterza, 2013, p. 262.
2. Per una bibliografia aggiornata sul caso italiano mi permetto di rimandare al mio recente lavoro *La spagnola. Storie e cronaca della pandemia influenzale del 1918*, Udine, Gaspari, 2022. Qui mi limito a segnalare che fino al volume di Eugenia Tognotti, *La “Spagnola” in Italia. Storia dell’influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, Milano, Angeli, 2002 (ripubblicato in un’edizione ampliata e aggiornata nel 2015), pochi erano stati gli studi scientifici che avevano toccato, anche soltanto marginalmente, questo tema. Solo Simonetta Soldani (*La Grande Guerra lontano dal fronte*, in *Storia d’Italia. Le regioni dall’Unità a oggi. La Toscana*, a cura di Giorgio Mori, Torino, Einaudi, 1986, pp. 345-452), Giorgio Cosmacini (*Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo. Dalla “spagnola” alla II guerra mondiale*, Roma-Bari, Laterza, 1989) e Paolo Giovannini (in diversi lavori) avevano prestato un’attenzione non superficiale alla pandemia del 1918. Andando a ritroso restano comunque preziosi, su questo tema, i volumi di Richard Collier (*La malattia che atterrì il mondo*, Milano, Mursia, 1980), Giovanni Cavina (*L’influenza epidemica attraverso i secoli*, Firenze, Olschki, 1959) e Giorgio Mortara (*La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari, Laterza, 1925). In anni più recenti si segnalano invece il libro del medico Raffaele Ghirardi (*La febbre cattiva. Storia di un’epidemia e del suo passaggio a Mantova*, Milano, Bruno Mondadori, 2013) e i puntuali lavori di Francesco Cutolo (su tutti *L’influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, Pistoia, ISRPt Editore, Pistoia, 2020). Tra gli storici italiani che per primi hanno lamentato la mancanza di studi sulla pandemia del 1918-1919 segnalo Paolo Sorcinelli (*Per una storia della malattia in Italia*, «Sanità, scienza e storia», 1984, n. 2, pp. 85-86).
3. A parere di chi scrive, anche l’iniziativa della concessione della cittadinanza onoraria al milite ignoto, promossa dall’Anci e dal Gruppo delle Medaglie d’Oro al Valor Militare d’Italia, si è tradotta, sui territori, in

un’acritica esaltazione del sacrificio per la Patria piuttosto che in una seria riflessione sul significato dei conflitti armati. Solo alcuni Comuni hanno colto quest’ultimo aspetto. Cfr., ad esempio, il Comune di Palanzano, in provincia di Parma, che nella delibera di conferimento della cittadinanza ha descritto il milite ignoto come «simbolo delle vittime di tutti i conflitti armati e monito delle coscienze a non ripetere gli errori del passato» e ha voluto «rendere omaggio a quanti hanno dato la vita durante i conflitti armati del Novecento, lottando per la libertà, la democrazia e per il valore della fratellanza che oggi più che mai deve essere rinnovato e promosso soprattutto tra le nuove generazioni, richiamando anche i valori della Costituzione della Repubblica Italiana».

4. *Chi l’ha detto? Tesoro di citazioni italiane e straniere, di origine letteraria e storica, ordinate e annotate da Giuseppe Fumagalli*, Milano, Hoepli, 1989, p. 598.
5. Su questi temi sono illuminanti le considerazioni di Nancy K. Bristow, *American Pandemic. The Lost Worlds of the 1918 Infuenza Epidemic*, New York, Oxford University Press, 2012, pp. 122-123.
6. A quanto ci risulta, soltanto Simonetta Soldani ha utilizzato quella parte del fondo, limitatamente alle buste relative al territorio da lei analizzato, ovvero la Toscana (Soldani, *La Grande Guerra lontano dal fronte*, cit.).
7. Le ricerche sono sfociate, per il momento, nei seguenti lavori principali: *Questi giorni di ansia terribile. Olgiate Molgora, la Brianza e la provincia di Como durante l’epidemia di influenza spagnola* (vincitore della borsa di studio indetta dal Comune di Olgiate Molgora), *“Senza nessuno, di notte, come un cane”. La pandemia influenzale del 1918-1919 a Mantova* (terzo classificato al premio Mozzarelli 2021, indetto dall’Istituto Mantovano di Storia Contemporanea); *La spagnola*, cit. Le riflessioni del presente saggio sono in parte l’anticipazione di un altro volume in corso di pubblicazione per l’editore Itinera Progetti di Bassano del Grappa.
8. Cfr. Niall Johnson, Juergen Mueller, *Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 “Spanish” Influenza Pandemic*, «Bulletin of the History of Medicine», a. 76 (2002).
9. David K. Patterson, Gerald F. Pyle, *The geografy and mortality of the 1918 Influenza Pandemic,* «Bulletin of the history of medicine», 65 (Spring 1991), n. 1, p. 14.
10. Johnson-Mueller, *Updating the Accounts*, cit., p. 113.
11. Alessio Fornasin, Marco Breschi, Matteo Manfredini, *Spanish flu in Italy: new data, new questions*, «Le infezioni in medicina. Rivista periodica di eziologia, epidemiologia, diagnostica, clinica e terapia delle patologie infettive», 2018, n. 1, pp. 97-106.
12. Howard Phillips, *Influenza Pandemic*, in *1914-1918-online. International Encyclopedia of the First World War*, a cura di Ute Daniel, Peter Gatrell, Oliver Janz, Heather Jones, Jennifer D. Keene, Alan Kramer, and Bill Nasson, Freie Universität Berlin, Berlin, 8 ottobre 2014, p. 5.
13. Bristow, *American Pandemic*, cit., p. 25.

14. Cesare Pezzi, *Note cliniche e batteriologiche sull’epidemia d’influenza*, «Giornale di Medicina Militare», LXVII (marzo 1919), 3, p. 381.
15. Allievo di Robert Koch, nel 1892 Pfeiffer aveva erroneamente ritenuto che il responsabile dell’influenza “russa” fosse un bacillo, al quale sarà dato il suo nome e che oggi conosciamo come *Haemophilus influenzae*. Il coccobacillo emofilo (“amico del sangue”) provoca in effetti diverse malattie ed è presente comunemente nella gola e nel naso degli esseri umani, ma non causa l’influenza, che è cagionata, come oggi sappiamo, da un virus.
16. Michele La Placa, *Virus e batteri*, Bologna, Il Mulino, 2011, p. 88.
17. Archivio Centrale di Stato (Acs), Ministero dell’Interno (Mi), Direzione generale della sanità pubblica (Dgsp), Affari generali, 1910-1920 (1910-1920), b. 245, “Trapani. Epidemia influenzale”, R. Prefettura della Provincia di Trapani, R. Prefettura di Trapani, *Epidemia d’influenza 1918-Relazione*, 31 dicembre 1918.
18. *Una vittima del fiero morbo. Il povero signor Buonsenso*, «Il Tempo», 13 gennaio 1919.
19. *Le comunicazioni del Sindaco e la situazione sanitaria*, «L’idea nazionale», 27 novembre 1918.
20. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 251, f. “Roma. Epidemia influenzale”, Regia Questura di Roma, *prot. n. 15147 Div. III*, 5 novembre 1918.
21. Archivio di Stato di Roma (Asr), Prefettura, Gabinetto, b. 1297, Prefettura della Provincia di Roma-Gabinetto, *prot. n. 5973*, 31 ottobre 1918.
22. Carteggio in Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 219 bis, f. “Firenze. Epidemia influenzale”.
23. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 248, f. “Verona. Epidemia Influenzale”, *lettera firmata «Un padre di famiglia»*, 28 ottobre 1918.
24. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 233, f. “Pavia. Epidemia Influenzale”, Regia Prefettura della provincia di Pavia, *prot. n. 16198*, 19 ottobre 1918.
25. Ministero dell’Interno-Direzione generale della sanità pubblica, *Istruzioni popolari per la difesa contro la influenza*, Roma, Tip. Artero, 1918.
26. Barry, *The Great Influenza*, cit., pp. 345-346.
27. *Atti della riunione per lo studio dell’influenza*, cit., p. 135.
28. *Una generosa offerta dell’Istituto Sieroterapico Milanese*, «Corriere della Sera», 10 gennaio 1919.
29. Sergio Sabbatani, Sirio Fiorino, *La pandemia influenzale “spagnola”*, «Le Infezioni in Medicina», n. 4, 2007, p. 276.
30. Cfr. Bristow, *American Pandemic*, cit., pp. 123-131.
31. Svenn-Erik Mamelund, *Effects of the Spanish Influenza Pandemic of 1918-19 on Later Life Mortality of*

Norwegian Cohorts Born About 1900, working paper, october 2003.

32. Christina Maslach, *La sindrome del burnout. Il prezzo dell’aiuto agli altri*, Assisi, Cittadella editrice, 1997, p. 20.
33. Isabella Casadio, Mariella Mentasti, *Il lavoro che consuma: alimentare la motivazione per prevenire il* burnout, in *Sfidare i tabù della cura. Percorsi di formazione emotiva dei professionisti*, a cura di Daniele Bruzzone e Lucia Zannini, Milano, FrancoAngeli, 2021, p. 89.
34. Christina Maslach, Wilmar B., Schaufeli, Michael P. Leiter, *Job burnout*, «Annual Review of Psychology», 2001, vol. 52, pp. 397-422, https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397.
35. Cfr. Maura Anfossi, *Il medico come figura di attaccamento*, in Maura Anfossi, Maria Luisa Verlato, Alberto Zucconi, *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*, Molfetta, La Meridiana, 2008.
36. Cfr., ad esempio, Cheng-Sheng Chen, Hsiu-Yueh Wu, Pinchen Yang, Cheng-Fang Yen, *Psychological Distress of Nurses in Taiwan Who Worked During the Outbreak of SARS*, «Psychiatric Services», January 2005, vol. 56, n. 1 77, pp. 77-79.
37. Ad es. Summer N. Rolin, Alexandra Flis, Jeremy J. Davis, *Work Coping, Stress Appraisal, and Psychological Resilience: Reaction to the COVID-19 Pandemic Among Health Care Providers*, «Psychology & Neuroscience. Advance online publication», 2021, July 22.
38. Nancy K. Bristow, *‘You can’t do anything for influenza’. Doctors, nurses and the power of gender during the influenza pandemic in the United States*, in *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-1919. New Perspectives*, edited by David Killingray, Howard Phillips, London-New York, Routledge, 2003, p. 59.
39. Ivi, p. 61.
40. Carlo Currado, *L’epidemia di influenza “Spagnola” nell’Astigiano. Ricordi e ricerche di un testimone*, «Il Platano», a. XVIII, 1993, p. 117. Ringrazio Walter Gonella del servizio prestiti interbibliotecari della Biblioteca Astense, per avermi messo a disposizione una copia della testimonianza.
41. Cosmacini, *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo*, cit., p. 14.
42. Laura Spinney, *1918 L’influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Venezia, Marsilio, 2018, p. 134.
43. Le prime due réclame sono tratte dall’edizione del 19 ottobre, la terza da quella del 22 ottobre.
44. *La salute pubblica*, «Il Resto del Carlino», 6 ottobre 1918.
45. Currado, *L’epidemia di influenza “Spagnola” nell’Astigiano*, cit., p. 117.
46. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 221, f. “Genova. Epidemia influenzale”, *lettera*, s.d.
47. Bristow, *American Pandemic*, cit., p. 139.

48. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 251, f. “Roma. Epidemia influenzale”, Comune di Lanuvio, *Estratto delle Deliberazioni della Giunta Municipale*, *verbale n. 26*, 10 novembre 1918.
49. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 198 bis, f. “Roma”, Comune di Ariccia, *Copia delibera giunta comunale. Encomio ai Medici*, 9 novembre 1918.
50. *Il “corriere” in provincia. Per una medaglia d’oro*, «Corriere di Napoli», 19-20 febbraio 1919.
51. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 197 bis, *telegramma del prosindaco di Citerna al Ministero dell’Interno*, 10 aprile 1919.
52. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 197, f. “Novara”, Comune di Tronzano, *Attestato del sindaco*, 27 febbraio 1919.
53. Per notizie sulla Kofman e sulle donne medico negli anni intorno alla prima guerra mondiale, cfr. Fulvia Zanchelli, *Pediatre per vocazione? Lauree femminili nella Facoltà Medica bolognese dal 1915 al 1925*, «Bollettino notiziario», organo ufficiale dell’Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bologna, a. XLVIII, n. 5, maggio 2017, pp. 7-14.
54. *L’influenza*, «Il Resto del Carlino», 25 ottobre 1918.
55. *Vittime del dovere*, «Il Resto del Carlino», 27 dicembre 1918.
56. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 216, f. “Chieti. Epidemia influenzale”, R. Prefettura di Chieti, *prot. n. 4042*, 29 marzo 1919.
57. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 251, f. “Roma. Epidemia influenzale”, Comune di Prossedi, *prot. n. 573*, 27 luglio 1919.
58. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 222 bis, f. “Girgenti. Epidemia influenzale”, Regia Prefettura di Girgenti-Consiglio Provinciale Sanitario, *prot. n. 11454 Div. Sanità*, 16 novembre 1918.
59. *Misure della Direzione generale di Sanità militare contro l’influenza*, «Il Policlinico sezione pratica», a. 1918, vol. XXV, f. 43, 27 ottobre 1918, p. 1042.
60. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 251, f. “Roma. Epidemia influenzale”, *lettera a Lutrario*, 14 ottobre 1918.
61. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell’Italia moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1987, p. 227.
62. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 214, f. “Catania. Epidemia influenzale”, Regia Prefettura di Catania, *telegramma espresso di Stato*, 26 settembre 1918.
63. Preto, *Epidemia, paura e politica nell’Italia moderna*, cit., p. 236.
64. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 191 bis, f. “Commissione ispettiva mista. Rapporti”, minuta, 2 novembre 1918.
65. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 251, f. “Roma. Epidemia influenzale”, Ministero dell’Interno-Direzione Generale della Sanità Pubblica, *relazione Ravicini*, 5 novembre 1918.
66. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 197 bis, *comunicazione del prefetto di Perugia al Ministero dell’Interno*, 10

febbraio 1919.

67. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 192, f. “Lucca”, Ministero dell’Interno, *telegramma espresso*, 7 ottobre 1918.
68. Ivi, f. “Genova”, R. Prefettura di Genova, *telegramma-espresso di stato n. 27260*, 21 ottobre 1918.
69. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 196 bis, f. “Modena”, R. Prefettura di Modena, *prot. Sanità n. 714*, 11 febbraio 1919.
70. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 194, f. “Bari”, *copia del telegramma in data 7 dicembre n. 117205*.
71. Si vedano ad esempio i telegrammi su due medici destinati a Verona e non partiti per malattia, in Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 197, f. “Napoli”.
72. Acs, Mi, Dgsp, 1910-1920, b. 194, R. Prefettura di Bergamo, *prot. n. 703 Sanità*, 31 gennaio 1919.
73. Acs, Mi, Dgsp, atti amministrativi 1910-1920, b. 200 bis, f. “Palermo”, R. Prefettura di Palermo, *prot. n. 38796 San.*, 22 gennaio 1919.
74. *Memento*, «L’Avvenire delle Puglie», 23 ottobre 1918.
75. Ivi, pp. 244-245.
76. Acs, Mi, Dgsp, Atti amministrativi 1910-1920, b. 197, f. “Novara”, *lettera di Foà a Lutrario*, 17 gennaio 1919 e Direzione generale sanità militare, *prot. n. 1142*, 23 gennaio 1919.
77. Nome di Erba fino al 1927.
78. Acs, Mi, Dgsp, Atti amministrativi 1910-1920, b. 216 bis, f. “Como. Epidemia d’influenza”, Regia Prefettura di Como, *prot. n. 7435*, 9 novembre 1918.
79. Jossa, *Un paese senza eroi*, cit., p. 12.