

Storia epidemiologica del “morbo crudele” (1918-20). Studi di caso su esordio, sorveglianza e profilassi dell’influenza spagnola (gli Stati Uniti)

MICHELE ROMANO

Introduzione

Molto è stato scritto, soprattutto nell’ultimo decennio, sul “morbo crudele”, ossia l’epidemia di spagnola¹, la grave sciagura, innanzitutto per perdite umane, scatenata da un agente infettivo, un virus influenzale di tipo A (di cui si dirà meglio più avanti), uno dei patogeni più virulenti che da sempre causa nell’uomo le malattie più gravi, perciò insolitamente fatale, che dilagò su scala intercontinentale in tre ondate successive per quasi due anni e mezzo, dall’inverno del 1918 alla primavera del 1920.

In Italia, le iscrizioni funebri “morbo crudele” o “fiero morbo”, con riferimento prevalente, ma non esclusivo, alla morte provocata dall’influenza spagnola, erano d’uso abbastanza diffuso sulle lapidi cimiteriali di coloro che, appunto, ne furono considerate vittime. Tale nesso fu stretto ma non aderentissimo perché, nel periodo qui considerato, non rientrando la sconosciuta influenza spagnola nel novero delle malattie endemiche attentamente monitorate dal Consiglio superiore di sanità del Regno d’Italia (e cioè peste, colera, vaiolo, malaria ecc.), e non essendo stato ancora introdotto nel diritto italiano il principio di malattia infettiva a denuncia obbligatoria, è plausibile ipotizzare che al di fuori di contesti ospedalieri e clinici come, per esempio, le famiglie, gli orfanotrofi, i collegi, le carceri ecc., la convinzione, sostenuta o meno dall’accertamento formale o informale del medico condotto, che un determinato decesso fosse avvenuto a causa dell’influenza spagnola, in non pochi casi tale convincimento potrebbe essere stato l’effetto congiunto di una penetrante cultura del lutto automatizzato – alimentata dalla crisi epidemica che si sommava tragicamente alla mortalità per malattie endemiche – e

¹ Sulle varie denominazioni dell’epidemia, riporto qui di seguito l’efficace sintesi di Roberto Bianchi: «L’influenza fu indicata con nomi diversi nei vari paesi e nei vari tempi del suo sviluppo. [...] Visto il fallimento della guerra lampo del 1914, nella Germania del 1918 fu chiamata “Catarro lampo”, e in seguito “pseudoinfluenza”; in Francia venne indicata inizialmente come “febbre di Parma”; “febbre delle Fiandre” in Inghilterra; “malattia bolscevica” in Polonia; “febbre di Bombay” a Ceylon; “di Singapore” a Penang; a Cuba e nelle Filippine era il “trancazo”, ovvero un “colpo inferto con un pesante bastone”; in Ungheria la “sferza nera”; nella Svizzera francofona era la “civettuola”, la *coquette* nel suo doppio senso, che elargiva doni a caso; in Siam “la grande febbre fredda”; in Senegal l’“influenza brasiliana”; in Brasile la “tedesca”; in Rhodesia “influenza dell’uomo bianco”; in Persia la “britannica”; in Danimarca era la “febbre dal Sud”; per i giapponesi era l’“influenza da sumo”, perché il primo focolaio si sviluppò durante un torneo sportivo. Un giornale di Freetown (Sierra Leone) la indicò come malattia *manhu*, termine che in ebraico significa “che cos’è?”. Invece in Spagna fu denominata “soldato di Napoli”. In quel periodo a Madrid lo spettacolo più famoso era *La canción del olvido* (La canzone dell’oblio) che conteneva una canzone di successo: *Il soldato napoletano*, per l’appunto. Ma le condizioni generali imposte dalla guerra mondiale avrebbero fatto associare in modo indissolubile e per sempre il nome della Spagna, e non quello di Napoli, alla pandemia. [...] Tra Londra e Parigi si parlò di *Spanish Lady* e *Spanish Tart*, evocando prostitute spagnole e malattie veneree. La guerra non era ancora finita che quella influenza era ormai divenuta la febbre spagnola». R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, saggio introduttivo a F. CUTOLO, *L’influenza spagnola del 1918-1919. La dimensione globale, il quadro nazionale e un caso locale*, I.S.R.Pt Editore, Pistoia 2020, pp. 15-16.

delle allora molto scarse conoscenze eziopatogenetiche riguardanti la spagnola; una combinazione, questa, che oltretutto portava spesso, e dunque erroneamente, come si sta per dire, all'iscrizione funebre di cui sopra². Pertanto, anche gli esiti letali di stati morbosi in cui si fosse verificata la concomitanza di sintomatologie più o meno riconducibili all'influenza, e comunque tanto generiche e ambigue da non escludere la coesistenza di più agenti patogeni, in definitiva sarebbero stati attribuiti esclusivamente alla epidemia di spagnola per l'inefficienza strutturale dei sistemi di osservazione sanitaria di quel tempo e, nel caso specifico della nuova patologia influenzale, dell'inadeguatezza del metodo diagnostico ipotetico-deduttivo dovuta all'insufficienza dei possibili esami obiettivi utili al rimodellamento dell'ipotesi clinica e quindi all'innalzamento del grado di certezza³.

Questo lavoro propone qualche elemento aggiuntivo di conoscenza e suggerisce alcuni spunti di riflessione nell'ambito dell'ampio panorama di approcci metodologici al tema delle ondate influenzali del 1918-20 e nel conseguente dibattito storiografico che si è all'improvviso vivacizzato per due motivi fondamentali che, tra l'altro, hanno finito casualmente e sotto molti aspetti quasi per sovrapporsi: il primo è stato il centenario dalla manifestazione brusca e violenta dell'influenza spagnola, che attorno al biennio 2018-20 ha sollecitato, soprattutto in Europa e in Nord America, un po' meno intensamente in altre parti del mondo, un grande numero di pubblicazioni⁴; il secondo motivo, che ha impattato drasticamente sul contesto scientifico e culturale internazionale approntato dal primo, la terribile pandemia da Covid-19, il 30 gennaio 2020 dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) «emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale»⁵, poco più tardi, il successivo 11 marzo, «situazione pandemica»⁶ e agli inizi del maggio 2023 considerata ufficialmente terminata come emergenza sanitaria pubblica di interesse globale⁷. Di conseguenza, la mescolanza, la reciproca integrazione

² Oggi, sul territorio nazionale, di lapidi con le iscrizioni “morbo crudele” o “fiero morbo” ne sono rimaste poche e di difficile censimento soprattutto per quantità, soppressioni, decentramenti e accentramenti amministrativi ecc., che nel tempo hanno interessato tanto le strutture cimiteriali quanto le varie circoscrizioni comunali da cui dipendono. In particolare, oltre agli sporadici casi di conservazione legati allo status di bene culturale assunto formalmente dai cimiteri considerati monumentali e storici, si mantengono quelle riguardanti le salme che, più di un secolo fa, furono tumulate o inumate in sepolture private a concessione perpetua o in cappelle private e gentilizie per le quali negli anni successivi è stata possibile la deroga, eventualmente anche in eccesso alla durata massima di 99 anni, della perpetuità (solo in specifici casi revocabile *ex lege* dalle autorità locali), in quanto, come disposto dal D.P.R. 285/1990, *Regolamento di polizia mortuaria*, concessioni rilasciate prima dell'entrata in vigore dell'abrogato D.P.R. n. 803/1975 riguardante tali disposizioni in materia.

³ Sul concetto di certezza diagnostica cfr. per tutti A. CARTABELLOTTA, *Ragionamento diagnostico, Evidence-based Medicine e linee guida*, in «Riv Med Lab - JLM», Vol. 2, S. 1, 2001, pp. 26-30, disponibile all'URL: <https://www.sipmel.it/it/riviste/articolopdf.php/361> (ultimo accesso il 5 luglio 2025).

⁴ Si veda quanto riporta M. HONIGSBAUM, *The “Spanish” Flu and the Pandemic Imaginary*, in «Isis. A Journal of the History of Science Society», vol. 114, n. S1, September 2023, *Bibliographic Essays on the History of Pandemics: An IsisCB Special Issue*, (<https://doi.org/10.1086/726984>), soprattutto nella bibliografia alle pp. 155-161.

⁵ CAMERA DEI DEPUTATI, *Temi dell'attività parlamentare, Documentazione di inizio legislatura, XIX Legislatura, L'emergenza Covid-19*, consultabile all'URL: https://temi.camera.it/leg19DIL/area/19_1_37/1-emergenza-covid-19-34.html (ultimo accesso il 17 giugno 2025).

⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*, consultabile all'URL: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (ultimo accesso il 21 giugno 2025).

⁷ EUROPEAN MEDICINES AGENCY, Science Medicines Health, *Coronavirus disease (COVID-19)*, consultabile all'URL:

e l’ibridazione degli studi mono e interdisciplinari sui due eventi lontani un secolo l’uno dall’altro, ma entrambi straordinari specialmente per mortalità e quindi per ogni livello, istituzione e forma della vita associata, rendono ancora adesso davvero difficile, specificatamente per l’epidemia di spagnola, un’operazione di sintesi interpretativa e metodologica che sia – al di là dell’intrinseca perfettibilità di qualsiasi ricerca di storia – ampiamente condivisa già solo per i criteri che orientano la scelta, il trattamento e l’interpretazione delle fonti.

Catastrofe, lutto e oblio

Intanto, da un punto di vista della produzione storiografica e della letteratura scientifica in generale, benché nel corso della storia dell’umanità di epidemie influenzali, cioè le manifestazioni frequenti e localizzate di infezioni respiratorie acute, o verosimilmente di pandemie, così definite quando la diffusione di questo tipo di patologie coinvolge più continenti o comunque vaste aree del mondo, ne siano state registrate parecchie e siano pure apparse con una certa regolarità, certo è che tra queste a dominare è senz’altro l’influenza spagnola. Mark Honigsbaum, studioso della City University di Londra ed esperto in materia di bibliografia sull’argomento, ha recentemente sostenuto che ciò è conseguenza tanto degli studi di epidemiologia storica quanto delle analisi statistiche retrospettive, che insieme hanno contribuito a rendere la spagnola il caso di riferimento per la misurazione con metodo comparativo delle altre pandemie influenzali o respiratorie verificatesi specialmente in età contemporanea, compresa, ovviamente, l’ultima da Covid-19⁸. Il risultato complessivo è che la spagnola condiziona in modo preponderante «l’immaginario pandemico» del nostro XXI secolo, e ha alimentato e continua ad alimentare perlomeno

sei distinte aree tematiche all’interno della storiografia sull’influenza Spagnola H1N1. Tra queste, scritti medici che tentano di rileggere a ritroso la storia dell’influenza Spagnola per “imparare” le “lezioni” di sanità pubblica utili alla mitigazione di future pandemie, e scritti ecologici in cui l’influenza è vista come il paradigma di una malattia infettiva emergente e un modello per la genesi di epidemie e pandemie da serbatoi zoonotici. Dal 1997, gli studi accademici riflettono anche una crescente interdisciplinarietà, in cui la bioarcheologia e le tecniche di datazione molecolare hanno fornito nuove informazioni sulla storia dell’influenza e sulle origini evolutive dell’influenza Spagnola, avvicinando le scienze della vita alle discipline umanistiche, mediche e ambientali. Queste intuizioni scientifiche hanno stimolato scritti sia accademici che divulgativi sull’influenza Spagnola, rendendo la sua caratterizzazione come “pandemia dimenticata” quasi un ossimoro. In effetti, se non altro, il centenario dell’influenza Spagnola nel 2018 e la pandemia di COVID 2019-2023 hanno provocato un rinnovato interesse per diversi temi [...], in particolare, gli scritti di storici sociali della medicina, storico-culturali e demografici delle malattie⁹.

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19> (ultimo accesso il 18 giugno 2025).

⁸ M. HONIGSBAUM, *The “Spanish” Flu and the Pandemic Imaginary*, in «*Isis. A Journal of the History of Science Society*», cit., p. 143.

⁹ *Ibidem* (la traduzione è mia).

A quanto pare, considerando tutto ciò che è stato scritto da quando si cerca di raccontare con metodo scientifico la storia della nostra specie, non c'è dubbio che quella di spagnola sia stata la seconda pandemia in valori assoluti per virulenza e tasso di letalità; più del Covid 19, che nel mondo ha fatto pressappoco sedici milioni di vittime, e meno solo della peste nera di metà Trecento, che probabilmente in Europa di morti ne fece tra venticinque e trenta milioni e complessivamente nel mondo, dal 1346 al 1353, in base però a calcoli molto più approssimativi, circa duecento milioni, in pratica il 60% della popolazione globale¹⁰. Secondo stime attuali, infatti, la spagnola avrebbe infettato mezzo miliardo di persone, su quasi due di popolazione mondiale, uccidendone oltre cinquanta milioni¹¹. Ma questo è ciò che affermano alcuni scrittori, perché altri invece sostengono che gli infettati di spagnola siano stati suppergiù un miliardo, quindi la metà di tutti gli esseri umani al tempo sulla terra, e le vittime all'incirca ventuno milioni, che però diventerebbero quaranta o addirittura quasi cento se si potessero considerare le statistiche, che comunque a quanto pare non ci sono, di Asia, Africa e Sud America, continenti in cui le condizioni igienico-sanitarie di sicuro aggravarono moltissimo l'impatto della malattia sulla popolazione¹².

Con i numeri, dunque, sia in termini assoluti che – ed è anche peggio – relativi, si è molto lontani da una convergenza degli studi attorno a valori più o meno stabilizzati; e ciò significa, quanto meno: o che non c'è corrispondenza nei processi di reperimento e critica delle fonti, e che qualcuno di essi è perfino scorretto; o che certi strumenti di misurazione non sono statisticamente affidabili, né idonei, né ragionevolmente approssimativi; o che più di approcci autenticamente ispirati all'interdisciplinarietà si tratti in realtà di una mera funzione ausiliaria, neanche complementare, di varie conoscenze specialistiche rielaborate e oltremodo semplificate, fino all'inesattezza, dalle pratiche divulgative di emergenti campi professionali, come il giornalismo scientifico, e ritagliate sui temi d'attualità a seconda delle temperie culturali; o tutte queste cose insieme e poi altre ancora.

D'altronde, se ciò avviene sul piano quantitativo del tragico bilancio delle vite umane stroncate dalla malattia, non va meglio da una prospettiva qualitativa, come nel caso della storia culturale, vale a dire dei modi in cui si cercò di comprendere e dunque di superare la catastrofe prodotta dalla spagnola, lo sforzo di darle un «senso», di attribuirle un significato; qualcosa di simile, insomma, a ciò che si è cercato di fare, sempre per restare a un esempio, che però ha molto a che vedere con il tema di queste pagine, quando c'è stato bisogno di fare i conti con la carneficina provocata dal primo conflitto mondiale¹³. In effetti, studiosi autorevoli hanno insistito sui processi di oblio sociale e culturale che hanno coinvolto la memoria della pandemia del 1918-20, a lungo dimenticata nella

¹⁰ Cfr. R. ARCANO, A. CAPACCI, G. GALLI, *Salute della popolazione, i trend globali*, in «Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani», Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 17 maggio 2024, p. 3, consultabile all'URL:

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-Salute%20della%20popolazione%20i%20trend%20globali.pdf> (ultimo accesso il 19 luglio 2025).

¹¹ Cfr., per tutti, M. FLORES, *Il mondo contemporaneo. 1945-2020*, il Mulino, Bologna 2021, p. 482, e M. S. Salvini, *Globalizzazione: e la popolazione? Le relazioni fra demografia e mondo globalizzato*, Firenze University Press, Firenze 2021 (DOI: 10.36253/978-88-5518-439-7), p. 77.

¹² Rimando, per tutti, a N.P.A.S. JOHNSON, J. MUELLER, *Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 "Spanish" Influenza Pandemic*, in «Bulletin of the History of Medicine», 76, n. 1, febbraio 2002, pp. 105-115 (<https://dx.doi.org/10.1353/bhm.2002.0022>); R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, cit., p. 19.

¹³ Cfr. J. WINTER, *Il lutto e la memoria. La Grande Guerra nella storia culturale europea*, il Mulino, Bologna, 2014, su cui si dovrà tornare più volte.

congerie dell’immaginario pandemico moderno al punto che non è noto, o forse non è stato mai ufficialmente censito perché abbandonato e trascurato in chissà quale sperduto luogo della terra, un qualche genere di monumento commemorativo pubblico¹⁴ (al contrario di quanto sta accadendo per la pandemia di coronavirus¹⁵) che non sia la lapide funeraria individuale o collettiva con epigrafe di cui si è detto all’inizio.

In netto contrasto con la miriade di *lieux de mémoire* (per usare la famosa espressione di Pierre Nora) che commemorano la Grande Guerra del 1914-18, che Jay Winter ha giustamente definito “luoghi della memoria, luoghi del lutto”, la Grande Influenza del 1918-19, messa in ombra, può essere considerata un *lieu d’oubli*, un regno dell’oblio. Tuttavia, questo concetto intrigante, che è stato occasionalmente evocato negli studi sulla memoria senza essere adeguatamente concettualizzato, non significa un vuoto. Il paradosso di un episodio ricordato come se fosse stato dimenticato è di per sé un’indicazione che non vi è stato un oblio totale. Anzi, l’evidenza di numerosi ricordi trascurati della pandemia chiarisce che non si è trattato di un semplice caso di “amnesia collettiva”. Questa complessità può essere meglio interpretata come una combinazione di “oblio sociale” e “oblio culturale”, entrambi implicanti forme sottili di ricordo. L’oblio sociale ruota attorno alla dissonanza tra il silenzio nella sfera pubblica e la persistenza di ricordi privati e locali meno evidenti. L’oblio culturale si riscontra nella marginalizzazione di rappresentazioni che rimangono in gran parte sconosciute al di fuori dei canoni artistici e letterari. Queste dinamiche mnemoniche si manifestano attraverso una percepibile assenza, che, se analizzata, rivela molteplici memorie oscurate da un prolungato disinteresse ufficiale. A loro volta, i momenti di riscoperta possono risvegliare l’interesse pubblico e contrastare tale oblio, riportando alla ribalta memorie precedentemente trascurate¹⁶.

Le più recenti ricostruzioni storiografiche del contagio di spagnola, nella scia delle suggestioni appena citate, hanno cercato di raccontare e spiegare perché quella che è stata certamente la più grande pandemia influenzale del XX secolo sia stata ignorata¹⁷, e quasi sempre, in fondo, lo si è fatto riecheggiando quanto ha scritto in modo molto meditato, forse solo meno analitico se comparato ad altre specifiche indagini, uno studioso come Jay Winter¹⁸. Egli ha individuato il principale motivo di questa grande amnesia, di questa

¹⁴ Per qualche traccia di scala locale nello specifico caso italiano si veda F. CUTOLO, *L’influenza spagnola del 1918-1919...*, cit., p. 26.

¹⁵ In Italia, per esempio, oltre alle inaugurazioni di vari monumenti in linea con quanto sta accadendo nel resto mondo, la Legge n. 35 del 2021 dispone la *Istituzione della Giornata nazionale in memoria delle vittime dell’epidemia di coronavirus*; recita l’Art. 1: «La Repubblica riconosce il giorno 18 marzo di ciascun anno quale Giornata nazionale in memoria delle vittime dell’epidemia di coronavirus, [...], al fine di conservare e rinnovare la memoria di tutte le persone decedute a causa di tale epidemia». GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, Serie Generale, n. 167, Anno 162°, Roma, giovedì 18 marzo 2021, p. 1, consultabile all’URL:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/03/18/67/sg/pdf> (ultimo accesso il 20 giugno 2025).

¹⁶ G. BEINER, *Conclusion. Rediscovering the Great Flu between Pre-Forgetting and Post-Forgetting*, in ID. (a cura di), *Pandemic Re-Awakenings: The Forgotten and Unforgotten ‘Spanish’ Flu of 1918-1919*, Oxford University Press 2022 (<https://doi.org/10.1093/oso/9780192843739.003.0001>), p. 346 (la traduzione è mia).

¹⁷ Per esempio, R. BIANCHI, *Spagnola. La grande pandemia del Novecento tra storia, oblio e memoria*, cit., pp. 7-21.

¹⁸ Jay Winter, come ebbe a dire George L. Mosse, ha scritto un libro indispensabile per la nostra comprensione della Grande Guerra, e che, si può senz’altro aggiungere, potrebbe aiutare molto, come si vedrà qui, poco più avanti, nella ricostruzione dell’impatto culturale della pandemia di spagnola: cfr. J. WINTER, *Il lutto e la memoria...*, cit.

difficoltà nell'inserire un momento così difficile in una narrazione che avesse un significato, nel davvero spaventoso contesto storico della Prima guerra mondiale, «out of social agency, out of mind»¹⁹. In altri termini, anche sul piano della memoria collettiva sarebbe stata la contiguità tra guerra e pandemia a spostare verso la prima, verso i suoi sconvolgimenti e le sue immediate conseguenze, «i nostri orientamenti storici, la nostra galleria di eroi e di cattivi»²⁰.

In questa prospettiva assume valore emblematicamente paradigmatico il caso, ricordato proprio da Jay Winter, che riguarda la morte provocata dalla spagnola del poeta Guillaume Apollinaire, nato a Roma nel 1880 da un italiano e da una nobildonna polacca ma culturalmente cresciuto in Francia, nazione in cui avrebbe risieduto stabilmente dal 1902 e dove nel 1914 si sarebbe volontariamente arruolato, ottenendo poi per ricompensa la cittadinanza francese. Nel 1916, ferito al capo in combattimento, Apollinaire riuscì a guarire grazie a un intervento di craniotomia e a una lunga degenza in un ospedale militare, ma a guerra quasi conclusa perse la vita per avere appunto contratto l'influenza. Come ha raccontato il poeta e scrittore svizzero, naturalizzato francese, Blaise Cendrars, anch'egli riformato e mutilato di guerra (nel 1915, per gravi ferite in battaglia, aveva perso il braccio destro), una domenica d'inizio novembre del 1918 pranzò con l'amico e compagno d'armi Apollinaire a Montparnasse, e discussero molto, soprattutto dell'«argomento del giorno, l'epidemia di influenza spagnola che aveva fatto più vittime della guerra». Il venerdì della settimana successiva, Cendrars venne casualmente a sapere che Apollinaire era stato colpito dall'influenza, perciò si recò subito presso di lui per accertarsi delle condizioni in cui versava, trovando infetta pure la moglie di Guillaume, Jacqueline, anche se in modo non grave «come il marito, che giaceva “tutto nero” e immobile. Cendrars si precipitò a cercare un medico, a parere del quale era troppo tardi per fare qualcosa. La sera dopo, il sabato 9 novembre, Apollinaire moriva»²¹. È difficile non essere d'accordo con Jay Winter quando afferma che nella cronaca di questa tragica vicenda è di straordinario interesse, ai fini del ragionamento che qui si sta facendo, e quindi al di là dell'indiscusso valore di un'opera – quella di Cendrars – che nel complesso ha esercitato una forte influenza sulle avanguardie artistiche e letterarie di inizio '900, proprio il resoconto che lo scrittore ci ha lasciato del funerale dell'amico Apollinaire:

Dopo l'assoluzione finale, la bara lasciò la chiesa di San Tommaso d'Aquino, avvolta in una bandiera, con l'elmetto da tenente di Apollinaire posto sul tricolore, tra mazzi di fiori e ghirlande. Una guardia d'onore, un drappello di soldati con le armi sul fianco, guidava il lento corteo, la famiglia dietro il carro, la madre, la moglie in gramaglie, povera Jacqueline, sfuggita all'epidemia, che s'era portato via Guillaume, ma era ancora debole, gli amici intimi di Apollinaire, il principe Jaztrebsoff, Serge, sua sorella, il barone d'Oettingen, Max Jacob, Picasso, tutti gli altri amici di Guillaume [...], tutta la Parigi delle lettere, delle arti, la stampa. Ma non appena il corteo raggiunse l'angolo di Saint-Germain venne disturbato da una folla rumorosa che celebrava l'armistizio, uomini e donne che agitavano le braccia, cantavano, ballavano, si baciavano, urlavano forsennatamente il famoso motivetto della fine della guerra:

No, non devi andare, Guillaume

¹⁹ ID., *Preface. History, Memory and the Flu*, in G. BEINER (a cura di), *Pandemic Re-Awakenings: The Forgotten and Unforgotten 'Spanish' Flu of 1918-1919*, p. XXVI.

²⁰ *Ibidem* (la traduzione è mia).

²¹ ID., *Il lutto e la memoria...*, cit., p. 31; Winter recupera questa testimonianza da B. CENDRAS, *Œuvres complètes*, Denoël, Parigi 1964, vol. VIII, pp. 665-671.

No, non devi andare...

Era troppo. E dietro di me udii le vecchie glorie del simbolismo morente, tutti “immortali” poeti oggi dimenticati, che chiacchieravano, discutevano del futuro della poesia, di quel che avrebbero fatto i giovani poeti dopo la morte di Apollinaire, e se la spassavano, quasi fossero venuti a cantar vittoria nella battaglia tra Antichi e Moderni. Era orribile, e provai rabbia, mi sentii assalire dall’indignazione²².

In buona sostanza, che Apollinaire fosse morto di spagnola interessava poco alla Parigi che si apprestava a organizzare ufficialmente, per l’estate successiva, la sfilata della vittoria che, placato finalmente il revanscismo antitedesco, avrebbe attraversato gli Champs Élysées: il drappello d’onore per gli spari di commiato al “poeta della guerra” conferivano solennità al saluto che la cittadinanza parigina gli rivolgeva riconoscendo per un “sacrificio” che essa volle credere avesse avuto a che fare con presunte, fantasticate, valorose imprese militari, quando, in realtà, quella morte era soltanto una misera e triste manifestazione della fragilità umana.

L’intima e profonda sofferenza provocata dal lutto che il conflitto mondiale aveva disseminato ovunque si mescolava al delirio istituzionalizzato per i gloriosi reduci, adesso ricoperti di medaglie al valore militare e croci al merito di guerra, e soprattutto per la morte eroica, che toglieva ogni spazio al decesso, in fin dei conti meno nobile per la nazione, provocato dall’influenza: le cicatrici inferte da un colpo di pistola, di fucile, da schegge di granata, oppure un corpo mutilato, un viso sfregiato, l’andamento straniato degli “scemi di guerra” (come popolarmente venivano chiamati i soldati affetti da “shell shock”, lo shock da granate, oggi chiamato disturbo post traumatico da stress²³) erano le testimonianze inconfutabili dell’epico sacrificio compiuto nell’immane sforzo di difendere la patria e vendicare le antiche offese. La morte per l’influenza era crudele, terribile, ma non eroica. In molte di quelle famiglie, soprattutto europee e nordamericane, che avevano dovuto sopportare la perdita di propri cari a causa della guerra e poi della spagnola, evidentemente agì più forte e in senso olistico la percezione della dimensione consolatoria e salvifica che si sprigionava dalla rappresentazione del lutto nelle forme della commemorazione celebrativa nei luoghi pubblici.

Ma se nell’elaborazione del lutto la forza risanatrice esercitata da questa sorta di “estetica della morte” molto probabilmente può avere un senso per spiegare l’oblio o la rimozione della perdita provocata dalla spagnola nel contesto culturale delle società dei Paesi che la guerra l’avevano vinta, per ovvi motivi non può servire a chiarire come mai accadde più o meno la stessa cosa in quei Paesi che invece la guerra l’avevano persa e che comunque facevano i conti contemporaneamente, tanto nel chiuso dell’intimità familiare quanto negli ambienti pubblici sociali e istituzionali, sia con i caduti inutilmente sui campi di battaglia sia con i tremendi decessi a causa dell’imperversante influenza. Volendo forzare un po’ premesse e asserzioni della prima ipotesi per adattarne la logica argomentativa alla specificità dei Paesi sconfitti, si potrebbe forse congetturare che, in questi ultimi, fame, devastazioni, smembramenti e cancellazioni di antichi confini, conflitti e stermini etnici, inquietudini e revanscismi ecc., addolorarono e infiammarono le coscienze più a lungo e più intensamente di quanto avesse fatto quel già immane carnaio lasciato dagli anni di guerra e che proprio sul finire di quest’ultima fu inasprito

²² Ivi, pp. 662-663, citato in J. WINTER, *Il lutto e la memoria...*, cit., pp. 31-32.

²³ Cfr. Q. ANTONELLI, *Storia intima della grande guerra. Lettere, diari e memorie dei soldati dal fronte*, con dvd del film di Enrico Verra, *Scemi di guerra. La follia nelle trincee* (Italia 2008), Donzelli, Roma 2014.

dall'influenza mortale. Del resto, «come si poteva estendere il termine “sacrificio” fino a includere coloro che morirono su entrambi i fronti senza alcun riferimento alle azioni nemiche? In un certo senso, queste vittime dell'influenza morirono invano, complicando le pratiche del lutto in un momento in cui dovettero adattarsi al nuovo volto della guerra moderna»²⁴.

Al momento, dunque, non sono ancora chiari i motivi della grande amnesia che per un secolo ha interessato l'epidemia di spagnola. Certo è, invece, che la crisi globale recentemente provocata dalla incontrollabile e difficilmente curabile infezione virale da Covid abbia convinto della necessità «di fare spazio alla storia dei fallimenti collettivi, delle storie non eroiche, delle narrazioni in cui i limiti dell'agire umano sono dolorosamente evidenti»²⁵.

Di conseguenza, a ben riflettere, in questo caso il problema non concerne solo il perché l'oblio abbia avvolto la drammatica esperienza dell'epidemia di influenza del 1918-20, ma richiama, innanzitutto, il come adesso vada studiata, il come ora se ne debba fare una storia metodologicamente corretta. C'è bisogno di rivedere quella che qualche storico di professione ha sarcasticamente definito, riguardo appunto a recenti e discutibili proposte di ricostruzione storica dell'epidemia di spagnola, la “superfetazione della conoscenza” che negli ultimi anni si è sprigionata dalla *nouvelle vague* di studi, soprattutto divulgativi e in qualche caso accademici, in cui abbondano strani assemblaggi, stravaganti comparazioni, modelli statistici multivariati di dubbia potenza, eccessi di generalizzazione, omissioni di apparati critici, sensazionalismi, fino alle derive interpretative di una certa *public history*, estranea alla sfera istituzionale della disciplina, che con l'uso pubblico della storia cercano più o meno intenzionalmente di deformare o addirittura di negare il passato.

Sicché, partendo dal presupposto che le fonti sull'epidemia di spagnola si conservano in tre principali e diversi *corpora* documentari, cioè di ambito medico/scientifico/statuale, di storia familiare²⁶, di menzioni e racconti coevi, le pagine che seguono non hanno alcuna pretesa se non quella di sperimentare un approccio – in questa sede assolutamente parziale e limitato – alla prima tipologia di fonti, cioè a quelle informazioni che, al di là di ricordi e di tragedie personali, di spaventosi numeri di morti, di repertori fotografici raccapriccianti e di esperienze di inenarrabile dolore, ci dicono innanzitutto cosa fu realmente l'epidemia di spagnola, in che modo fu governata l'emergenza che provocava, in quali contesti si diffondeva maggiormente, quali sintomi cagionava, in quanti giorni provocava il decesso, se si moriva più *per* o *con* l'influenza, ecc.

²⁴ J. WINTER, *Preface. History, Memory and the Flu*, cit., p. XXVII (la traduzione è mia).

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ In quest'ambito, centinaia di documenti inediti sulla epidemia di spagnola, originariamente conservati negli archivi di famiglia di molti cittadini francesi, sono stati donati a *La Grande Collecte 1914-1918*, l'iniziativa nazionale guidata dalla *Bibliothèque nationale de France* e dalla rete degli *Archives de France*, che si è svolta in due edizioni tra il 2013 e il 2018: nella prima, i cittadini sono stati invitati a recarsi presso gli Archivi nazionali con i propri documenti di famiglia risalenti alla Prima guerra mondiale, a digitalizzarli e a lasciare proprie testimonianze e regesti, che sono stati dunque pubblicati sul sito web *Europeana 1914-1918. Progetto di digitalizzazione di fonti storiche sulla Prima guerra mondiale*; con la seconda edizione, invece, i cittadini sono stati incoraggiati a donare le proprie carte di famiglia agli Archivi Nazionali per garantirne la conservazione a lungo termine, e all'appello hanno risposto in circa duecento, da tutta la Francia e anche dagli Stati Uniti d'America. Questi documenti sono liberamente consultabili ai seguenti indirizzi web:

<https://www.europeana.eu/it/collections/organisation/3782-europeana-1914-1918>;

<https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/bd6d2f48446add03a6d765edd51927be9f69eace>

(ultimi accessi il 5 luglio 2025).

In questa prospettiva, non c'è niente di più adeguato dell'osservazione clinica ospedaliera, della comunicazione medica ufficiale e della documentazione statuale a fornire risposte scientificamente fondate e quindi validamente utilizzabili nell'ambito della densa articolazione di una ricerca sul tema che dovrebbe essere, per la sua straordinaria complessità, ossequiosa di un paradigma transdisciplinare rigorosamente formalizzato e ampiamente condiviso, ancora tutto da costruire.

Ultime scoperte biologiche, nuove opportunità di ricerca storica ed epidemiologica

Agli inizi del mese di luglio del corrente 2025, un'équipe di ricercatori delle università di Basilea e Zurigo ha pubblicato i risultati riguardanti le ricerche che ha condotto sul genoma del virus dell'influenza spagnola, e il cui obiettivo è stato di chiarire vari aspetti ancora in ombra di quella che è senz'altro la pandemia più studiata al mondo. Per esempio, scrivono i ricercatori, si è spesso ipotizzato che l'evoluzione genetica del suo agente causale, il virus dell'influenza A, abbia svolto un ruolo significativo nell'andamento a ondate ricorrenti di questa pandemia, ma la scarsa disponibilità di genomi del virus del 1918 è stata la ragione principale dell'incapacità di confermare o scartare questa ipotesi; una indisponibilità dovuta soprattutto al fatto che le fondamentali informazioni contenute nei dati epidemiologici storici e nei campioni umidi umani conservati nelle collezioni medico-storiche sono rimaste praticamente archiviate e, inoltre, studi realmente interdisciplinari, per esempio tra biologi ed epidemiologi storici, sono stati veramente rari²⁷.

Storicamente, fu negli anni '30 del '900 che si cominciò a intravedere la possibilità di isolare il virus dell'influenza A, e se da allora le informazioni genomiche sull'influenza del 1918 cominciarono a diventare più accurate e numerose, solamente nel corso dell'ultimo decennio del XX secolo si è cominciato a studiare il materiale biologico risalente a quel tempo, ossia resti di permafrost e campioni patologici fissati in formalina e inclusi in paraffina, cioè il procedimento che dalla fine dell'800 è fondamentale nella preparazione e preservazione di campioni di tessuto organico per la successiva esecuzione di analisi istologiche. Pertanto, già nel 2005 si giunse al sequenziamento di un primo genoma completo e, da allora, il perfezionamento dei metodi di analisi ad alto rendimento ha facilitato l'uso di materiale biologico fissato che è stato utilizzato per generare altri cinque genomi del virus del 1918. Comunque, ancora oggi questi studi restano sporadici, perché il recupero di frammenti della macromolecola biologica virale, cioè l'RNA, dai campioni disponibili è un processo molto difficile²⁸.

Riguardo, dunque, all'evento pandemico del 1918-1920, lo studio dell'équipe di ricercatori ne ha restituito, per il caso specifico della Svizzera, una datazione dettagliata e una circostanziata contestualizzazione proprio sulla base del sequenziamento del genoma che è stato effettuato utilizzando un referto autoptico conservato presso l'Istituto di Patologia dell'ex Ospedale Cantonale di Zurigo (l'attuale Ospedale Universitario di Zurigo). Il campione autoptico fu prelevato nel corso di un'autopsia, disposta dalle autorità competenti in seguito al decesso, per cause inizialmente non del tutto chiare, di

²⁷ C. URBAN ET AL., *An ancient influenza genome from Switzerland allows deeper insights into host adaptation during the 1918 flu pandemic in Europe*, in «BMC Biology», 23, 179 (2025), p. 2, consultabile all'URL:

<https://doi.org/10.1186/s12915-025-02282-z> (ultimo accesso il 1° agosto 2025).

²⁸ *Ibidem*.

un diciottenne, che venne eseguita il 15 luglio 1918, cioè all'inizio in Svizzera della prima ondata di influenza spagnola²⁹.

Tra l'estate del 1918 e la primavera del 1920, il Paese fu colpito da tre o quattro ondate di malattia influenzale, che causarono almeno due milioni di contagi, ossia all'incirca i due terzi dell'intera popolazione, e quasi 25mila decessi (corrispondenti allo 0,67% degli abitanti). Come accadde più o meno dappertutto, dai dati sulla mortalità emerge innanzitutto la fortissima incidenza del numero di giovani vittime, soprattutto uomini, e poi il fatto che l'ondata epidemica più devastante per tutto il Paese fu senza dubbio la seconda, tra l'autunno e l'inverno del 1918, mentre la prima, quella estiva di luglio e agosto, fu meno grave ma solo nella parte orientale della Confederazione. Nel cantone e nella città di Zurigo, l'influenza comparve verosimilmente all'inizio di luglio, quando da alcune fabbriche giunsero segnalazioni di vari focolai della malattia. In realtà, già a giugno di quell'anno, nell'Ospedale Cantonale di Zurigo furono effettuate varie necroscopie su pazienti deceduti la cui morte era stata attribuita principalmente a forme di pneumonite, anche se sui referti autoptici l'indicazione esplicita di decesso causato da polmonite influenzale cominciò a comparire solo dal 9 luglio 1918.

Come si è già accennato, la prima ondata dovette manifestarsi molto probabilmente nelle prime settimane di quel mese, ma non se ne può avere certezza, per esempio con un tracciamento di precisione sulla base dell'incidenza del numero di casi, perché per i medici l'obbligo cantonale di segnalazione dell'influenza fu introdotto solo più tardi, il 25 luglio. Complessivamente, nel corso dell'anno, nel Cantone di Zurigo furono denunciati 2.370 decessi per influenza (4,5 ogni mille abitanti), di cui 920 nel capoluogo. Per la città di Zurigo, inoltre, i ricercatori hanno potuto ricostruire l'andamento settimanale dell'epidemia, che mostra inequivocabilmente la comparsa dell'ondata estiva all'inizio di luglio, comprovata dall'aumento dell'incidenza sia delle malattie sia dei ricoveri ospedalieri. Dalla ricostruzione sembrerebbe che questa prima ondata non sia stata di mortalità così elevata come è accaduto nella Svizzera occidentale, perché in quel periodo l'incremento del numero complessivo di decessi, cioè dovuti a qualsiasi patologia, appare decisamente moderato. Ne deriva che la data del 15 luglio, riguardante, come si è detto, l'esame post-mortem del diciottenne di cui si conserva il campione di tessuto polmonare, risale effettivamente alla fase iniziale della pandemia a Zurigo, cioè al periodo in cui la prima ondata era in crescita e dunque anteriormente all'adozione da parte delle autorità cantonali di misure di contenimento del contagio, che tra l'altro dovettero effettivamente funzionare, perché tra agosto e settembre l'ondata stessa sembrò stabilizzarsi e addirittura ritirarsi verso la fine dell'estate. Ma subito dopo si verificò la fatale e potente seconda ondata autunnale e invernale, seguita dalla terza nei primi mesi del 1919 e dall'ultima nel febbraio 1920, che provocò nuovamente un forte innalzamento della mortalità³⁰.

Semplificando molto, i ricercatori svizzeri hanno stabilito che il cladogramma dell'RNA virale (cioè la rappresentazione grafica delle relazioni evolutive e filogenetiche tra diverse sequenze di RNA) estratto dal campione autoptico analizzato, nella riproduzione della sua evoluzione genetica – da cui si rilevano tre mutazioni associate all'adattamento umano – raggruppa ceppi provenienti dall'Europa continentale e dal Nord America, riconducibili alla prima e alla seconda ondata della pandemia di spagnola³¹.

²⁹ Ivi, p. 7.

³⁰ Ivi, pp. 7-9.

³¹ La colpa di errori, inesattezze, eccessi di semplificazione, è solo mia. Per il resoconto specialistico cfr. ivi, p. 9.

È dunque evidente che le numerosissime collezioni mediche sparse in tutto il mondo rappresentino testimonianze di straordinario interesse per la ricerca storica sui patogeni. Una di queste raccolte è proprio la Collezione di Resti Umani dell'Istituto di Medicina Evolutiva dell'Università di Zurigo, da cui appunto proviene il tessuto umano analizzato dall'équipe di ricerca svizzera, che conserva oltre 1.700 campioni umidi fissati in formalina³². Ma ne esistono di più grandi, per esempio la Collezione Patologico-Anatomica presso la *Narrenturm* di Vienna, in cui si conservano oltre 35mila campioni umidi perfettamente curati e documentati³³.

C'è inoltre da aggiungere che il nuovo protocollo introdotto dai ricercatori svizzeri per il sequenziamento dell'RNA del virus A da reperti umidi fissati in formalina non è applicabile solo ai campioni umani provenienti da collezioni mediche, ma può essere utilizzato anche per i resti di animali conservati allo stesso metodo e custoditi nelle collezioni museali, che potrebbero migliorare significativamente la comprensione della trasmissione interspecie di agenti patogeni zoonotici. In effetti, sebbene già dal 1919 i virus influenzali dei maiali e degli uomini siano stati messi in relazione con il virus della pandemia di spagnola attraverso studi sieroepidemiologici³⁴, attualmente non sono disponibili sequenze attendibili del virus dell'influenza A da campioni animali di quel periodo³⁵.

È chiaro, quindi, che per la conoscenza più approfondita dell'evoluzione del virus di quella che nel 1918 fu senza dubbio un'influenza aviaria è necessario identificare più casi nelle raccolte di patologia storica e generare più genomi, che è l'unico modo per comprendere come essa abbia sviluppato gli adattamenti critici alla nicchia umana e quali siano state le rotte, le fasi e gli approdi della sua dispersione intercontinentale.

In conclusione, dallo studio pubblicato dall'équipe di ricercatori delle università svizzere di Basilea e Zurigo emergono informazioni importanti e altamente generalizzabili, a partire dalla manifestazione di sintomi, segni e complicanze spontanee della micidiale infezione influenzale del 1918. A quanto pare, infatti, la causa principale dei decessi tra i soggetti affetti da spagnola fu la broncopolmonite emorragica bilaterale, in generale accompagnata da patologie aggiuntive delle vie respiratorie superiori (bronchite, laringite, tracheite), delle vie respiratorie inferiori (versamento pleurico), del cuore (ipertrofia cardiaca, dilatazione dell'aorta) e degli organi digestivi (gastrite)³⁶. La storia medica delle autopsie eseguite da patologi esperti presso l'Ospedale Cantonale di Zurigo durante la pandemia del 1918, ed effettuate su quasi tutti i decessi che vi si verificarono, individua l'influenza come la principale causa di morte in 411 delle 970 necroscopie registrate tra il maggio 1918 e l'aprile 1919, con la polmonite e le alterazioni polmonari ad essa associate come disfunzioni prevalenti, le vittime tutte giovani d'età

³² Cfr. UNIVERSITÄT ZÜRICH, INSTITUTE OF EVOLUTIONARY MEDICINE (IEM), Human Remains Collection, URL:

<https://www.iem.uzh.ch/en/collections/humanremains.html> (ultimo accesso il 2 agosto 2025).

³³ Cfr. Naturhistorisches Museum Wien, Pathological-anatomical collection in the Narrenturm, URL: <https://www.nhm.at/en/narrenturm> (ultimo accesso il 2 agosto 2025).

³⁴ Cfr. J.S. KOEN, *A practical method for field diagnosis of swine diseases*, in «American Journal of Veterinary Medicine», September, 1919, Vol. XIV, No. 9, pp. 468-470, e A.T. KINSLEY, *Swine plague. Discussion*, in *ivi*, pp. 474-476, consultabile all'URL: https://archive.org/details/sim_veterinary-medicine_1919-09_14_9/mode/2up (ultimo accesso il 5 agosto 2025).

³⁵ Cfr. C. URBAN ET AL., *An ancient influenza genome from Switzerland ...*, cit., p. 10.

³⁶ *Ivi*, p. 13.

media attorno ai 28 anni e di sesso maschile (62%)³⁷.

La comparsa della spagnola negli Usa e alcune questioni di metodo

In sequenza cronologica, le prime probabili attestazioni ufficiali riguardanti la comparsa dell'epidemia influenzale che, come si è visto nel paragrafo precedente, solo da adesso, cioè sulla base degli studi sul sequenziamento del genoma dell'infezione del 1918 provocata da un virus influenzale di tipo A, potranno essere ricondotte alla spagnola – confermando (o, al limite, smentendo) quella che prima d'ora deve essere considerata appunto solo un'alta possibilità –, furono rilasciate nel 1918 da Rupert Blue, Chirurgo generale degli Stati Uniti, il principale funzionario di sanità pubblica del Paese e capo esecutivo dello *United States Public Health Service* (USPHS), e rimandavano al marzo di quell'anno. Alcuni casi di influenza, al tempo comunemente chiamata *grippe*, soprattutto con riferimento alla febbre catarrale, erano stati segnalati tra gli studenti indiani dell'Haskell Institute (l'attuale Haskell Indian Nations University che si trova a Lawrence, il capoluogo della contea di Douglas nello stato del Kansas), ma si erano poi risolti in pochi giorni, mentre alcune strane febbri verificatesi nei due mesi successivi in altre località erano state ricondotte a tipologie influenzali di tipo lieve. Tuttavia, il grado di allerta era stato innalzato e tra aprile e maggio molti eventi di iperpiressia di natura indeterminata furono segnalati in varie zone, dalla città portuale di Norfolk, in Virginia, allo stato della Louisiana. L'USPHS prese in esame le cartelle cliniche e i referti compilati dai medici che stavano seguendo gli ammalati, e si giunse alla conclusione che si trattava principalmente di un'influenza di tipo lieve e che molto probabilmente non tutti i casi denunciati potevano essere attribuiti alla stessa malattia³⁸. Però, da ulteriori e più approfonditi accertamenti emerse che a fine marzo nella contea di Haskell in Kansas, dove c'erano state le prime insorgenze di accessi febbrili non effimeri, i casi di influenza di tipo grave erano stati diciotto con tre decessi accertati. Agli inizi del novembre successivo, il resoconto di Rupert Blue riportò la dichiarazione formale che un'epidemia di influenza di tipo estremamente fatale si era diffusa in tutti gli Stati Uniti, e che fino a quel momento erano stati segnalati al Servizio Sanitario Pubblico circa 129mila decessi per influenza e polmonite (in tutte le forme)³⁹.

Prima che ciò accadesse, ed esattamente il 28 settembre 1918, il Chirurgo generale aveva pubblicato un articolo dal titolo "*Spanish Influenza*" "*Three-day Fever*" "*The Flu*" in cui informava l'opinione pubblica su quanto stava accadendo nel mondo e negli Stati Uniti⁴⁰.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ «An outbreak of disease among the Indian pupils at Haskell Institute, Lawrence, Kans., was investigated in March, 1918, by Senior Surg. C. E. Banks. The epidemic proved to be influenza (grippe). It was widespread but was checked in two weeks' time. [...] Fevers of an undetermined nature were reported during April and May, 1918, at various points from Norfolk to Louisiana. An examination by the service of the records and reports of the physicians who have treated these cases leads to the belief that these fevers were mainly influenza of mild type. It is possible, however, that all cases reported were not of the same disease». 65TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 1457, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1918*, Government Printing Office, Washington 1918, p. 17, consultabile all'URL: https://www.govinfo.gov/content/pkg/SERIALSET-07478_00_00-002-1457-0000/pdf/SERIALSET-07478_00_00-002-1457-0000.pdf (ultimo accesso il 7 giugno 2025).

³⁹ Ivi, p. 268.

⁴⁰ R. BLUE, "*Spanish Influenza*" "*Three-day Fever*" "*The Flu*", in Supplement No. 34 to the «Public

Secondo Blue, la malattia che si stava diffondendo negli Usa e che era chiamata influenza spagnola era riconducibile a un tipo di raffreddore molto contagioso, probabilmente di origine batterica, accompagnato da febbre, dolori al capo, agli occhi, alle orecchie, alla schiena o ad altre parti del corpo e da una forte sensazione di malessere. Nella maggior parte dei soggetti colpiti dall'infezione i sintomi cessavano dopo tre o quattro giorni dalla comparsa della malattia, e la guarigione era sostanzialmente rapida; in alcuni pazienti, tuttavia, essa provocava serie complicanze, come polmoniti, infiammazioni dell'orecchio, meningiti, e molte volte gli aggravamenti conducevano alla morte. Non c'erano ancora evidenze scientifiche in base alle quali si potesse stabilire se la nuova influenza fosse simile alle epidemie influenzali degli anni precedenti. Blue, tuttavia, ancora non considerava tale fatto come eccezionale, e ricordava che molte epidemie influenzali avevano colpito il Paese fin dal 1647, cioè quando proprio dalla Spagna, e in particolare da Valencia, una grave epidemia giunse nelle colonie americane; o, per esempio, nel 1889 e nel 1890, quando un'ondata influenzale, partita da qualche imprecisato luogo in Oriente, si abbatté prima in Russia e da lì si propagò in tutto il mondo civilizzato, per poi riacutizzarsi pericolosamente tre anni dopo. Ogni volta, negli Stati Uniti queste epidemie si diffusero ampiamente. Per il Chirurgo generale non c'era neanche motivo di credere che l'influenza allora in corso, nonostante la denominazione, avesse avuto origine in Spagna; anzi, alcuni studiosi statunitensi che si stavano interessando alla ricostruzione degli eventi, ritenevano che l'epidemia fosse scoppiata in Oriente, dato che i tedeschi erano stati i primi a menzionarla come manifestatasi lungo il fronte orientale già nell'estate e nell'autunno del 1917⁴¹.

Blue avvertiva, però, che non esisteva ancora un modo certo per riconoscere un singolo episodio di influenza spagnola, ma solo la possibilità di ipotizzarne l'individuazione per gruppi di casi: per esempio, sarebbe stato più semplice distinguerla dal raffreddore comune, perché i sintomi generali, cioè febbre, dolore, depressione, di norma non erano così gravi o improvvisi come per l'influenza, e anche la diffusione nella comunità non era tanto rapida ed estesa. Inoltre, a differenza dei contagi di tosse e raffreddore ordinari, che di solito si verificavano nei mesi freddi, le epidemie di influenza potevano verificarsi in qualsiasi stagione dell'anno, e ciò spiegava perché la spagnola avesse imperversato più intensamente in Europa nei mesi di maggio, giugno e luglio⁴². Per l'accertamento dei casi a essa riconducibili avrebbe potuto essere di qualche aiuto, oltre alla *facies* del malato e alla sintomatologia, l'esame del sangue, poiché era stato riscontrato che negli eventi assodati di spagnola il numero di globuli bianchi mostrava un aumento minimo o addirittura nullo rispetto alla norma. Si sperava, dunque, che le indagini di laboratorio che si stavano conducendo dal *National Research Council* e dallo *United States Hygienic Laboratory* potessero presto mettere a disposizione del personale medico strumenti efficaci per diagnosi corrette. In quel momento, indipendentemente dalle difficoltà tecniche incontrate dalla ricerca biologica nel tentativo di isolare l'agente patogeno che stava causando l'epidemia, essendo chiaro che la trasmissione dell'influenza da persona a persona avveniva generalmente attraverso l'espulsione nell'aria con tosse, starnuti, discorsi energici ecc., o con la polverizzazione delle secrezioni essiccate rilasciate su pavimenti e marciapiedi da chi ne era stato già colpito, bisognava necessariamente

Health reports», September 28, 1918, Washington Government Printing Office, consultabile all'URL: <https://preserve.lehigh.edu/digital-special-collections/beyond-steel/spanish-influenza-three-day-fever-flu-supplement-no-34#block-lehigh-content> (ultimo accesso il 25 agosto 2025).

⁴¹ Ivi, p. 2.

⁴² *Ibidem*.

adottare misure di prevenzione evitando comportamenti che potessero favorire il contagio⁴³. Qui di seguito alcune delle raccomandazioni divulgate dal Chirurgo generale:

In caso di tosse, catarro o secrezione da occhi e naso, bisogna fare attenzione a raccogliere tutte queste escrezioni su pezzi di garza, stracci o tovaglioli di carta e bruciarle. Se il paziente lamenta febbre e mal di testa, gli si deve dare acqua da bere, un impacco freddo sulla fronte, e una spugna leggera. Si devono somministrare solo i farmaci prescritti dal medico. [...]

Se il paziente si trova in una situazione tale da poter essere assistito solo da qualcuno che deve prendersi cura anche di altri membri della famiglia, è consigliabile che tale assistente indossi una vestaglia, un grembiule o un camice sopra i normali abiti quotidiani mentre si trova nella stanza del malato e che se li tolga quando esce per prendersi cura degli altri. Infermieri e assistenti faranno bene a proteggersi dall'inalazione di germi patogeni pericolosi indossando una semplice garza o una mascherina quando sono vicini al paziente.

Una persona che ha già avuto l'influenza contrarrà di nuovo la malattia?

È noto che un attacco di morbillo, scarlattina o vaiolo di solito protegge una persona da un altro attacco della stessa malattia. Questo non sembra essere vero per l'influenza spagnola. Secondo quanto riportato dai giornali, il re di Spagna ha subito un attacco di influenza durante l'epidemia di trent'anni fa ed è stato nuovamente colpito durante la recente epidemia in Spagna.

Come ci si può proteggere dall'influenza?

[...] È importante che il corpo sia mantenuto forte e in grado di combattere i germi patogeni. Questo può essere fatto seguendo una corretta combinazione di lavoro, gioco e riposo, mantenendo il corpo ben vestito e mangiando cibo sufficiente, sano e correttamente selezionato. Per quanto riguarda la dieta, è bene ricordare che il latte è uno dei migliori alimenti [...] disponibili sia per gli adulti che per i bambini. Per quanto riguarda una malattia come l'influenza, le autorità sanitarie di tutto il mondo riconoscono la strettissima relazione tra la sua diffusione e il sovraffollamento delle case. Sebbene non sia sempre possibile, soprattutto in tempi come questi, evitare tale sovraffollamento, le persone dovrebbero considerare il pericolo per la salute e fare ogni sforzo per ridurre al minimo il sovraffollamento domestico. L'aria fresca che passa dalle finestre aperte non è sufficiente.

Dove l'affollamento è inevitabile, come sui tram, bisogna fare attenzione a tenere il viso girato in modo da non inalare direttamente l'aria respirata da un'altra persona.

È particolarmente importante fare attenzione a chi tossisce o starnutisce senza coprirsi bocca e naso. Ne consegue anche che bisogna stare il più possibile lontani dalla folla e dai luoghi affollati, mantenere case, uffici e officine ben arieggiati, trascorrere del tempo all'aperto ogni giorno, andare al lavoro a piedi se si può – insomma fare ogni sforzo [...] per respirare quanta più aria pura possibile.

*“Copri ogni colpo di tosse e starnuto,
se non lo fai, diffonderai malattie.”*⁴⁴

Contemporaneamente, la fitta rete informativa di estensione internazionale, supportata dalle connessioni tra uffici diplomatici e consolari, tra l'altro particolarmente impegnativa per la spesa pubblica, consentiva all'USPHS un tracciamento di scala globale dell'andamento delle malattie infettive e il controllo delle minacce epidemiche, un'operazione di fondamentale importanza per un Paese che da almeno mezzo secolo era l'approdo di un enorme flusso migratorio, nonostante i provvedimenti legislativi che

⁴³ Ivi, p. 3.

⁴⁴ Ivi, p. 4 (la traduzione è mia).

tentavano di arrestarlo.

Nel corso del 1918, i circostanziati rapporti del Chirurgo generale confermavano che in nessuna altra parte del mondo in comunicazione con gli Stati Uniti erano stati denunciati episodi anomali di malattie influenzali, e, indubbiamente, fino a oggi non ci sono ragioni validamente documentate per ritenere che le informative ufficiali provenienti dagli altri Paesi fossero fuorvianti, non attendibili o insufficientemente dettagliate.

Per esempio, l'USPHS guardò con speciale attenzione allo stato della salute pubblica nel nostro Paese, constatando che, almeno fino alla fine di giugno di quell'anno, le fonti ufficiali indicavano che in tutta Italia, e a Napoli in particolare, le condizioni sanitarie generali potevano essere considerate soddisfacenti, nonostante le crescenti difficoltà imposte alla popolazione civile dall'emergenza bellica⁴⁵. Agli Stati Uniti le informazioni dall'Italia provenivano dal *Bollettino Ufficiale delle Malattie Infettive*, pubblicato dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, organo del Ministero dell'Interno. A curare – per restare all'esempio – la trasmissione del rapporto sui casi di meningite cerebrospinale verificatisi nelle principali città italiane era il «chirurgo associato facente funzioni» direttive Enrico Buonocore, che dal 1° luglio 1917 al 23 giugno 1918 rilevò in tutto il Paese complessivamente 1.986 infezioni, di cui più della metà registrate a maggio, un numero che confermava la presenza della malattia ma non in proporzioni epidemiche, anche tenendo conto delle migliaia di soldati in transito, mentre l'assenza di statistiche sull'ammontare dei decessi sembrava confermare gli esiti positivi della sieroterapia⁴⁶.

Sotto controllo erano anche il vaiolo, segnalato in molte città italiane e soprattutto a Torino e Palermo (in tutt'Italia 2.504 casi, dal luglio 1917 al giugno 1918, non era disponibile, invece, il numero di decessi), e la febbre tifoide, presente solo in sei città con 35 casi complessivi, ma comparsa all'improvviso e con numerose infezioni in Libia, e più precisamente nei vari campi allestiti per la detenzione dei prigionieri di guerra e dei ribelli e tra la popolazione araba; l'epidemia fu controllata e localizzata con disciplina militare, ma si verificarono molti decessi di cui ancora non erano disponibili le statistiche.

Altrettanto importanti erano gli accertamenti sulle condizioni di salute della popolazione in ingresso sulla Penisola, come avvenne per i circa 700 lavoratori sbarcati a Napoli e provenienti dalle colonie italiane del Nord Africa, che prima di lasciare i porti africani furono vaccinati contro la peste, il colera, il vaiolo e il tifo, e sottoposti a detersione per eliminare i parassiti della pelle; al loro arrivo a Napoli si accertò che la maggior parte di loro era affetta da tracoma, quindi furono nuovamente lavati, i loro bagagli e vestiti disinfettati, tutti assoggettati a quarantena e infine organizzati in gruppi assegnati a diverse città per essere impiegati negli stabilimenti sotto la supervisione del governo italiano⁴⁷.

Le autorità italiane prestavano molta attenzione al transito di genti verso e attraverso il territorio nazionale, e per gli alleati le pratiche da queste adottate garantivano un alto grado di attendibilità dei dati registrati. L'8 luglio del 1917, per esempio, i funzionari sanitari italiani avevano ufficialmente dichiarato che la città portuale di Porto Said, in Egitto, era infetta da peste, e proprio in seguito a questo provvedimento, cui si aggiunsero le informazioni ricevute da Parigi tramite il *Bulletin Mensuel dell'Office International d'Hygiene Publique*, riguardanti la prevalenza della peste ad Aden, Suez e Porto Said, e al caso del piroscafo Sardinia a Londra proveniente dall'Australia con a bordo cinque casi

⁴⁵ Cfr. 65TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 1457, *Annual Report of the Surgeon General ...*, cit., p. 218.

⁴⁶ Ivi, pp. 218-219.

⁴⁷ Ivi, p. 219.

conclamati, il Servizio Sanitario statunitense chiese e ottenne che venisse praticata e accuratamente tracciata la fumigazione per eliminare topi e ratti su tutte le navi dirette negli Stati Uniti via Canale di Suez e Napoli. Le autorità italiane non solo acconsentirono che la fumigazione fosse effettuata già nel porto napoletano, ma «molto saggiamente», come sostenne il Chirurgo generale americano, partendo dal presupposto che i resoconti consolari formali di Atene e del Pireo affermavano costantemente che non erano disponibili registri ufficiali sull'andamento delle malattie quarantenarie, e che rapporti ufficiosi sporadicamente segnalavano colera, peste, tifo e vaiolo in vari porti greci e albanesi, avevano preventivamente ritenuto di considerare costantemente infetto l'intero Levante. Perciò, tutti i passeggeri di terza classe provenienti dai porti levantini venivano sempre obbligati a misure di igiene e profilassi e sottoposti a esame batteriologico. Inoltre, se nelle stive dei molti piroscafi che arrivavano a Napoli, o in altri scali della Penisola, dai porti delle Indie Britanniche, la maggior parte dei quali trasportava grano, fossero stati trovati roditori morti, le carcasse sarebbero state esaminate batteriologicamente dai funzionari italiani e nel caso di conferma dei sospetti di infezione da peste si sarebbe potuta imporre ai comandanti la fumigazione con anidride solforosa immediatamente dopo lo scarico sorvegliato di passeggeri e merci⁴⁸.

La stretta collaborazione tra Stati Uniti e Italia per l'esercizio del controllo su scala continentale o globale delle possibili minacce sanitarie nasceva in larga misura dalle conseguenze della disfatta di Caporetto nell'ottobre 1917, dopo la quale dalle province invase molte migliaia di profughi iniziarono a riversarsi a Napoli e nell'Italia meridionale. A Napoli si verificò una grave carenza di medici e chirurghi a causa delle esigenze dei servizi militari terrestri e navali, e mentre la già persistente e grave penuria di cibo e carburante peggiorava immediatamente, agenti e simpatizzanti tedeschi e austriaci approfittarono della critica condizione psicologica prodotta dalla recente sconfitta e dagli urgenti bisogni materiali per fomentare disordini tra le classi inferiori. Data questa situazione, potenzialmente pericolosa per gli interessi americani e alleati, i funzionari dell'USPHS a Napoli si resero disponibili ad aiutare le autorità italiane, e lo fecero sottoscrivendo un apposito accordo. Il 9 novembre 1917, gli ufficiali americani in servizio a Napoli cominciarono la collaborazione con le autorità civili e militari della città per l'assistenza medica e chirurgica dei rifugiati di guerra. La maggior parte degli esuli che vi giungevano fu alloggiata nelle grandi baracche per emigranti, da cui vennero poi trasferiti in altre località dell'Italia meridionale e della Sicilia, mentre le famiglie agiate e i gruppi dei più abbienti furono ospitati in due grandi alberghi temporaneamente inattivi e in pratica disabitati. Nel marzo 1918, la Croce Rossa Americana di fatto sostituì completamente la Croce Rossa Italiana nelle attività di assistenza ai rifugiati di guerra, mentre il servizio medico passò al personale del Servizio Sanitario statunitense lì operativo. L'assistenza medica e chirurgica quotidiana fu assicurata dal personale dell'USPHS ai rifugiati di guerra italiani dal 9 novembre 1917 al 30 giugno 1918, e con la Croce Rossa Americana dal 12 febbraio 1918 al 30 giugno 1918. Fino alla fine dell'anno vennero curati 1.196 casi, furono assicurati soccorsi 3.691 volte ed effettuate 5.361 vaccinazioni. Il numero totale di rifugiati giunti a Napoli era di 24.029 e le malattie riscontrate tra di loro all'arrivo erano vaiolo, morbillo, dissenteria bacillare, dissenteria amebica, pellagra, edema di piedi e gambe in grande numero; durante la loro permanenza nella città si svilupparono diversi casi di tifo e paratifo, apparentemente dovuti a latte infetto, poiché per tutta la durata del conflitto non si riuscì a organizzare un'efficiente

⁴⁸ Ivi, p. 220.

supervisione sulle forniture di latte, che spesso sfuggivano ai controlli⁴⁹.

Insomma, questa ampia parentesi sulla particolarmente minuziosa comunicazione sanitaria tra Stati Uniti e Italia, con qualche accenno a quella che l'USPHS intrattenne con quasi tutto il mondo⁵⁰, sembrerebbe confermare l'ipotesi, del resto la più accreditata (sebbene ancora al netto delle riserve espresse all'inizio del paragrafo sulla base delle nuove scoperte riguardanti l'agente patogeno), che il luogo d'origine dell'influenza spagnola sia stato effettivamente il territorio americano, dato che, in questo senso, nessun altro e diverso indizio compare nelle relazioni sanitarie ufficiali o informali intercorse tra i vari Stati. Ma, a tal proposito, alcune questioni, certamente di importanza secondaria ai fini della sostanza dei fatti, e però di un certo peso dal punto di vista della correttezza scientifica e metodologica e della necessità di apparati critici accurati per la stessa validità delle ricerche, restano ancora da chiarire. Da alcuni anni, per esempio, vari autori, sulla base di fonti secondarie e bibliografiche, sostengono che, a differenza di quanto riportato nella documentazione degli organi sanitari centrali statunitensi, il luogo in cui furono registrati i primi casi di influenza spagnola sarebbe stato il centro d'addestramento militare di Camp Funston, a sud-est di Manhattan, in Kansas; ma dato che questi stessi autori non citano prove documentarie che effettivamente attribuiscono quei casi all'insorgenza della spagnola, non è possibile nemmeno ipotizzare che da parte delle autorità federali ce ne sia stata intenzionale omissione o per ragioni di Stato o per macroscopico difetto di comunicazione o per discordanza di prognosi poi erroneamente risolta⁵¹. A questo proposito, non può essere trascurata la ricostruzione fatta dal patologo clinico Warren Taylor Vaughan nella sua monografia del 1921 dedicata alla storia

⁴⁹ Ivi, pp. 221-222.

⁵⁰ Le tabelle e statistiche disponibili nell'*Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1918* riguardano, oltre agli Stati e regioni subcontinentali già richiamati, anche Cina, India, Giappone, Palestina, Persia, Siam, Turchia, Giava, Filippine, Africa Orientale Britannica, Costa d'Oro Britannica, Egitto, Senegal, Unione Sudafricana, Messico, Guatemala, Honduras, Argentina, Venezuela, Brasile, Ecuador, Perù, Austria-Ungheria, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Portogallo, Russia (incluse Lituania e Polonia), Spagna, Svezia, Canada, ecc. Cfr. Ivi, in particolare le pp. 286-295.

⁵¹ Ne parla, per esempio, Francesco Cutolo: lo studioso, dopo avere sottolineato che nel «corso del Novecento, è emersa con una certa forza la teoria secondo cui il virus si sarebbe generato nei sovraffollati campi d'addestramento dell'esercito americano, sparsi per gli Stati Uniti», senza sciogliere l'ambiguità del riferimento a un non meglio specificato *paese* denominato Haskell – di cui non c'è traccia sulle carte geografiche, mentre, già dagli inizi del XX secolo, negli Stati Uniti le città denominate Haskell sono due, una in Texas e l'altra in Oklahoma, oltre alle tante township e alle tre contee con lo stesso nome –, Cutolo, segnalando opportunamente la natura ipotetica della ricostruzione, aggiunge che nel «gennaio 1918, un focolaio influenzale si registrò a Haskell, *paese limitrofo* [il corsivo è mio] al centro d'addestramento di camp Funston, dove si verificarono i primi casi ufficiali della pandemia nel marzo 1918, probabilmente per un salto di specie del virus. Stando ai documenti del dottor Loring Miner, medico condotto della contea di Haskell, la popolazione della zona fu contagiata da una virulenta influenza a carattere febbrile, accompagnata da gravi forme di cefalea, mialgia e tosse». Per queste informazioni Cutolo rimanda alla tesi di laurea di Katie Jones, *The Forgotten Pandemic: A short history of the 1918-1919 Influenza outbreak & the effect on Kalamazoo and Western State Normal School*, Honors Theses, Western Michigan University, 2013, pp. 3-4 (cfr. F. CUTOLO, *L'influenza spagnola del 1918-1919...*, cit., p. 37), la quale, a sua volta, rimanda a T. QUINN, *Flu. A Social History of Influenza*, New Holland Publishers, London 2008, ma nessuno di loro cita le fonti primarie da cui traggono le informazioni, come accade, del resto, anche per la seguente, di cui non ho trovato riscontri documentari originali o attendibili: «Il morbo, a detta di Miner, era stato diffuso tra gli abitanti di Haskell dalle reclute del campo. Allarmato dal dilagare del morbo, il dottor Miner domandò allo *United States Public Health Service* che fosse condotta un'indagine. Tuttavia, visto che il virus era ancora circoscritto alla Contea di Haskell, zona agricola senza concentrazioni urbane, l'autorità centrale sottostimò tali avvertimenti». F. CUTOLO, *L'influenza spagnola del 1918-1919...*, cit., pp. 37-38.

epidemiologica dell'influenza, in cui sostiene che la prima epidemia influenzale manifestatasi negli Stati Uniti nella primavera del 1918 – ma non ufficialmente riconosciuta come spagnola – a Camp Funston e basata sulle osservazioni pubblicate da alcuni medici⁵² che ne sostennero la comparsa in tale campo il 5 marzo di quell'anno, non era stata diversa dalle epidemie influenzali degli anni precedenti se non per una maggiore incidenza di polmonite e bronchite, comunque sempre frequenti nei casi di affezione influenzale, e per il fatto che tali complicazioni restarono prevalenti nelle organizzazioni (Camp Oglethorpe, Camp Forrest e il Campo di Addestramento Ufficiali di Riserva) che ne erano state colpite e osservabili solo per la durata in servizio degli uomini che ne erano stati interessati; dopo circa tre settimane, infatti, l'epidemia si placò rapidamente⁵³.

Altri autori, inoltre, sostengono che i casi di influenza sarebbero stati già numerosi, conclamati e mortali nel gennaio del 1918, circa tre mesi prima dei diciotto ammalati e dei tre decessi ufficialmente registrati dalle autorità sanitarie, che avrebbero pure sottovalutato gli avvertimenti di un tale Loring Vinton Miner, medico delle aree rurali del Kansas, il quale si sarebbe trovato a dovere affrontare, già nelle prime settimane del 1918, delle affezioni che pur essendo simili all'influenza rappresentavano un inconsueto rischio per la vita⁵⁴. Ma se ciò fosse almeno verosimile, sorvolando sulle affermazioni proposte in alcune ricostruzioni destinate alla dimensione pubblica, non accademica, del sapere storico – ma non per questo dispensate dall'obbligo metodologico di riportare l'apparato critico – secondo le quali a Camp Funston sarebbe stato individuato perfino il “paziente zero” dell'influenza spagnola⁵⁵, potrebbe anche essere ragionevole ritenere che se, come

⁵² E.L. OPIE, H.S. FREEMAN, T.M. RIVERS, J.C. SMALL, *Pneumonia at Camp Funston. Report to Surgeon General*, in «Journal of the American Medical Association», LXXII, 1919, pp. 108-116.

⁵³ Cfr. W.T. VAUGHAN, *Influenza. An Epidemiologic Study*, The American Journal of Hygiene, Monographic Series, No. 1, Baltimore MD. 1921, p. 70, consultabile all'URL: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=chi.57122024&seq=1> (ultimo accesso il 28 agosto 2025).

⁵⁴ Lo sostiene, tra gli altri, Laura Spinney, che scrive: «Camp Funston drew recruits from a catchment area that included Haskell County, 500 kilometres to the east. Haskell was one of the poorest counties in Kansas at that time. Its inhabitants lived in sod houses, grew corn and raised poultry and hogs. In January 1918, they began to fall sick, and some went on to develop pneumonia and die. A local doctor, Loring Miner, was so alarmed by the severity of the outbreak that he reported it to the US Public Health Service, even though flu wasn't a reportable disease in the US at that time. The epidemic receded in mid-March, and nobody might have given it another thought—besides the grieving inhabitants of Haskell County—except that by then, the infirmary at Camp Funston had been overrun by sick soldiers». L. SPINNEY, *Pale rider. The spanish flu of 1918 and how it changed the world*, PublicAffairs, New York 2017, ebook, p. 99. La Spinney in parte parafrasa J.M. BARRY, *The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications*, in «Journal of Translational Medicine», 2004 (doi: 10.1186/1479-5876-2-3), p. 2, consultabile all'URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC340389/pdf/1479-5876-2-3.pdf> (ultimo accesso il 2 agosto 2025). Cfr. anche E. TOGNOTTI, *La “spagnola” in Italia. Storia dell'influenza che temere la fine del mondo (1918-19)*, seconda ed., FrancoAngeli, Milano 2015, p. 49, e M. WROBEY, J. COX, D. GILL, *The origins of the great pandemic*, in «Evolution, Medicine, and Public Health», 2019 (doi: 10.1093/emph/eoz001), p. 19, consultabile all'URL:

<https://academic.oup.com/emph/article/2019/1/18/5298310?login=false> (ultimo accesso il 30 luglio 2025).

⁵⁵ Per esempio: «Albert Gitchell era un cuoco della mensa di Camp Funston a Fort Riley, in Kansas, un complesso militare dove 26.000 soldati dell'esercito degli Stati Uniti venivano addestrati per poi essere spediti in Europa, sul fronte della prima guerra mondiale. La mattina dell'11 marzo 1918 Gitchell si presentò in infermeria con una forte emicrania, mal di gola e la febbre a 39,5. Per precauzione, fu ricoverato in una tenda dove si trovavano i pazienti con malattie potenzialmente contagiose. Ma il povero Albert aveva servito la cena a centinaia di commilitoni fino alla sera prima. Così poche ore dopo fu la volta del caporale Lee Drake, e poi del sergente Adolph Hurby. A metà pomeriggio i soldati ricoverati con gli stessi sintomi erano 107, che divennero 522 nel giro di una settimana. Secondo le ricostruzioni più accreditate, Albert Gitchell fu il paziente zero della pandemia di virus influenzale di ceppo H1N1 che un secolo dopo tutti ricordiamo come “la Spagnola”. A diffonderla, probabilmente, erano stati il pollame e i suini allevati nel

si è appena detto, la comparsa di tale malattia avvenne già a gennaio del 1918, alla luce delle conoscenze oggi acquisite riguardo alla sua capacità e velocità nel propagare il contagio, i report delle autorità sanitarie, dopo tre mesi di diffusione incontrollata, avrebbero dovuto restituire ben altri numeri, così come avrebbero dovuto essere assai diversi i tempi della diffusione in Europa.

Così non è stato, ma per sciogliere ogni dubbio, ammettendone la legittimità al di là di ogni considerazione di carattere metodologico, evidentemente bisognerà attendere i risultati di ricerche più approfondite o magari i dati e gli elementi dell’eventuale documentazione ancora inedita e i risultati di indagini sul materiale biologico conservato e risalente a quel tempo.

Sorveglianza, profilassi e Servizio Sanitario Pubblico negli Stati Uniti

Tornando dunque al caso statunitense, con molta probabilità l’affezione provocata da un virus influenzale di tipo A⁵⁶, poco più tardi denominata spagnola, era comparsa nel marzo del 1918 negli Stati Uniti, dove poi a novembre aveva cominciato a manifestare tutta la sua portata esiziale. Prima che ciò si verificasse, e anche successivamente per un certo periodo, sarebbe stato di fatto impossibile che l’USPHS potesse, anche solo ipoteticamente, collegare quei casi mortali d’influenza a quella patologia che poi avrebbe assunto una dimensione pandemica, una specifica denominazione e di cui non si aveva la benché minima cognizione, tanto dal punto di vista eziologico quanto sul piano della cura e profilassi.

Intanto, durante l’estate del 1918, mentre negli Usa la stampa riportava sporadicamente brevi notizie riguardanti l’ampia diffusione in Europa di una particolare forma di influenza chiamata appunto spagnola e i dispacci delle principali agenzie giornalistiche internazionali informavano che in Spagna i contagi avevano addirittura superato gli otto milioni di individui, all’USPHS la malattia veniva ufficialmente segnalata da Svizzera, Francia, Gran Bretagna e altre nazioni⁵⁷.

La consapevolezza che la propagazione pressoché mondiale dell’influenza avrebbe reso

campo per nutrire le truppe». M. CATTANEO, *La Spagnola che verrà*, in «le Scienze», Edizione italiana di «Scientific American», n. 595, 1° marzo 2018, (editoriale) s. p., consultabile all’URL: https://www.lescienze.it/edicola/2018/03/01/news/la_spagnola_che_verra_-3882431/ (ultimo accesso il 25 luglio 2025).

⁵⁶ «All’epoca, la comunità scientifica era divisa sull’agente causale dell’epidemia: chi sosteneva come responsabile fosse un batterio (*H. influenzae*), chi un virus sconosciuto. I veri agenti causali dell’influenza, i virus della famiglia *Orthomyxoviridae*, furono scoperti da R. Schope solo nel 1931. L’isolamento del virus nell’uomo fu opera di P. Laidlaw nel 1933. [...] Oggi conosciamo assai bene le caratteristiche molecolari del virus H1N1 responsabile della “spagnola”, anche grazie alla ricostruzione del suo genoma [...] e di diversi prodotti proteici, dopo averlo recuperato da biopsie di soldati deceduti nel 1918 e da scheletri ben conservati delle vittime di 100 anni fa». F. BELLI, *Prolusione. 100 anni di epidemie influenzali, dalla Spagnola ad oggi: ... e domani?*, in «Atti della Accademia Lancisiana», Rivista di cultura medica e scientifica, A. A. 2018-2019, Seduta inaugurale del 6 novembre 2018, Vol. LXIII, n. 1, Gennaio-Marzo 2019, p. 11 e *passim*, consultabile all’URL: http://www.attidellaaccademialancisiana.it/uploads/allegati_articolo/BELLI%2012019.pdf (ultimo accesso il 27 agosto 2025).

⁵⁷ 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919*, Government Printing Office, Washington 1919, p. 81, consultabile all’URL: https://www.govinfo.gov/content/pkg/SERIALSET-07680_00_00-002-0436-0000/pdf/SERIALSET-07680_00_00-002-0436-0000.pdf (ultimo accesso l’8 giugno 2025).

molto difficile per gli Stati Uniti arginarne l'ingresso sul proprio territorio non impedì che comunque si facessero tutti i tentativi possibili per isolare il Paese.

Il capo esecutivo del Servizio Sanitario americano, il già tante volte ricordato Rupert Blue, il 19 giugno 1918 emanò una circolare in cui chiedeva a tutti gli ufficiali medici responsabili e a tutte le stazioni di quarantena del Paese di prestare la massima attenzione durante le ispezioni delle navi provenienti dai porti europei al fine di individuare eventuali casi di influenza spagnola e quindi di disporre le più rigorose misure di isolamento, avvertendo che, a causa del grande disordine in cui versavano i Paesi d'Europa, l'USPHS ancora non disponeva di informazioni attendibili sulla natura della malattia o sulla sua prevalenza, anche se, in quel momento, sembrava trattarsi di un'infezione dovuta – ma, come sappiamo, erroneamente – al batterio B, ossia all'*haemophilus influenzae* (isolato nel 1892 da R. Pfeiffer), con predilezione per il coinvolgimento polmonare. Se affezioni di questo tipo fossero state riconosciute all'arrivo di una nave, avrebbero dovuto essere segnalate alle autorità sanitarie locali e si sarebbe dovuta praticare con l'anidride solforosa la fumigazione di alloggi ed effetti personali; tali misure non si sarebbero applicate solo nei casi di polmonite primaria o di infezioni respiratorie che non avessero coinvolto un numero considerevole di membri degli equipaggi o che non fossero apparse altamente trasmissibili e potenzialmente capaci di provocare un'influenza di tipo epidemico⁵⁸.

Tuttavia, la malattia non tardò a manifestarsi sul territorio statunitense, e agli inizi di settembre era già presente in modo considerevole nel New England. A metà mese fu chiesto a tutti i funzionari sanitari statali di comunicare urgentemente il grado d'incidenza della nuova forma d'influenza sulla popolazione dei rispettivi Stati, e si accertò che oltre al New England ne era interessato quasi l'intero versante atlantico fino a Capo Henry, sulla costa meridionale della Virginia, intanto che vari focolai dell'infezione si erano sviluppati negli Stati a est del Mississippi. La richiesta di informazioni il più possibile dettagliate sulla malattia divenne pressante, e per questo motivo il Servizio Sanitario distribuì all'incirca sei milioni di copie di un opuscolo (molto simile a quello ricordato nel paragrafo precedente) che forniva i dati noti sulla sua diffusione e sui principali metodi di prevenzione; contemporaneamente, in tutti gli Stati Uniti si procedette sia all'esposizione pubblica di manifesti informativi tramite il Dipartimento delle Poste, la *Federal Railroad Administration* e la Croce Rossa, sia alla preparazione di uno specifico articolo che fu distribuito a più di diecimila testate giornalistiche nazionali e locali perché venisse ampiamente divulgato. Praticamente, in questo modo, tutto ciò che allora si sapeva sull'influenza spagnola e che poteva essere utile alla profilassi fu diffuso in tutto il Paese⁵⁹.

Verso la fine del mese di settembre, il funzionario sanitario del Massachusetts richiese un tempestivo sostegno all'USPHS perché l'influenza si stava diffondendo molto rapidamente in tutto lo Stato ed egli non disponeva di medici e infermieri da assegnare alle comunità colpite. Gli aiuti furono inviati immediatamente, ma, a causa dell'impegno bellico, la carenza di personale medico e paramedico riguardava ormai l'intero Paese e divenne dunque necessario l'intervento del Congresso per la messa a punto del sostegno finanziario e logistico di un importante e articolato piano d'azione per il rafforzamento del Servizio Sanitario nazionale. Il 1° ottobre 1918, per consentire all'USPHS di affrontare e contrastare efficacemente la diffusione dell'influenza spagnola ricorrendo a tutti i mezzi possibili – dall'incremento di stipendi e indennità del personale medico e

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ Ivi, p. 82.

sanitario all'aumento del personale stesso e del volume delle forniture ospedaliere e farmaceutiche, dal ricorso ai canali di comunicazione pubblica al potenziamento dei servizi amministrativi, dei sistemi dei trasporti e degli approvvigionamenti ecc. –, il Senato e la Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti d'America, riuniti in Congresso, deliberarono di stanziare un milione di dollari da utilizzarsi entro il 30 giugno dell'anno successivo e di autorizzare e incaricare i segretari alla Guerra, alla Marina e al Tesoro all'impiego congiunto dei dipendenti e delle strutture dei dipartimenti medici delle forze armate e dell'USPHS⁶⁰.

Per le necessità di reperimento di operatori qualificati e idonei al servizio antinfluenzale, si chiese inoltre il supporto dell'*American Medical Association* e del *Volunteer Medical Service Corps*, associazioni che fornirono gli elenchi degli specializzati e specializzandi da chiamare o richiamare in servizio, avviando contemporaneamente una capillare campagna di comunicazione istituzionale orientata a un coinvolgimento generale che potesse incoraggiare medici e clinici a presentare domanda di partecipazione alla lotta contro l'epidemia: la nomina ad «assistenti chirurghi supplenti» avrebbe comportato un compenso di 200 dollari al mese e un'indennità giornaliera di quattro dollari in sostituzione del vitto e delle spese di trasporto⁶¹.

Assai complicata, invece, apparve sin da subito la questione riguardante l'incremento del personale infermieristico, molto più difficile da reperire rispetto a quello medico. L'*American Red Cross*, per esempio, chiese formalmente al Governo di non coinvolgere la propria divisione infermieristica, già impegnata a soddisfare innanzitutto le esigenze dell'Esercito, della Marina e, quando possibile, quelle della popolazione civile, e fece pure pressioni perché si evitasse che altre agenzie di reclutamento retribuito o meno – come l'*American Nurses Association* o la *National League for Nursing Education* o ancora la sezione statunitense della *International Council of Nurses* – potessero, in modi non meglio chiariti, intralciare o addirittura compromettere quella che per la Croce Rossa di fatto era già un'ardua impresa. L'*American Red Cross*, tuttavia, sarebbe stata disponibile a fornire, qualora avesse potuto, il distaccamento temporaneo di un gruppo di propri operatori specializzati per un impiego congiunto, ma solo previa approvazione del capo esecutivo dell'USPHS⁶².

Nel frattempo, la pianificazione generale delle misure di intervento antinfluenzale stava mostrando chiaramente che sarebbe stato impossibile predisporre sul territorio nazionale medici e infermieri in numero sufficiente, e quindi si decise di organizzare le risorse locali in modo da anticipare il momento del picco epidemico cercando di evitare che cogliesse il Paese del tutto impreparato. In pratica, si trattò di elaborare piani per l'allestimento di ospedali da campo, si organizzarono gruppi di volontari non necessariamente specializzati ma con attitudine ad attività infermieristiche e assistenziali, si approntarono cucine di emergenza ecc., tutti provvedimenti che poi consentirono a molte comunità di provvedere a se stesse quando l'impatto dell'epidemia raggiunse il culmine.

Valutata più attentamente la progressione giornaliera dell'epidemia sulla base dell'aumento delle richieste di assistenza provenienti dalle varie sezioni sanitarie del Paese, il 15 ottobre 1918 il Governo emanò disposizioni in base alle quali si nominava un direttore per ogni entità politico-amministrativa della Federazione, incarico che, in molti casi, fu assunto dal funzionario sanitario statale che così veniva investito del potere di vagliare la fondatezza e la portata delle richieste d'aiuto, di dirigere gli spostamenti del

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ *Ivi*, p. 83.

⁶² *Ibidem*.

personale di servizio e di coordinare i soccorsi.

Ogni Stato, inoltre, s'impegnava a telegrafare quotidianamente circostanziati rapporti al Servizio Sanitario sull'andamento dell'epidemia e sulle necessità di intervento; in questo modo l'USPHS, disponendo del quadro sulla situazione del contagio in tutto il Paese, avrebbe potuto gestire al meglio i trasferimenti di personale.

Ugualmente, la Croce Rossa designò in ogni Stato un rappresentante per curare le principali questioni assistenziali e collaborare tanto con l'ufficiale sanitario statale quanto con il rappresentante dell'USPHS al fine di evitare inutili duplicazioni di sforzi e una conseguente dispersione di risorse.

Anche il Commissario per gli Affari Indiani, il democratico Cato Sells, che il 14 ottobre aveva riferito al Servizio Sanitario che i nativi americani nelle varie riserve erano stati colpiti dalla spagnola, e dunque chiedeva immediate misure di assistenza, fu nominato direttore sul campo e gli fu conferita la stessa autorità dei direttori dei vari Stati, ottenendo un consistente numero di medici e infermieri che prestarono servizio presso le comunità indiane⁶³.

Verso la fine di ottobre, il democratico Thomas Riggs, governatore del territorio dell'Alaska, che ancora non faceva parte della Federazione, chiese aiuti immediati per contrastare la violenta manifestazione d'influenza spagnola che lì si era verificata e fu subito autorizzato a nominare medici e a sostenere le spese per le necessarie forniture sanitarie. Ma tali misure non bastarono, la situazione si aggravò progressivamente e siccome nel territorio subartico era praticamente impossibile sopperire alla penuria di personale, l'USPHS ordinò a un proprio ufficiale in servizio nello Stato di Washington di approntare una squadra di medici e infermieri e di sostenerne ogni spesa e servizio necessari al trasferimento. Il Dipartimento della Marina mise a disposizione della squadra di soccorso la nave carboniera *Brutus*, adeguatamente equipaggiata allo scopo, mentre un gruppo di ricognizione anticipò la partenza utilizzando altri mezzi. I soccorritori, assistiti anche da varie sezioni della Croce Rossa, si radunarono nel porto di Juneau, capoluogo dell'Alaska, e servendosi di una flottiglia di speciali imbarcazioni raggiunsero tutte le isole colpite dall'epidemia di spagnola. Intanto, già ai primi di ottobre, ad apparire estremamente grave era la situazione nel Distretto di Columbia, per la Federazione snodo centrale delle attività di governo. L'affollamento di Washington era giunto al punto che la capitale versava in uno stato di vera e propria congestione, con il rischio di compromissione dei lavori per il proseguimento della guerra.

L'ufficiale sanitario distrettuale e i rappresentanti del Dipartimento della Guerra chiesero l'intervento dell'USPHS per affiancare le autorità locali nella gestione dell'epidemia. Il Dipartimento della Marina mise a disposizione 40 ufficiali medici, fu allestito un ospedale di emergenza con una capacità di 500 posti letto poi affiancato da un altro ospedale più piccolo da circa cento posti. Quest'ultimo ospedale rimase praticamente ininterrottamente operativo dall'ottobre 1918 al marzo 1919, quando fu dimesso.

Nel Paese, durante l'epidemia di spagnola, in generale furono impiegati a tempo pieno e con poteri di coordinamento locale 64 ufficiali superiori, poi affiancati da numerose nomine temporanee, assistiti da 185 ufficiali medici, 703 infermieri e collaboratori infermieristici e altri 328 aiutanti con varie funzioni, ma gli elenchi del personale riguardante ogni singolo Stato era in realtà molto più elevato e difficilmente calcolabile a causa dei tanti impieghi provvisori, dei continui spostamenti da uno Stato all'altro o da

⁶³ *Ibidem*.

una zona all'altra a seconda dell'avvicinarsi di aggravamenti e miglioramenti⁶⁴.

Verso la fine dell'anno, invece, essendo cessata l'emergenza bellica, fu possibile intensificare tutte le azioni di contenimento, e la Divisione di Ricerca Scientifica poté concentrare i suoi sforzi sullo studio della malattia. Furono esaminate e analizzate la modalità di trasmissione dell'infezione tra soggetti per via diretta e indiretta, e contemporaneamente si cercò di quantificare la capacità profilattica di vaccini contenenti il «batterio influenzale» insieme a vari microrganismi inattivati considerati come la probabile causa delle gravi polmoniti; in generale, furono condotti ampi studi di natura epidemiologica al fine di far luce sulla natura dell'infezione cercando di ottenere informazioni che potessero essere di aiuto pratico per fronteggiarne una eventuale recrudescenza⁶⁵.

Oggi sappiamo che un presupposto errato invalidava l'approccio metodologico e l'intero processo di ricerca del vaccino contro questa malattia: come si è già detto⁶⁶, infatti, si credeva che essa fosse causata da un batterio, quando invece la sua natura era virale. In generale, c'è da dire che si sarebbe dovuto attendere il 1945-46 per la messa a punto di un primo vaccino contro l'influenza che utilizzava un virus inattivato al fine di stimolare il sistema immunitario a sviluppare difese specifiche contro lo stesso agente patogeno attivo⁶⁷.

La fine della Prima guerra mondiale, dunque, coincise suppergiù con la cessazione negli Usa della prima ondata di epidemia influenzale che liberò un numero sufficiente di personale, prima necessariamente impegnato nell'organizzazione di misure preventive e di soccorso, per intraprendere studi statistici ed epidemiologici su quanto accaduto. Ne furono incaricati il dottor Wade Hampton Frost, oggi considerato tra i fondatori della epidemiologia moderna⁶⁸, e l'economista e statistico della sanità pubblica Edgar Sydenstricker, supportati da vari chirurghi assistenti. Scopo fondamentale delle indagini fu di raccogliere e analizzare il materiale statistico sulla mortalità reso disponibile dal *Census Bureau* e da alcuni dipartimenti sanitari statali, i rapporti sulla morbilità e altri dati specifici accessibili nelle relazioni pubblicate da altri Paesi nel mondo.

I primi due mesi dell'indagine furono dedicati specialmente alla raccolta di dati sull'incidenza, la durata e la mortalità dell'influenza in gruppi rappresentativi della popolazione in varie località di tutti gli Stati Uniti tra esse ampiamente distanti, eseguita tramite un sondaggio “porta a porta” presso i residenti di specifiche aree nelle città selezionate per la ricerca. Le informazioni riguardavano: il numero totale di persone in ogni nucleo familiare; il colore della pelle, il sesso e l'età di ciascuna; il numero di individui che avevano contratto l'influenza, con registrazione della data, della durata, della gravità e della fine della malattia; le condizioni abitative e lo stato economico. I sondaggi, in tutto quasi 150mila, furono effettuati da ispettori sotto la direzione di ufficiali

⁶⁴ Ivi, p. 84.

⁶⁵ Ivi, p. 22.

⁶⁶ Cfr. *supra*, nota 54.

⁶⁷ I. BARBERIS ET AL., *History and evolution of influenza control through vaccination: from the first monovalent vaccine to universal vaccines*, in «Journal of Preventive Medicine and Hygiene», 57, 3, 2016, (<https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2016.57.3.642>), pp. 116-117, disponibile all'URL: <https://www.jpmh.org/index.php/jpmh/article/view/642/pdf> (ultimo accesso il 3 settembre 2025).

⁶⁸ Cfr. A. MORABIA, *Snippets From the Past: The Evolution of Wade Hampton Frost's Epidemiology as Viewed From the American Journal of Hygiene/Epidemiology*, in «American Journal of Epidemiology», 178, 7, 1 October 2013, p. 1013-1019 (<https://doi.org/10.1093/aje/kwt199>), consultabile all'URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3783101/pdf/kwt199.pdf> (ultimo accesso il 2 settembre 2025).

dell'USPH⁶⁹.

Per le aree rurali scarsamente popolate si decise di non utilizzare questo metodo di ricerca, che sarebbe risultato economicamente troppo impegnativo; si scelse invece di stipulare un accordo con il *Census Bureau* per effettuare un censimento completo di un'area rurale, assunta a campione statisticamente rappresentativo, cioè la Contea di Charles, nel Maryland, perché da essa si ricavassero serie di dati statisticamente congruenti e significative, qualitativamente omogenee e comparabili con quelle delle indagini condotte sulle comunità urbane menzionate in precedenza. Il censimento fu condotto sotto la direzione ufficiale del *Census Bureau*, che mise a disposizione i propri enumeratori, tutte le spese furono a carico del Servizio Sanitario Pubblico e le persone intervistate superarono le 46mila. Un'altra indagine speciale fu inoltre compiuta dal *Bureau of Engraving and Printing* di Washington su seimila dei suoi dipendenti⁷⁰.

Molto più complicato fu il recupero di informazioni statistiche su mortalità, morbilità e altri dati riguardanti il resto del mondo, importanti non solo per lo studio dell'epidemia di spagnola, ma anche in previsione degli eventi che nei mesi successivi alle cessate ostilità avrebbero comportato inevitabili conseguenze sanitarie per gli Stati Uniti, soprattutto in relazione alla ripresa delle movimentazioni intercontinentali di individui e merci. Particolarmente difficile fu capire quali fossero le condizioni sanitarie generali in Europa, che erano state più o meno occultate a causa delle operazioni militari. Erano invece note e sostanzialmente rassicuranti quelle delle aree controllate dalle forze alleate, dato che non si segnalavano manifestazioni di malattie epidemiche. Al contrario, la situazione nelle aree occupate dalle Potenze Centrali e nella parte più orientale dell'Europa era ancora sconosciuta, e per questo motivo il movimento di truppe dall'interno del continente verso la costa e dai porti europei verso gli Stati Uniti, insieme alla ripresa dell'immigrazione, costituivano serie preoccupazioni per l'USPH⁷¹.

Il generale medico Hugh Smith Cumming – che nel 1920 sarebbe succeduto a R. Blue al vertice dell'USPH – fu inviato in Europa con l'incarico di indagare sulle condizioni igienico-sanitarie di tutti i porti da cui truppe o immigrati si sarebbero imbarcati per gli Stati Uniti e di accertare, per quanto possibile, la frequenza e la distribuzione delle malattie nelle aree continentali interne, tenendo comunque costantemente informato l'Ufficio su qualsiasi eventuale sviluppo o evento di natura sanitaria. Dalle indagini emerse che, tanto dai porti francesi quanto dalle aree interne, il movimento di truppe o passeggeri non avrebbe costituito un pericolo per la salute pubblica negli Usa; si segnalava soltanto la grave diffusione del tifo a Rotterdam, cui il consolato degli Stati Uniti applicò i requisiti delle norme di quarantena nel porto di imbarco, mentre la Commissione Sanitaria Interalleata avviò un'inchiesta sull'epidemia di febbre tifoide che nel frattempo si stava diffondendo in Polonia⁷².

Con l'Italia, al contrario, lo scambio di informazioni – come si è già avuto modo di sottolineare – fu intenso e circostanziato. L'USPH era stato costantemente informato sull'andamento della salute pubblica nel nostro Paese, che per tutto il 1918 era stata messa a dura prova dall'epidemia di influenza, dal vaiolo, che aveva raggiunto proporzioni epidemiche a Napoli e a Bari, e dalla febbre tifoide, molto grave in alcune località. A ciò si aggiungevano le privazioni imposte alla popolazione a causa del costo eccessivamente

⁶⁹ 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919*, cit., pp. 25-26.

⁷⁰ Ivi, pp. 26-27.

⁷¹ Ivi, pp. 108-109.

⁷² Ivi, p. 109.

elevato di cibo, carburante, vestiario e scarpe e, in generale, dalle conseguenze della guerra. La Croce Rossa Americana cercò di alleviare in tutta Italia lo stato di sofferenza in cui versavano soprattutto gli strati più poveri della popolazione, contando, tra l'altro, sulla collaborazione dei funzionari del Servizio Sanitario Pubblico degli Stati Uniti in servizio a Napoli⁷³.

E proprio a Napoli la grande pandemia influenzale era stata particolarmente grave da settembre a dicembre del 1918, al punto da mettere in serie difficoltà le autorità sanitarie locali italiane. Il picco epidemico si verificò tra la seconda metà di ottobre e le prime due settimane di novembre. Non fu possibile compilare statistiche affidabili sulla morbilità e mortalità, ma il dottor Enrico Buonocore, il già citato Chirurgo associato della Direzione Generale Sanitaria italiana che allora collaborava con le autorità statunitensi, stimò che circa tre quinti della popolazione di Napoli avesse contratto l'influenza e che la mortalità tra gli infetti fosse stata pari a circa il 4%; sulla base di queste stime e tenendo conto del numero di abitanti a Napoli, cioè 726mila, complessivamente i morti per influenza nella città dovettero essere più di 17mila e quattrocento, 11mila dei quali registrati ufficialmente durante il picco epidemico. Tutte le classi sociali furono colpite dalla spagnola, ma la mortalità fu molto più alta tra i poveri e gli indigenti. Le autorità sanitarie, tra l'altro, si trovarono spesso nell'impossibilità di seppellire i cadaveri per molti giorni dopo il decesso; a causa del clima particolarmente caldo, inoltre, molti corpi si decomposero a tal punto che i familiari furono costretti ad abbandonare le abitazioni, quasi sempre composte da un'unica stanza, finché la salma non fu in qualche modo rimossa. Verso la fine di novembre l'incidenza dell'influenza diminuì rapidamente fino alla quasi totale cessazione dei contagi, per poi riprendere di nuovo, ma in forma meno letale, il mese successivo. Tra i pazienti furono registrate molte ricadute e fu osservata una diffusa conseguenza tra le giovani donne, ossia l'alopecia, che generalmente si verificava dalle tre alle cinque settimane dopo la guarigione e durante la convalescenza; occasionalmente la perdita di capelli era quasi totale, ma di norma la ricrescita avveniva in modo rigoglioso. Gli ultimi dati ricevuti dalla Direzione Generale della Sanità indicavano nell'arco dell'anno in Italia un totale di 1.580.400 decessi per influenza⁷⁴.

Tornando alle indagini epidemiologiche condotte su tutto il territorio nazionale degli Usa, le informazioni raccolte permisero intanto di cartografare l'ordine cronologico dell'avanzata dell'epidemia di spagnola in circa 376 località (cfr. *infra*, Fig. 1), con la certezza, tuttavia, che per l'assenza di analisi riguardanti molte altre zone la rappresentazione fosse carente di dettagli importanti riguardanti soprattutto i centri e i luoghi circostanti, che con molta probabilità costituivano aree in cui si erano potuti verificare i cosiddetti “movimenti radiali” dei contagi influenzali. Comunque, si trattava di studi fondamentali, perché consentivano di calcolare con ragionevole approssimazione statistica un indice di prevalenza della malattia da intrecciare con le valutazioni riguardanti la gravità dell'infezione e soprattutto con il tasso di mortalità⁷⁵.

Negli Usa, grazie a queste indagini si poté stabilire che nel 1918 a causa dell'influenza spagnola ci furono circa 400mila decessi accertati nelle aree in cui erano attivi quelli che oggi chiameremmo “registri di patologia”, e se il tasso di mortalità calcolato in queste zone fosse stato confermato anche per quelle denominate “di non registrazione”, negli Stati Uniti continentali si sarebbe potuto calcolare un numero totale di decessi dovuti alla pandemia influenzale sicuramente superiore al mezzo milione.

⁷³ Ivi, p. 136.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ Ivi, p. 176.

Il report dell'USPH, ancora non comprensivo delle vittime causate negli Usa dalla grave recidiva influenzale del 1919, riferiva inoltre che dai resoconti giornalistici che avevano fornito stime sul numero dei morti di influenza in tutto il mondo il numero complessivo delle vittime di spagnola al 1918 superava i sei milioni, con un tasso di mortalità tra l'uno e il 4%⁷⁶.

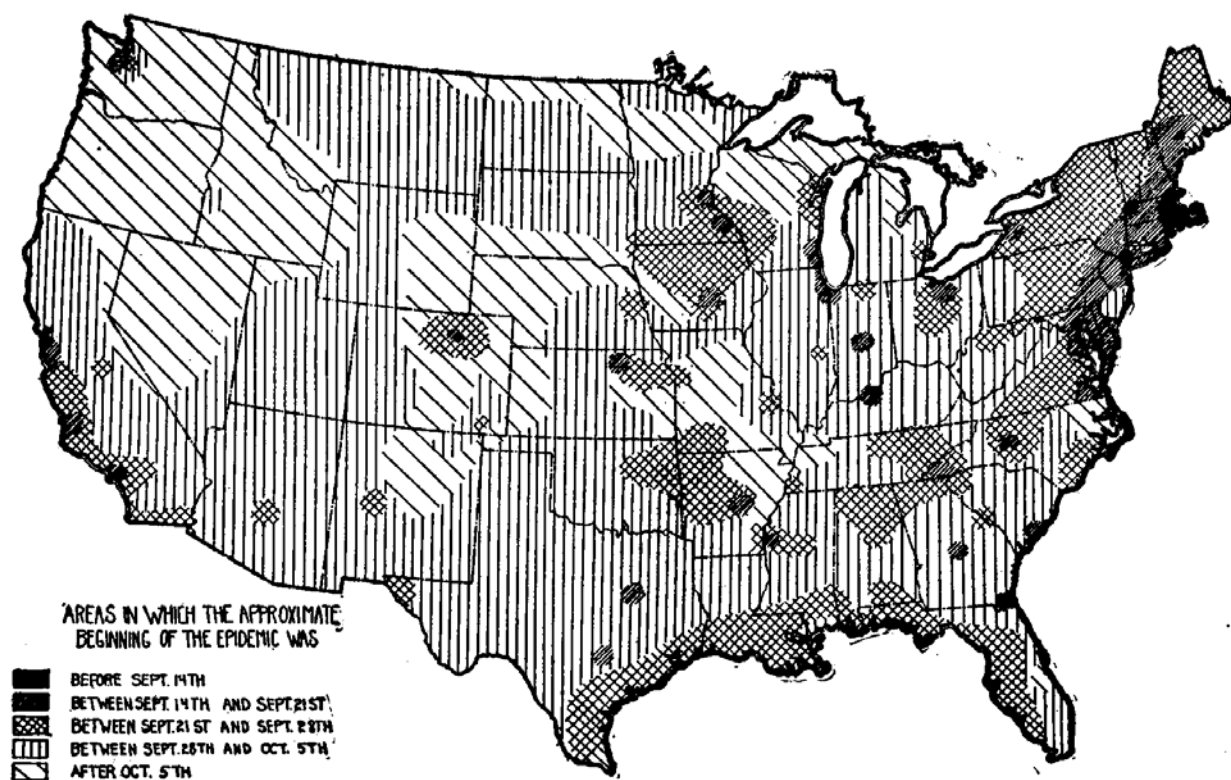


Fig. 1 La mappa è in 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919, cit. p. 177.

Furono pure condotti studi approfonditi su incidenza e distribuzione per età e sesso dell'influenza spagnola in aree campione prescindendo però dalle proiezioni ricavabili dai rapporti sulla mortalità al fine di evitare le notevoli alterazioni prodotte, per esempio, dall'impatto sulla densità di popolazione, e quindi sugli indicatori demografici, dall'applicazione della legge sulla leva, dall'ubicazione delle industrie di munizioni e da ogni altro fenomeno dalla guerra provocato sulla demografia in generale.

L'USPH, inoltre, avvertiva del rischio di interpretazioni errate, a causa, sempre per esempio, dell'apparente contraddizione rappresentata dal fatto che in alcune indagini in determinati segmenti d'età un elevato indice di morbidità non era affiancato da un altrettanto alto tasso di mortalità.

I risultati furono sicuramente molto interessanti, e grazie a essi si poté giungere alla conclusione che l'incidenza dei casi era più elevata nei bambini dai 5 ai 14 anni e

⁷⁶ Ivi, p. 178.

progressivamente decrescente nelle fasce d'età maggiore; leggermente più alta nelle femmine rispetto ai maschi della stessa età; il tasso di mortalità molto elevato nei bambini di età inferiore a un anno, negli adulti dai 20 ai 40 anni e nelle persone di età superiore a 60 anni, e più alto nei maschi rispetto alle femmine della stessa età⁷⁷.

Fig. 2

Number of persons canvassed in different sections of the United States, cases of influenza and pneumonia (all forms), and deaths from these diseases, by age and sex.

Age period.	Both sexes.			Males.			Females.		
	Persons.	Cases.	Deaths.	Persons.	Cases.	Deaths.	Persons.	Cases.	Deaths.
Under 1 year	2,849	884	39	1,417	304	23	1,432	280	16
Under 5 years	14,914	4,653	108	7,472	2,404	52	7,442	2,249	56
5 to 9 years	14,871	5,823	31	7,423	2,880	13	7,448	2,943	18
10 to 14 years	14,305	5,468	31	7,048	2,670	10	7,257	2,798	21
15 to 19 years	13,067	4,508	42	6,113	2,027	22	6,954	2,481	20
20 to 24 years	12,587	4,059	76	4,626	1,327	30	7,961	2,732	46
25 to 29 years	12,530	4,227	119	5,159	1,687	66	7,371	2,540	53
30 to 34 years	11,896	3,891	94	5,562	1,788	51	6,334	2,105	43
35 to 39 years	11,268	3,328	71	5,702	1,677	45	5,566	1,651	26
40 to 44 years	9,562	2,257	40	4,717	1,141	19	4,845	1,116	21
45 to 49 years	8,278	1,715	23	4,346	867	15	3,932	848	8
50 to 54 years	6,701	1,169	19	3,381	559	11	3,320	610	8
55 to 59 years	4,378	706	11	2,175	341	7	2,203	365	4
60 to 64 years	3,788	545	16	1,872	241	5	1,916	304	11
65 to 69 years	2,472	334	12	1,187	157	5	1,285	177	7
70 to 74 years	1,713	190	8	750	85	1	962	105	7
75 and over	1,649	143	5	703	58	4	946	85	1
Unknown	4,267	564	14	1,929	244	6	2,338	320	8
All ages	148,245	43,580	720	70,165	20,151	362	78,080	23,429	358

Fig. 3

Influenza and pneumonia (all forms).—Cases and deaths per 1,000 persons canvassed in different sections of the United States, by age and sex, and fatalities per 100 cases.

Age period.	Case rate per 1,000.			Death rate per 1,000.			Case fatality rate per 100.		
	Both sexes.	Male.	Female.	Both sexes.	Male.	Female.	Both sexes.	Male.	Female.
Under 1 year	205.0	214.5	195.5	13.7	16.2	11.2	6.7	7.6	5.7
Under 5 years	312.0	321.7	302.2	7.2	7.0	7.5	2.3	2.2	2.5
5 to 9 years	391.6	383.0	395.1	2.1	1.8	2.4	.5	.5	.6
10 to 14 years	352.2	378.8	355.6	2.2	1.4	2.9	.6	.4	.8
15 to 19 years	345.0	331.6	356.8	3.2	3.6	2.9	.9	1.1	.8
20 to 24 years	322.5	286.9	343.2	6.0	6.5	5.8	1.9	2.3	1.7
25 to 29 years	337.4	327.0	344.6	9.5	12.8	7.2	2.8	3.9	2.1
30 to 34 years	327.1	321.1	332.3	7.9	9.2	6.8	2.4	2.9	2.0
35 to 39 years	295.3	294.1	296.6	6.3	7.9	4.7	2.1	2.7	1.6
40 to 44 years	236.0	241.9	230.3	4.2	4.0	4.3	1.8	1.7	1.9
45 to 49 years	207.2	199.5	215.7	2.8	3.5	2.0	1.3	1.7	.9
50 to 54 years	174.5	165.3	183.7	2.8	3.3	2.4	1.6	2.0	1.3
55 to 59 years	161.3	156.8	165.7	2.5	3.2	1.8	1.6	2.0	1.1
60 to 64 years	143.9	128.7	158.7	4.2	2.7	5.7	2.9	2.1	3.6
65 to 69 years	135.1	132.3	137.7	4.9	4.2	5.4	3.6	3.2	4.0
70 to 74 years	111.0	113.3	109.1	4.7	1.3	7.3	4.2	1.2	6.7
75 and over	86.7	82.5	89.9	3.0	5.7	1.1	3.5	6.9	1.2
Unknown	132.2	126.5	136.9	3.3	3.1	3.4	2.5	2.5	2.5
All ages	294.0	287.2	300.1	4.9	5.2	4.6	1.7	1.8	1.5

Fig. 2-3. Le tabelle sono in 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919, cit. p. 179.

⁷⁷ Ivi, p. 179. I rilevamenti furono effettuati in alcune zone di Little Rock, Arkansas; San Francisco, California; New London, Connecticut; Augusta e Macon, Georgia; Des Moines, Iowa; Louisville, Kentucky; Spartanburg, South Carolina; City of San Antonio, Texas; Baltimora, Maryland; e in varie zone rurali e piccoli insediamenti urbani del Maryland.

Fig. 4

Influenza and pneumonia (all forms).—Cases reported in certain States during the last four months of 1918.

State.	September.	October.	November.	December.	Total.
Alabama.....	430	130,356	14,282	8,600	153,668
Arkansas ¹		39,724	5,008	3,943	
California.....		110,396	72,108	54,753	
Colorado.....		22,159	16,318	8,325	
Connecticut.....	9,098	83,521	6,980	8,265	107,864
Florida.....	43	9,681	1,918	652	12,294
Illinois.....	796	155,442	43,080	45,900	245,218
Indiana.....		47,649	28,184	28,519	
Iowa ¹		42,797	18,827	31,638	
Kansas.....	317	46,537	41,308	47,002	135,164
Louisiana.....	224	138,243	21,906	25,899	186,272
Maine.....	3,011	20,529	7,596	12,013	43,149
Maryland.....	1,794	53,305	17,012	14,189	86,300
Massachusetts ²		92,511	15,366	43,220	
Michigan.....		44,887	27,559	46,936	
Minnesota.....		62,806	45,446	22,976	
Montana ¹		19,980	12,193	5,471	
Nebraska.....	40	45,646	33,780	45,892	125,358
New Jersey.....		273,719	16,421	20,726	
New York.....	2,555	419,492	72,120	43,625	537,792
North Carolina ¹		103,349	10,126	11,092	
North Dakota.....	18	8,013	5,509	4,950	18,490
Ohio ²		53,606	55,150	69,303	
Oregon.....	3	8,710	10,661	9,015	28,389
Porto Rico.....		19,397	58,292	116,067	
Rhode Island ¹	9,645	16,581	1,702	3,607	31,535
South Carolina.....	2,773	77,747	18,450	2,772	101,742
South Dakota.....	268	22,212	12,102	10,534	45,116
Texas.....	487	47,724	9,311	14,883	72,406
Utah.....		16,952	17,067	10,103	
Vermont.....	5,825	27,016	1,454	3,389	37,684
Virginia ¹	19,512	139,439	46,563	54,302	259,816
Washington.....	260	21,531	19,922	16,272	57,985
West Virginia ¹	138	16,323	4,849	3,528	24,838
Wisconsin ¹	6	15,122	9,866	15,312	40,306

¹ Influenza cases only.

² Cases of lobar pneumonia only included with influenza.

Fig. 5

Influenza and pneumonia (all forms).—Deaths registered in certain States during the last four months of 1918.

State.	September.	October.	November.	December.	Total.
Alabama.....	125	3,703	2,221	1,805	7,854
Arizona.....	20	848	1,098	376	2,252
Arkansas.....	91	1,708	1,021	1,345	4,165
California.....	203	5,381	6,505	3,658	15,747
Connecticut.....	448	5,823	1,297	1,062	8,630
Delaware.....	75	1,223	97	110	1,505
District of Columbia.....	88	1,809	199	476	2,572
Florida.....	88	2,711	935	383	4,117
Hawaii.....	32	28	40	49	149
Illinois.....	1,233	14,077	5,525	5,263	26,098
Indiana.....	200	3,358	2,628	2,835	9,021
Iowa.....	111	2,770	2,063	3,010	7,954
Kansas.....	90	2,902	1,526	2,302	6,820
Kentucky.....	162	5,201	4,468	1,940	11,771
Louisiana.....	102	4,575	2,127	907	7,711
Maine.....	195	1,811	631	800	3,467
Maryland.....	210	7,689	826	769	9,494
Massachusetts ¹	2,293	11,449	1,558	2,647	17,947
Michigan ²	22	2,451	1,866	2,104	6,443
Minnesota.....	120	2,277	3,329	2,014	7,740
Nebraska.....	43	1,615	1,197	1,477	4,332
New Jersey.....	522	12,465	2,200	1,650	16,837
New York.....	1,185	31,246	9,411	5,151	46,993
North Dakota.....	1	745	987	634	2,367
Ohio.....	314	9,219	6,866	5,700	22,099
Oklahoma.....	37	2,540	1,424	1,303	5,304
Oregon.....	26	649	818	570	2,063
Pennsylvania.....	1,404	36,938	17,301	9,081	64,724
Porto Rico.....	101	214	2,502	4,338	7,155
Rhode Island.....	253	2,218	344	390	3,205
South Carolina.....	155	3,611	1,615	1,330	6,711
South Dakota.....	27	519	897	665	2,108
Texas.....	119	6,009	4,425	3,568	14,121
Utah.....	23	588	756	461	1,828
Vermont.....	104	1,268	182	215	1,769
Washington.....	86	1,389	1,571	1,742	4,788
Wisconsin.....	164	2,260	2,262	2,982	8,022
Wyoming.....	9	203	364	237	813
Total.....	10,481	195,876	94,990	75,349	376,696

¹ Deaths from lobar pneumonia only included with influenza deaths.

² Influenza deaths only.

Fig. 4-5. Le tabelle sono in 66TH Congress, 2d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 436, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1919, cit., pp. 185 e 186.

Negli ultimi tre mesi del 1918, fu posta particolare attenzione all’andamento dei contagi di influenza e ai casi di polmonite in tutte le forme. Nei 35 Stati posti sotto osservazione, in quel solo arco di tempo gli infetti furono in totale 4.114.810 e i decessi 376.696⁷⁸.

Attenuazione, recrudescenza ed epilogo (1920)

Negli Stati Uniti l’influenza spagnola, dopo un momentaneo calo dei contagi, ricomparve agli inizi del 1920 e impegnò la *Division of Pathology and Bacteriology* dell’*Hygienic Laboratory* dell’USPH in una intensa serie di esperimenti nel tentativo di riprodurre nell’uomo l’infezione con colture del bacillo di Pfeiffer (*Haemophilus influenzae*), che in quegli anni, come si è già accennato, era erroneamente considerato l’agente patogeno della spagnola. Un numero elevato di determinazioni colturali fu iniettato in pazienti a Washington e in altre località nella speranza di ottenere finalmente il vaccino, «but without definite results. Neither our own work nor that carried on at other laboratories has seemed to elucidate many of the puzzling features of this important disease»⁷⁹.

Anche gli studi epidemiologici e statistici sull’influenza che erano stati avviati nel 1919 continuarono l’anno successivo sempre sotto la direzione generale del chirurgo W. H. Frost e dell’economista e statistico Edgar Sydenstricker. Si seguirono tre piste d’indagine generali: il ricampionamento tanto dei risultati degli studi condotti sul campo nel 1918 e nella prima parte del 1919 quanto dei dati inediti elaborati dai dipartimenti sanitari statali; l’analisi della ricomparsa dell’epidemia influenzale nel gennaio 1920 e la comparazione con il fenomeno epidemico del 1918-19 attraverso la ricerca organizzata a Baltimora su un campione di circa 35mila persone già coinvolte nelle osservazioni effettuate nel biennio precedente; infine, lo studio della recrudescenza dell’influenza nel 1920 con indagini specifiche su determinate fasi cliniche ed epidemiologiche⁸⁰. Si trattava di un lavoro quanto mai necessario, anche per la messa a punto di vari metodi statistici e censuari che correggessero le stime della popolazione del 1918 in modo che si tenesse conto dell’assenza di uomini in età militare e di tutte le perturbazioni demografiche provocate dallo sforzo bellico. I risultati finali di questo impegnativo lavoro di metodologia per le scienze statistiche furono pubblicati in un articolo intitolato *Difficulties in computing civil death rates for 1918, with especial reference to epidemic influenza*, scritto da Edgar Sydenstricker, dall’assistente di statistica dell’USPH Mary L. King e con il supporto di William H. Davis, capo della sezione sulle statistiche vitali del *Bureau of the Census*⁸¹. In effetti, nel 1918 si erano verificate particolari condizioni che avevano determinato una distribuzione anomala della popolazione nei vari gruppi

⁷⁸ Ivi, p. 185.

⁷⁹ 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, *Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920*, Government Printing Office, Washington 1920, p. 77, consultabile all’URL: https://www.govinfo.gov/content/pkg/SERIALSET-07802_00_00-002-0864-0000/pdf/SERIALSET-07802_00_00-002-0864-0000.pdf (ultimo accesso il 3 settembre 2025).

⁸⁰ Ivi, p. 19.

⁸¹ Cfr. E. SYDENSTRICKER, M. L. KING, *Difficulties in computing civil death rates for 1918, with especial reference to epidemic influenza*, in *Public Health Reports*, Vol. 35, n. 7, February 13, 1920, pp. 330-345, consultabile all’URL: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/67997> (ultimo accesso il 5 settembre 2025).

demografici comunemente utilizzati nelle statistiche, come, per esempio, la destinazione di oltre quattro milioni di uomini appartenenti a determinate fasce d'età per la composizione delle forze armate da impiegare nella guerra contro la Germania. Gli effetti di tale fenomeno furono particolarmente marcati in alcune località rispetto ad altre, incidendo notevolmente sulla composizione per sesso ed età della popolazione in momenti diversi a partire dall'aprile del 1917. Anche lo spostamento di lavoratori nelle località dove erano concentrate le industrie per la produzione necessaria allo sforzo bellico aveva provocato cambiamenti nello status occupazionale della popolazione particolarmente importanti dal punto di vista del sesso e dell'età, dato che il numero di donne e il numero di uomini al di sopra dell'età lavorativa abituale erano aumentati notevolmente in alcune specifiche occupazioni, cui si aggiungeva un notevole spostamento di popolazione nera dagli Stati del Sud a quelli del Nord e dell'Est. Ne conseguiva che il calcolo dei tassi di mortalità e di altri indici demografici per il periodo riguardante la manifestazione dell'influenza spagnola avrebbe dovuto considerare gli effetti di tutti questi fattori, anche per la dimostrata infondatezza di qualsiasi ipotesi o supposizione che movimenti più o meno in controtendenza potessero avere avuto effetti compensatori⁸².

Nel 1918, negli Stati Uniti continentali il *Census Bureau* aveva registrato un numero complessivo di 1.471.367 decessi per malattia, pari a un tasso del 18,02‰, il più alto mai registrato. L'area di registrazione della mortalità comprendeva 30 Stati, il Distretto di Columbia e 27 città in Stati non compresi nella zona di rilevazione, per un numero di abitanti totale stimato in 81.868.104, pari al 77,8% di tutta la popolazione degli Stati Uniti (nel 1917, l'area di registrazione dei decessi negli Usa comprendeva 27 Stati, il Distretto di Columbia e 43 città in Stati esterni, con una popolazione totale stimata di 75milioni, ossia il 73% circa dell'intera popolazione)⁸³.

Del totale dei decessi, 477.467, cioè oltre il 32%, erano dovuti a influenza e polmonite (in tutte le forme, cioè primarie e secondarie), e 380.996 di questi si erano verificati negli ultimi quattro mesi del 1918. Il tasso di influenza e polmonite era stato di 583,2 ogni 100.000 abitanti: l'influenza aveva causato 244.681 decessi e la polmonite 232.786, con tassi rispettivamente di 298,9 e 284,3 ogni 100.000 abitanti, anche questi indici i più alti mai registrati per tali motivi (nel 1917, per esempio, il tasso di mortalità per l'influenza era stato del 17,2% e per la polmonite del 149,8%)⁸⁴.

In definitiva, le correzioni statistiche sulla mortalità provocata dalla epidemia influenzale riguardavano soprattutto il ricalcolo di indici e distribuzione territoriale dei decessi, ma non i valori assoluti di questi ultimi, che furono tragicamente confermati.

Intanto, la storia epidemiologica delle patologie influenzali indicava che si sarebbe potuta verificare una recidiva di spagnola durante l'inverno 1919-20, e per questo motivo il Servizio Sanitario Pubblico prestò particolare attenzione a tutti i rapporti provenienti dalle varie aree del Paese in modo da rilevare immediatamente l'eventuale ripresa dell'epidemia. Verso la metà del gennaio 1920, i rapporti da Chicago, nell'Illinois, indicavano un forte aumento del numero di casi, contemporaneamente verificatosi anche a Boise, nell'Idaho, a Washington e in altre località. Nell'ultima decade del mese furono inviati telegrammi a tutti i funzionari sanitari statali con la richiesta di rapporti quotidiani che fornissero il numero di infetti e di decessi per influenza e polmonite, e tali informazioni via telegrafo furono ricevute regolarmente da molte località fino a quando

⁸² Ivi, p. 330.

⁸³ Ivi, p. 346.

⁸⁴ *Ibidem*.

il contagio non fu definitivamente in declino. Dal confronto tra i dati dell'infezione influenzale del 1920 e quelli del 1918 emergeva che la malattia era stata meno virulenta nel 1920, che il picco epidemico si era verificato in meno tempo e che il calo del numero di casi e decessi era stato decisamente più rapido (Cfr. *infra*, *Appendice statistica*).

L'epidemia del 1920 si concluse in primavera e non fu seguita da ondate successive o da quelle recrudescenze che invece l'avevano caratterizzata dopo il suo esordio nel 1918 e durante l'inverno 1918-19⁸⁵.

Dal 12 al 20 dicembre del 1920 si svolse a Montevideo la Sesta Conferenza Sanitaria Internazionale. In quell'occasione, il report della Delegazione degli Stati Uniti d'America mise in evidenza come fino ad allora i ricercatori più qualificati non fossero stati in grado di determinare una cura per la malattia, né di individuarne l'agente patogeno (si cominciava comunque a ipotizzarne una specifica causa virale). Per quanto riguardava le misure preventive, l'efficacia di quelle che erano state effettuate negli ultimi mesi non era scientificamente dimostrata e si poteva solo continuare a seguire le pratiche che si erano mostrate di una certa validità. Del resto, appariva poco logico aspettarsi che una qualsiasi misura che non fosse un'efficace e specifica immunizzazione potesse garantire una protezione duratura per la popolazione in generale⁸⁶. Non c'erano dubbi, ovviamente, riguardo al fatto che il principale fattore di diffusione della malattia fosse da imputare a tutto ciò che aumentava il contatto personale, motivo per cui nell'autunno del 1919 il Servizio sanitario pubblico statunitense aveva inviato ai funzionari sanitari del Paese disposizioni in merito alle misure da intraprendere per affrontare eventuali ricomparsa dell'influenza. In particolare, ogni medico era obbligato a segnalare al funzionario sanitario tutti i casi di malattie analoghe all'influenza, venivano disposte misure di isolamento dei soggetti con sindrome simil-influenzale, si imponeva a tutto il personale sanitario l'uso di mascherine e la disinfezione delle mani, bisognava intensificare il controllo sistematico delle malattie trasmissibili per mezzo di ispezioni dei ristoranti pubblici e dei distributori di bevande gassate e curare l'emissione di specifiche ordinanze e regolamenti. Si riteneva, inoltre, che non si potessero trarre grandi benefici dalla chiusura delle scuole nei distretti ad alta concentrazione demografica, anche perché sarebbe stato impossibile negare ai bambini il permesso di correre per le strade, e dunque il pericolo di trasmettere l'infezione influenzale non sarebbe diminuito; al contrario, però, nei distretti suburbani la chiusura delle scuole avrebbe potuto rappresentare un mezzo molto auspicabile per il controllo dell'epidemia⁸⁷. I risultati degli esperimenti condotti dai funzionari del Servizio sanitario avevano inoltre stabilito con altissima probabilità che l'influenza poteva essere trasmessa dai soggetti infetti attraverso le secrezioni delle vie respiratorie superiori nelle fasi precoci della malattia, probabilmente entro le prime 12 ore dall'esordio; mentre, altri test attentamente controllati non avevano evidenziato alcuna utilità dei vaccini influenzali, per cui il loro utilizzo era stato fortemente sconsigliato. Le indagini statistiche, infine, avevano dimostrato che un'immunità di breve durata (mediamente da 7 a 10 mesi) veniva trasmessa dall'attacco di influenza, una protezione destinata però a scomparire del tutto in un tempo immediatamente successivo

⁸⁵ Ivi, p. 199.

⁸⁶ *Report of the Delegation from the United States of America to the Sixth international Sanitary Conference At Montevideo, December 12-20 1920*, Government Printing Office, Washington 1920, p. 36, consultabile all'URL:

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015069820440&seq=3> (ultimo accesso il 27 agosto 2025).

⁸⁷ Ivi, pp. 36-37.

inferiore o al massimo uguale alla sua persistenza⁸⁸.

A cavallo tra 1919 e 1920, il Servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti ricevette dal Governo quasi 23 milioni di dollari per la soppressione dell'influenza spagnola e di altre malattie trasmissibili, per la ricerca e i laboratori di igiene, la costruzione di strutture ospedaliere e le forniture sanitarie, gli stipendi di medici, funzionari, dipendenti ecc.

Il costo della pandemia in termini di vite umane era stato invece incalcolabile⁸⁹. L'evento biologico che negli Usa aveva scatenato la spagnola era stato lo *spillover* di un patogeno tra volatili e umani e il conflitto mondiale ne fu tanto l'efficacissimo sistema di contagio attraverso la grande mobilitazione interna e internazionale di popolazione, quanto un fattore della sua eccezionale letalità, avendo provocato l'abbassamento delle difese immunitarie di gran parte degli individui per gli stenti materiali cui li costrinse.

⁸⁸ Ivi, p. 37.

⁸⁹ *Combined Statement of the Receipts and Disbursements, Balances, etc., of the United States during the Fiscal Year ended June 30 1920*, Treasury Department, Document No. 2891, Division of Bookkeeping and Warrants, Washington Government Printing Office, 1921, pp. 52-53, consultabile all'URL: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=osu.32435063604276&seq=54&q1=Public+Health+Service> (ultimo accesso 5 settembre 2025).

Appendice statistica

Deaths from influenza and pneumonia (all forms) in certain large cities, by weeks, in January, February, and March, 1920.

City.	Week ended—												Total.
	January.					February.				March.			
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	6	13	20	
Albany, N. Y.	6	3	2	3	14	19	29	23	20	10	9	3	141
Atlanta, Ga.	7	19	11	10	15	32	75	104	75	46	26	22	442
Baltimore, Md.	30	20	35	24	59	122	268	231	123	80	65	34	1,091
Birmingham, Ala.	11	13	9	16	14	22	18	59	70	76	45	31	384
Boston, Mass.	24	28	28	45	85	158	255	216	136	80	48	37	1,140
Buffalo, N. Y.	13	10	7	19	17	67	141	145	98	56	38	24	635
Cambridge, Mass.	4	8	7	8	14	22	28	23	12	4	5	6	142
Chicago, Ill.	98	107	153	472	1,100	1,005	494	243	126	120	108	118	4,163
Cincinnati, Ohio.	18	14	12	17	25	38	62	81	99	73	34	37	510
Cleveland, Ohio.	28	21	25	26	41	158	258	177	125	71	57	52	1,039
Columbus, Ohio.	5	15	9	8	22	59	118	66	48	19	14	9	392
Dayton, Ohio.	7	4	7	13	46	47	32	24	7	5	6	9	207
Denver, Colo.	15	21	18	24	49	159	160	67	44	21	10	15	603
Detroit, Mich.	57	47	52	89	324	740	481	185	101	78	84	56	2,294
Fall River, Mass.	3	7	10	5	3	5	16	25	19	18	14	13	138
Grand Rapids, Mich.	3	1	4	2	6	31	37	32	14	11	5	3	149
Indianapolis, Ind.	13	18	16	21	36	92	124	72	49	41	20	23	515
Kansas City, Mo.	12	13	29	96	120	220	167	74	53	29	23	34	870
Los Angeles, Calif.	18	10	18	19	22	42	88	74	57	49	20	21	444
Louisville, Ky.	9	10	10	9	18	40	52	48	30	20	18	12	276
Lowell, Mass.	3	5	4	2	7	12	10	36	20	27	16	7	158
Memphis, Tenn.	15	12	12	11	10	22	64	61	46	42	24	17	336
Milwaukee, Wis.	15	25	14	45	141	184	121	41	31	16	14	19	666
Minneapolis, Minn.	20	12	10	9	63	168	125	53	13	8	18	7	506
Nashville, Tenn.	4	6	11	6	12	8	23	47	62	33	26	16	254
Newark, N. J.	15	17	14	30	55	116	142	93	54	34	24	32	626
New Haven, Conn.	11	6	8	10	19	20	60	68	31	23	17	15	283
New Orleans, La.	18	27	27	27	32	36	62	89	76	56	59	53	562
New York, N. Y.	195	218	261	511	1,308	1,988	1,796	987	513	369	317	284	8,747
Oakland, Calif.	7	4	8	20	24	55	54	60	21	17	19	6	295
Omaha, Nebr.	5	4	7	13	45	62	63	32	28	19	13	16	307
Philadelphia, Pa.	64	55	75	108	153	289	564	620	373	217	153	95	2,766
Pittsburgh, Pa.	55	47	53	55	76	168	417	290	193	105	77	62	1,588
Portland, Oreg.	4	13	8	9	17	21	57	52	41	28	13	15	278
Providence, R. I.	6	12	13	8	14	39	88	92	57	37	15	16	397
Richmond, Va.	6	2	9	6	21	35	38	28	13	8	7	6	179
Rochester, N. Y.	8	13	7	12	23	50	52	27	19	12	15	8	248
St. Louis, Mo.	47	57	41	73	236	401	282	129	60	35	33	33	1,427
St. Paul, Minn.	7	4	10	26	75	80	63	26	14	5	10	11	331
San Francisco, Calif.	20	14	26	48	59	115	137	113	89	54	32	23	730
Seattle, Wash.	9	12	4	7	12	32	98	78	59	34	15	8	358
Spokane, Wash.	0	4	3	3	12	32	64	33	17	10	7	0	185
Syracuse, N. Y.	0	9	8	10	31	89	78	29	23	11	6	13	313
Toledo, Ohio.	8	9	8	9	18	54	50	50	26	15	13	5	265
Washington, D. C.	32	22	27	81	181	164	92	55	30	23	20	22	749
Worcester, Mass.	5	10	9	7	14	15	44	52	34	59	18	12	279
Total.	956	1,004	1,139	2,072	4,697	7,333	7,547	5,210	3,269	2,204	1,630	1,350	38,411

¹ Deaths from pneumonia (all forms) only.

² Deaths from influenza only.

Fig. 6. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 200.

Comparison of the excess¹ annual mortality rate per 100,000 from influenza and pneumonia (all forms) by weeks during the 1920 epidemic with that for corresponding weeks in the 1918 epidemic in cities included in the Weekly Health Index of the Bureau of the Census, considered as a whole.

Week ended—	Excess over rate for corresponding week of median year.	Week ended—	Excess over rate for corresponding week of median year.
1918.		1920.	
Sept. 14.....	—6	Jan. 3.....	—56
21.....	76	10.....	—55
28.....	328	17.....	—27
Oct. 5.....	1,028	24.....	184
12.....	2,557	31.....	1,741
19.....	4,592	Feb. 7.....	1,241
26.....	4,695	14.....	1,319
Nov. 2.....	3,332	21.....	867
9.....	1,832	28.....	422
16.....	989	Mar. 6.....	185
23.....	620	13.....	69
30.....	528	20.....	9
Dec. 7.....	617		
14.....	792		
21.....	801		
28.....	629		

¹ Excess over the mortality rate from the same causes in corresponding week of the median year in the period 1910-1916. The weekly rates for the median year have been approximated by plotting the rate for the median year for each month (thus affording a rough "normal" seasonal curve) for each city, and then by reading from the curve the indicated median rate at the midpoint for each week. The excess has been found by subtracting this median rate from the actual rate for the corresponding weeks in 1918 and 1920.

Fig. 7. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 201.

Cases of influenza reported by State health officers, December, 1919, to May, 1920, inclusive.

State.	December, 1919.	1920.				
		January.	February.	March.	April.	May.
Alabama.....	15	211	11,039	6,233	204	10
Arizona.....		160	800	439	31	171
Arkansas.....	137	3,526	22,718	6,533	575	101
California.....	111	9,522	46,857	7,944	457	175
Colorado.....		5,534	7,097	4		
Connecticut.....	26	7,732	15,055	880	62	6
Delaware.....	10	28	244	94		4
District of Columbia.....	23	2,980	1,004	43		
Florida.....	25	2,057	5,762	1,731	386	195
Idaho.....	13	4,147	2,890	312	4	2
Illinois.....	668	66,976	63,666	65,529	367	138
Indiana.....		5,175	18,217	3,080	279	
Iowa.....	9	4,848	71,993	134	11	
Kansas.....	67	9,037	48,285	6,666	163	11
Louisiana.....	75	968	12,117	6,419	83	12
Maine.....	10	517	11,474			15
Maryland.....	160	4,057	22,234	4,147	589	133
Massachusetts.....	147	5,076	28,340	2,215	227	98
Michigan.....			38,138	3,448		
Minnesota.....	36	7,275	24,607	2,575	130	57
Mississippi.....	1,628	3,078	20,270	17,482	1,985	520
Montana.....	6	1,603	5,191	401	4	2
Nebraska.....	5	2,988	16,815	2,758	258	6
New Jersey.....	121	8,570	16,208	1,055	89	24
New Mexico.....	12	335	3,771	395	59	21
New York.....	418	30,431	75,828	9,960	904	613
North Dakota.....	14	3,709	6,244	1,648	35	
Ohio.....	176	10,092	52,040	3,195	202	71
Oregon.....	7	1,345	5,965	598	4	
Rhode Island.....	8	1,170	5,799	242	9	
South Carolina.....	17		12,000	567	76	60
Vermont.....	5	118	3,584	1,281	43	
Washington.....		2,892	18,530	703	26	8
West Virginia.....	128	3,536	32,157	3,052	296	90
Wisconsin.....	13	11,263	21,731	1,523	36	18
Wyoming.....		2,520	1,330		10	6
Total cases reported.....	4,093	239,082	759,030	163,192	7,604	2,567
Number of States reporting.....	30	34	36	34	31	27

Fig. 8. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 202.

Deaths from influenza and pneumonia (all forms) in 28 States September, 1918, to April, 1919, inclusive.

Month.	Number of deaths.	Annual death rate per 1,000 population.
September, 1918.....	8,229	1.5
October, 1918.....	140,543	25.1
November, 1918.....	61,186	11.3
December, 1918.....	51,471	9.2
January, 1919.....	43,734	7.8
February, 1919.....	22,959	4.5
March, 1919.....	22,378	4.0
April, 1919.....	12,780	2.4
Total.....	363,280	8.3

Influenza and pneumonia (all forms)—Cases reported in certain States during the first four months of 1919.

State.	January.	February.	March.	April.	Total.
Alabama.....	7,354	2,790	595	302	11,047
Arkansas ¹	4,235	2,140	205	.03	6,649
California.....	68,504	3,180	3,200	5,170	80,135
Colorado ¹	2,707	712	958	215	4,592
Connecticut.....	0,970	2,310	1,294	290	10,870
District of Columbia ¹	3,190	470	223	30	3,928
Florida.....	1,402	234	40	220	1,896
Georgia.....	3,938	2,137	878	323	7,276
Hawaii ¹	2,719	4,081	3,992	022	12,014
Illinois.....	10,774	7,390	0,237	1,480	31,893
Indiana.....	11,000	0,135	4,030	1,280	23,057
Kansas ¹	15,742	10,175	13,127	1,950	41,000
Louisiana.....	37,289	2,708	503	184	40,684
Maine.....	2,573	304	102	218	3,257
Maryland.....	18,924	0,247	2,367	770	28,308
Massachusetts ²	29,821	7,098	3,510	1,532	41,967
Michigan ³	403	208	401	185	1,317
Minnesota.....	7,430	1,900	3,037	932	13,305
Mississippi.....	45,700	15,552	4,655	2,174	68,150
Montana.....	1,707	002	2,223	050	5,032
Nebraska.....	12,410	2,924	0,100	1,000	22,590
New Jersey.....	13,843	0,601	4,431	1,852	20,727
New York.....	44,855	17,410	11,033	4,913	78,211
North Carolina.....	9,208	3,831	1,304	078	15,141
North Dakota.....	340	150	84	00	634
Ohio.....	20,871	20,252	20,871	8,441	91,435
Oregon.....	8,074	592	269	391	10,226
Rhode Island ¹	4,456	920	194	30	5,600
South Carolina.....	10,714	719	127	69	11,629
South Dakota.....	0,721	1,026	1,043	672	9,462
Vermont.....	5,332	1,255	1,042	180	7,809
Virginia ¹	40,747	17,711	5,333	1,610	65,401
Washington ⁴	0,917	1,327	792	193	9,229
West Virginia ¹	1,584	1,863	647	161	4,255
Wisconsin ¹	4,148	1,111	1,208	387	6,914
Wyoming.....	131	92	84	55	362
Total.....	480,548	100,913	110,081	39,675	803,217

¹ Cases of influenza only.

² Cases of lobar pneumonia only included with influenza.

³ Cases of pneumonia (all forms) only.

⁴ Cases of pneumonia (all forms) in Seattle not included.

Fig. 9-10. Le tabelle sono in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 212.

Influenza and pneumonia (all forms)—Deaths registered in certain States during the first four months of 1919.

State.	January.	February.	March.	April.	Total.
Alabama.....	2,116	1,088	499	327	4,030
Arkansas.....	715	380	201	153	1,449
California.....	4,239	650	501	538	5,928
Colorado.....	650	469	596	261	1,976
Connecticut.....	989	536	546	296	2,367
Delaware.....	285	117	67	39	508
District of Columbia.....	411	142	138	53	744
Florida.....	569	341	158	97	1,165
Georgia.....	450	521	309	228	1,508
Hawaii ¹	80	190	154	35	459
Illinois.....	3,330	2,076	2,420	1,096	8,922
Indiana.....	1,459	1,026	1,779	692	4,956
Kansas.....	916	613	1,009	366	2,904
Louisiana.....	2,125	634	349	202	3,310
Maine.....	597	214	245	174	1,230
Maryland.....	1,303	710	371	220	2,604
Massachusetts ²	2,379	971	733	430	4,513
Michigan.....	2,082	1,156	1,102	657	4,997
Minnesota.....	1,176	573	821	485	3,055
Nebraska.....	488	318	527	345	1,678
New Jersey.....	2,086	1,416	1,203	630	5,344
New York.....	7,209	4,811	4,217	2,492	18,729
North Dakota.....	561	212	191	133	1,097
Ohio.....	2,779	2,315	3,089	1,721	9,904
Oklahoma.....	1,232	454	340	228	2,254
Oregon.....	831	133	102	92	1,158
Porto Rico ¹	1,229	416	152	76	1,873
South Carolina.....	1,577	848	354	233	3,012
Vermont.....	158	137	132	92	519
Virginia.....	2,750	1,208	810	403	5,171
Washington.....	1,085	348	251	220	1,904
Wisconsin.....	906	648	949	690	3,202
Wyoming.....	131	92	84	55	362
Total.....	48,893	25,763	24,399	13,789	112,844

¹ Deaths from influenza only.

² Deaths from lobar pneumonia only included with influenza deaths.

Fig. 11. La tabella è in 66TH Congress, 3d Session, HOUSE OF REPRESENTATIVES, Document No. 864, Annual Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the Fiscal Year 1920, cit., p. 213.