

Pierre Sorlin

Una lettura storico-sociologica della pandemia odierna

Come citare questo articolo:

Pierre Sorlin, *Una lettura storico-sociologica della pandemia odierna*, «Bibliomanie. Letterature, storiografie, semiotiche», 53, no. 9, giugno 2022, [doi:10.48276/issn.2280-8833.9782](https://doi.org/10.48276/issn.2280-8833.9782)

Sarebbe assurdo considerare la patologia veicolata dal Covid 19 (per essere preciso: il **CoronaVirus Disease from SARS-CoV2**) come la prima pandemia della storia?

A prima vista, sì, sappiamo tutti che ci sono state centinaia di epidemie da quando il primo essere umano è apparso sulla terra. Certe furono devastanti come, alla fine del secondo secolo dopo Cristo, la *Peste Antonina* descritta dal medico greco Galeno di Pergamo; la *Peste Nera* del Trecento, descritta da Boccaccio, che uccise probabilmente la metà e forse due terzi della popolazione europea; il *colera* che, nella prima parte dell'ottocento, attraversò tutto il continente europeo-asiatico, a partire dall'India fino all'Europa occidentale; o, dal 1918 al 1920, la *Spagnola*, epidemia responsabile di parecchi milioni di morti¹. Senza contare la moltitudine di propagazioni microbiologiche che distrussero intere popolazioni, ma sono state dimenticate - perché nessun cronista ne ha parlato. Questa sparizione nel nulla di malattie che forse uccisero migliaia di persone non sorprende, le epidemie che hanno lasciato un ricordo ebbero un rapporto diretto con alcune delle modificazioni sociali o ecologiste che hanno marcato la storia, come rivoluzioni agricole, guerre, viaggi lontani e grandi scoperti, rivoluzione industriale e imperi coloniali, mondializzazione.

Le grandi epidemie che fecero milioni di vittime erano semplici epidemie o pandemie? Una discussione sul significato rispettivo delle due parole sarebbe vana, queste non sono mai state chiaramente definite, né l'una né l'altra. Lasciando da parte un dibattito inutile, vorrei riflettere sul fenomeno epidemiologico, a partire da un contagio, il Sars-Cov-2, caratterizzato da due particolarità importanti. Da un lato, a differenza delle grandi epidemie anteriori, si è diffuso in pochissime settimane attraverso l'intero globo. Dall'altra, grazie ai progressi della ricerca medica, in particolare nel campo dei microrganismi, abbiamo un'informazione scientifica e sociologica senza equivalenti per nessuna delle malattie infettive precedenti.

1. I microorganismi, nemici irraggiungibili

Viviamo circondati da microrganismi che provocano continuamente disturbi sanitari. Molto spesso l'indisposizione non va oltre una breve «endemia»² - ossia un malessere poco dannoso e di breve durata. Per fare un esempio, nel 2002 un virus responsabile di una forte sindrome respiratoria colpì la Cina. Siccome non era virulento, fu bloccato in poche settimane, l'endemia non oltrepassò la frontiera cinese. Alcune epidemie, invece, generano, a intervalli irregolari, malattie infettive imprevedibili e sconosciute che si diffondono tra gli abitanti di una regione. Ogni epidemia risulta da un disequilibrio nel rapporto tra germi microbici e popolazioni umane, si tratta di una *correlazione darwiniana*, in altre parole di una lotta per la sopravvivenza dovuta a un mutamento ecologico, che oppone due insiemi viventi e, nella fattispecie, alla crescita o all'espansione di un gruppo umano che sconfina nel territorio di un microorganismo.

In linea di massima, due tratti hanno caratterizzato queste ondate improvvise di una malattia infettiva che colpirono gli abitanti di una stessa zona. In primo luogo, si sviluppavano a lungo termine (il colera apparve in India nel 1826, arrivò in Russia quattr'anni più tardi e in Europa occidentale nel 1832). D'altra parte, ebbero un impatto su una regione limitata del pianeta: la *Spagnola*, i cui effetti locali furono disastrosi, imperversò soprattutto negli Stati Uniti e in Europa occidentale, due regioni dove, a causa della prima guerra mondiale, sostavano e circolavano ingenti numeri di soldati. In tali casi si può parlare di grandi epidemie che cadono su (*epi*) una determinata popolazione (*démos*) senza però circolare attraverso l'intero (*pan*) globo.

Rispetto alla maggioranza delle epidemie, una pandemia, secondo la definizione concettuale del termine, è caratterizzata da un attacco di alto tasso e di natura «esplosiva», in altri termini si tratta di una malattia che, disseminandosi in tutti i continenti, colpisce in un brevissimo tempo un numero molto elevato di persone, le quali, a loro volta, contribuiscono a spargere l'infezione. Teoricamente la pandemia è trasmessa da un virus che non aveva circolato in precedenza, o non si era manifestato da molto tempo, e che si trova associato a una debole *memoria immunitaria acquisita* nel seno di una popolazione. Si espande seguendo le vie di comunicazione più frequentate, linee marittime commerciali o itinerari aerei e trova nelle agglomerazioni urbane un terreno privilegiato per diffondersi secondo percorsi e intervalli apparentemente casuali³.

La pandemia dovuta al Sars-Cov-2 si distingue dalle epidemie antecedenti meno per la sua gravità che per la sua rapida e quasi universale circolazione. La prima ospedalizzazione ebbe luogo il 16 dicembre 2019. I Cinesi hanno comunicato poche informazioni sui primi momenti della pandemia ma, a partire della metà di gennaio 2020, si moltiplicarono in Thailandia, Giappone, Corea del Sud i casi di attacchi a viaggiatori di ritorno dalla Cina e parecchi casi di contagio furono segnalati a bordo di una nave da crociera che ha fatto scalo in un porto cinese. In Africa, il primo ammalato, un Egitto, veniva anche lui dallo stesso paese. Sei settimane dopo la prima segnalazione c'erano già 10.000 contaminazioni, 213

morti nella Repubblica Cinese e più di cento casi in altri paesi. Il 30 gennaio 2020 l'organizzazione mondiale della sanità annunciò uno stato d'emergenza internazionale. Basta fare il parallelo con l'epidemia del 2002 per misurare il carattere infinitamente più grave, fin dall'inizio quasi universale, della nuova epidemia.

La prima cosa che colpisce l'osservatore a partire di questo momento è l'incapacità degli stati a definire, organizzare o soltanto accennare una strategia internazionale, paesi vicini adottarono politiche contraddittorie, qui la vaccinazione fu precoce ma selettiva, là tardiva però obbligatoria, l'unico punto comune fu il trionfo dell'egoismo nazionale eppure - e questo, i responsabili politici e medici non potevano ignorarlo - era evidente che, se i tassi d'infezione non fossero stati identici dappertutto, il virus si sarebbe insediato nei paesi meno protetti, dai quali si sarebbe diffuso in regioni vaccinate, escludendo ogni stabilizzazione.

Un'epidemia è un conflitto 'darwiniano' (mirando a una presa di potere) dovuto a un disequilibrio ecologico tra due forze (per esempio invasione del territorio di una specie da parte da un altro genere) - che mette a confronto due categorie di organismi viventi, gli umani da una parte e, dall'altra, microorganismi elementari, batteri o virus. Bisogna precisare che certi batteri⁴, entità monocellulari, e i virus, semplici capsule di acido nucleico, sono entrambi agenti infettivi che vivono alle spalle di organismi più evoluti. Di solito i virus si mostrano relativamente 'stabili' o, se mutano, lo fanno in maniera «sinonima», vale a dire senza modificazione rilevante della loro composizione. Invece, il Sars-Cov-2 è caratterizzato da un'eccezionale capacità di mutamento che, facilitando l'apparizione di versioni ogni volta differenti, costringe i biologi a riprendere da capo le loro analisi. Autoriproducendosi in permanenza, il virus crea 'copie' a turno molto offensive e resistenti o relativamente deboli. Imprevedibili, le metamorfosi confrontano i medici con *varianti* che impongono l'avviamento di una nuova risposta man mano che l'epidemia si sparge.

Non ho l'intenzione di dilungarmi sugli aspetti clinici delle epidemie, le cui origini rimangono spesso misteriose, l'obiettivo di questa introduzione era soltanto evidenziare il profondo disorientamento cognitivo che il Sars-Cov-2, per la velocità e il carattere universale della sua diffusione come per la sua tendenza a mutare, suscita nell'opinione pubblica. Le popolazioni aspettano spiegazioni che i medici, facendo fatica a proporre una risposta chiara, eludono, mostrandosi da un giorno all'altro pessimisti poi rassicuranti.

2. Una minaccia insolita

Lasciando da parte le questioni mediche alle quali gli scienziati daranno una risposta quando la pandemia sarà finita, vorrei analizzare le reazioni delle società umane di fronte a un pericolo che minaccia l'equilibrio del mondo. Tre caratteristiche sembrano differenziare

il Sars-Cov-2 degli agenti affettivi che avevano provocato le epidemie precedenti.

In primo luogo muta molto rapidamente, in certi momenti in due o tre settimane, e si modifica sotto forme differenti secondo le regioni nelle quali imperversa.

In secondo luogo, la sua diffusione è stata folgorante, il virus si è sparsa in sei settimane quando, per fare un esempio, la prima ondata della *Spagnola*, poco virulenta, durò sei mesi. Infine, lontana dal limitarsi a poche regioni, l'epidemia si è immediatamente estesa all'insieme del pianeta, provocando ingenti danni in aree dove la vigilanza epidemiologica era limitata o inesistente.

La prima caratteristica - la frequenza delle variazioni - potrebbe essere una peculiarità del Sars-Cov-2 ma dobbiamo ricordarci che il virus non si muove in maniera autonoma, è trasportato dal vento, dalle correnti d'aria o dagli spostamenti di esseri viventi, i suoi cambiamenti sono aleatori⁵.

Tra le particolarità del Covid 19 che abbiamo messo in rilievo la più notevole e inquietante è la sua eccezionale velocità di propagazione. Un virus che, data la sua natura, non si sposta autonomamente, si è espanso attraverso l'intero pianeta senza incontrare ostacoli e ha preso successivamente forme differenti e imprevedibili.

Qual è stato l'agente che ha reso possibile la sua diffusione? La risposta è semplice: gli stessi esseri umani. Non sono 'colpevoli' perché non hanno 'voluto' quello che sta succedendo però, di fatto, ne sono responsabili. Nel 2019, ultimo anno 'normale' prima della pandemia, quasi cinque miliardi di persone - cioè l'equivalente di due terzi delle persone abitanti il pianeta - hanno preso un aereo. Nel 1975 c'erano cinque megalopoli, con dieci milioni di abitanti, nel 2019 sono passate a ventotto. Il *boom* dei viaggi aerei e l'allargamento esponenziale delle conurbazioni hanno provocato spostamenti incessanti e accumulazioni di presenza umana favorevoli alla circolazione delle malattie.

Però, in un mondo profondamente diviso, in cui ogni gruppo umano va per la sua strada, la maniera di combattere la pandemia cambia in funzione delle scelte politiche dei vari governi e della struttura demografica locale. Due casi contrastanti, quello dell'Inghilterra e quello del Messico, lo dimostrano.

Quando, nella primavera del 2020, la pandemia toccò l'Inghilterra, la regione più gravemente colpita fu Londra, dove si registrò una mortalità cinque volte superiore. A Heathrow, primo aeroporto europeo, in relazione con tutti i continenti, i viaggiatori sbarcavano senza essere sottoposti ad un controllo sanitario.

A partire di aprile la pandemia si estese dalla capitale in direzione di Birmingham, lungo una delle strade più trafficate del paese. Simultaneamente qualche cluster apparve nel nord. Invece le regioni meridionali, prossime a Londra, non furono colpite. Il numero di casi sembrava talmente limitato che il governo non prese provvedimenti efficaci.

Nei primi mesi del 2021 il virus cominciò a mutare a una rapidità prima sconosciuta (a volte in meno di due mesi), imponendo un confinamento severo. Dopo un picco di mortalità

raggiunto nell'inverno 2020-21 la situazione si stabilizzò, le misure restrittive furono alleggerite, molti non rinnovarono la loro vaccinazione, un nuovo picco d'infezioni, con pochi decessi, segnò l'inverno 2021-22 prima di un lento regresso della malattia.

A dispetto del fatto che, con 170.000 morti, il paese sia stato il più gravemente colpito in Europa e che 11.000 persone fossero ancora ospedalizzate, il primo ministro Boris Johnson, nella primavera del 2021, ha tolto tutte le misure preventive. In un manifesto collettivo un gruppo di medici ha criticato duramente una politica "sprovvista di base scientifica" che rischia di "accelerare la circolazione del virus". È un'accusa al governo, reo di aver minimizzato il pericolo negando le misure di protezione indispensabili per paura d'indisporre un'opinione pubblica già turbata per causa del *Brexit*⁶.

I Messicani⁷ distinguono quattro tipi di agglomerazioni nel loro paese:

- *indigene*, rurali, povere, dove si parlano dialetti locali e nelle quali l'assenza quasi totale di protezione medica ha provocato una mortalità eccezionale (probabilmente un quinto di tutte le persone colpite nel Messico) anche nei villaggi isolati e poco popolati.

- *povere non urbane* con risorse sanitarie elementari rispetto a una popolazione povera, sparsa attraverso quartieri periferici, fisicamente debole. Una forte mortalità ha colpito gli abitanti di queste borgate in proporzioni difficili da valutare - probabilmente il doppio delle agglomerazioni povere urbane.

- *povere urbane* il cui livello economico non è migliore ma che beneficiano di servizi sanitari. In queste zone la mortalità maschile oltrepassa quella femminile perché gli uomini hanno più contatti esterni a causa del loro lavoro.

- *ricche* che, paradossalmente, sembrarono particolarmente esposte alla pandemia perché la percentuale di ospedalizzazioni fu la più alta ma, in pratica, un ricorso rapido alla medicina assicurò un tasso poco elevato di mortalità.

L'epidemia di SARS-CoV2, in quanto minaccia generale, indipendente dalle frontiere e dalle lingue, ha colpito un mondo frammentato in nazioni che hanno gestito autonomamente i loro problemi. Gli esempi appena esaminati danno un'idea dell'abisso che esiste tra un pericolo brutale e universale che grave sugli individui, e i limiti della resistenza umana. In Messico il potere nazionale, paralizzato a causa di responsabilità sanitarie troppo decentralizzate, di una popolazione eterogenea e dei cartelli della droga che dominano certe provincie, è stato costretto a riconoscere i limiti della sua capacità d'intervento: «Niente mediante la forza, tutto per mezzo della ragione. Oggi dobbiamo convincere, persuadere non imporre.⁸» proclamò il presidente messicano.

Il primo ministro britannico, criticato per la sua politica demagogica, ricorse ugualmente a un discorso puramente lenitivo: «Dobbiamo sostituire gli obblighi legali con consigli e raccomandazioni.⁹» Retorica privata d'impegno di politici che non hanno la volontà (in Inghilterra) o la possibilità (in Messico) di limitare gli effetti della malattia.

3. Pronto soccorso o ... business as usual?

L'agente patogeno responsabile della *Pesta Nera* del Trecento venne identificato soltanto nel 1894 mentre quello della *Spagnola* lo fu nel 2014, a partire di cellule che erano state prelevate sugli ammalati nel 1918. La ricerca medica, che richiedeva allora tempi lunghissimi, ha fatto progressi impressionanti durante l'ultimo secolo, in particolare per quello che riguarda gli organismi microscopici a struttura subcellulare: il virus del SIDA, apparso nel 1981, fu identificato due anni dopo, mentre nel gennaio 2020, quattro settimane bastarono per realizzare il sequenziamento del Sars-Cov-2, e per agevolare una sistemazione molto rapida dei primi vaccini.

All'inizio della pandemia l'Organizzazione mondiale della sanità, prevedendo un termine di diciotto mesi per produrre un vaccino contra il Covid 19, sottovalutava i progressi della bioinformatica, già capace a questo momento d'identificare rapidamente le strutture d'un microorganismo e di costruire una risposta immunitaria. La ricerca si focalizzò presto sulla lotta contro la proteina S la quale, spaccando il guscio che circonda le cellule, permette alle particelle virali di penetrare.

Le iniezioni del primo vaccino, prodotto dal laboratorio americano Pfizer, cominciarono nel dicembre 2020. L'anno successivo altri rimedi anti-Covid furono messi in vendita, ma il mercato fu sempre dominato da due firme, Pfizer e Moderna. Nella maggioranza dei paesi, essendo la salute della popolazione considerata un «bene comune», lo studio delle nuove malattie e dei farmaci capaci di combatterle venne fatta simultaneamente in laboratori pubblici e imprese private. Invece, con il pretesto che la volontà di profitto incoraggia l'innovazione, le autorità pubbliche abbandonarono ai laboratori privati la tappa successiva che è la produzione di vaccini. In quanto «prigioniera» (gli ammalati sono costretti a ricorrere ai farmaci), la clientela garantisce ai fabbricanti profitti eccezionali e durabili. Di fronte alla gravissima minaccia rappresentata dal Covid i *N.I.H.*, *National Institutes for Health*, organismi pubblici americani specializzati nella ricerca medica, decideranno, nel 2021, di collaborare con istituzioni private alla creazione di vaccini anti-Covid. I laboratori accettarono volentieri il contributo statale, ma manovrarono per monopolizzare tutti i benefici. La strategia del laboratorio Moderna fu particolarmente efficace. Tre ricercatori distaccati dai *N.I.H.* parteciparono a tempo pieno alle indagini; tuttavia Moderna, quando chiese un'omologazione del vaccino, non menzionò la partecipazione dell'istituzione pubblica, la quale perdette non solo la sua percentuale dei diritti, ma anche la possibilità di firmare contratti di vendita con paesi stranieri¹⁰.

Fin dal dicembre 2020 Pfizer scelse una politica di produzione massiccia. Grazie alla collaborazione di piccoli laboratori, attirati da ordini importanti e regolari, l'impresa si trovò presto in grado di soddisfare rapidamente tutte le richieste. Iniziate nei primi mesi del 2020 le ospedalizzazioni diminuirono durante l'inverno successivo per risalire in maniera

inquietante a partire di marzo 2021. Preoccupata, la presidenza della commissione europea chiese aiuto a Pfizer che propose 1,8 miliardi di vaccini ma, data l'importanza dell'ordinazione, impose un prezzo esorbitante per ogni dose: 19,5 euro invece di 15,5 (quando il costo di produzione di una dose ammontava a circa quattro euro per il laboratorio) ossia un totale di quasi trenta miliardi di euro¹¹. Grazie alla sua capacità di fornire rapidamente enorme quantità di dosi, il fatturato di Pfizer ammontò, nel 2021, a settantuno miliardi di euro e il beneficio a ventidue miliardi, la metà del quale proveniva dal solo vaccino anti-Covid. Grazie alla sua onnipresenza nei centri di vaccinazione, Pfizer, il cui prodotto sembrava la protezione migliore contro il Covid, pervenne a fornire due terzi delle iniezioni in Europa e negli Stati Uniti nel 2021.

Di fronte alla pandemia erano ipotizzabili due strategie: produrre miliardi di dosi a basso costo, con un ritorno sulla quantità prodotta, oppure limitare la produzione e venderla a caro prezzo. I laboratori privati, imprese capitaliste, hanno scelto la soluzione corrispondente al loro statuto, hanno risposto ai bisogni dei paesi ricchi che, a loro volta, hanno favorito i loro concittadini benestanti. In Europa i paesi occidentali hanno potuto acquistare dosi in quantità sufficiente, i paesi poveri hanno dovuto limitare le vaccinazioni: un terzo della popolazione in Romania, meno di un quarto in Bulgaria.

4. Resistenze: Quelli che perturbano il gioco

Di fronte a un contagio che si spargeva dappertutto e molto velocemente, i responsabili della sanità, generalmente, non hanno avuto il tempo d'investigare le variazioni di morbosità, a volte notevoli, tra province, generazioni, mestieri, domicilio, all'interno di una medesima nazione. Nel caso messicano i fattori decisivi, luogo di residenza e ricchezza, sono palesi; ma in altri luoghi, dove possono essere rilevanti, non bastano per spiegare differenze importanti. Bisogna esserne coscienti: prestarsi a un atto medico suppone un'adesione alla nozione d'intervento sanitario che non è universale. Il rifiuto, a volte violentemente assunto, di ogni iniezione, l'astensionismo in parte cosciente e l'uso di un falso certificato hanno avuto un ruolo importante nella diffusione del Covid. Negli Stati Uniti e in Russia, dove si registrò un numero particolarmente elevato di contaminazioni e di decessi dovuti alla pandemia, si rilevarono ugualmente fortissime resistenze. Confrontare i due casi è interessante: le loro motivazioni erano radicalmente diverse.

I neri costituiscono meno di un ottavo della popolazione statunitense, ma la loro percentuale di ospedalizzazioni è stata la più alta tra tutti i gruppi etnici (si veda grafico) e il loro tasso di mortalità ha raggiunto il novantotto per centomila contro quaranta sette per i bianchi. La spiegazione che viene spontanea è la povertà degli Africano-Americani: più di un milione tra di loro appartengono a una *low-income family*, vivono in quartieri sovrappopolati, dove si mescolano tutte le generazioni, sono costretti a utilizzare i trasporti pubblici e, non potendo

pagare un'assicurazione sanitaria, devono andare al lavoro, anche se sono ammalati, a pena di perdere il loro stipendio. Tuttavia, se la percentuale di persone bisognose è particolarmente elevata tra i neri, gli indigenti di altri gruppi etnici conoscono le medesime difficoltà.

Due terzi dei neri appartengono alla *middle class* o alla *low middle class*. Lavorando nei servizi (banche, mezzi di comunicazione, commercio, vigilanza) e la sanità (un terzo delle infermiere sono afro-americane), possono pagare un'assicurazione sanità. Se non lo fanno o se, dopo averlo fatto, non la usano, è per altri motivi. Provenienti da famiglie povere, portano le tracce delle pessime condizioni in cui è vissuta a lungo la loro parentela e si sono abituati a sentirsi a disagio. Dall'altra parte i loro contatti con gli ambienti medici sono stati spesso sgradevoli, temono di scontrarsi col pregiudizio razziale se vanno in ospedale. Per loro una certa rassegnazione di fronte alla malattia è diventata un tratto culturale.

La Russia fu la prima ad annunciare, nell'estate 2020¹², che aveva elaborato *Sputnik 5*, primo vaccino anti-Covid - a dispetto del quale il numero di contaminazioni continuò a crescere nel paese, fino a raggiungere 8000 casi in certi giorni. Un *lockdown* fu prescritto durante una settimana, poi abolito: il governo, attento a mantenere il suo controllo politico sull'opinione, non voleva contrariare la gente con una misura puramente sanitaria che non si sentiva capace di far applicare. La stragrande maggioranza dei Russi non rispettava le misure elementari di protezione, come costringerla ad accettare una puntura? Per un potere autoritario, instaurare norme che non vengono poi applicate è pericoloso, meglio eludere il problema.

Per capire l'atteggiamento della popolazione bisogna ricordarsi che questa diffida di un governo prepotente, le cui decisioni sono o sembrano spesso arbitrarie e poco comprensibili. Secondo un sondaggio del Centro Levada¹³ fatto durante la primavera del 2021, due terzi delle persone interrogate dichiararono che temevano le misure collettive come la vaccinazione, visto che ogni iniziativa pubblica, utile solo per lo stato, non serviva a nulla per la gente; malattia e morte, dicevano, erano questioni private - tanto più che un lutto troppo visibile poteva passare per una manifestazione contro le autorità.

Negli Stati Uniti come in Russia, la diffidenza riguarda meno il vaccino stesso che le condizioni, sanitarie o politiche, nelle quali è somministrato, l'avversario non essendo il prodotto, bensì l'istituzione. Tali considerazioni non valgono in Germania dove, però, un quinto dei cittadini si è mostrato ostile alla vaccinazione, giustificandosi con pretesti inconsistenti: ci sono abbastanza persone disposte a ricevere un'iniezione per proteggere la popolazione; l'epidemia non è abbastanza grave da giustificare una profilassi generale; un atto medico non può essere obbligatorio. Il rifiuto, qui, è fondamentalmente politico, si manifesta soprattutto nei *Länder* orientali, dove l'impressione di essere la parte trascurata della nazione è molto forte, e nel partito di estrema destra AfD, Alternativa per la Germania. Tre paesi: tre maniere diverse di resistere a un'autorità ritenuta invasiva e quasi ostile. Qui

ci troviamo di fronte a una delle grandi difficoltà che i medici incontrano nella loro lotta contro un'epidemia: le persone che resistono alla vaccinazione rendono impossibile una copertura sanitaria completa.

5. Un nuovo comportamento collettivo di fronte a una pandemia?

Il comportamento della classe medica di fronte al Covid 19 ha mostrato un profondo cambiamento di metodo rispetto al modo in cui l'ospedale aveva tentato di limitare gli effetti delle epidemie anteriori: gli scienziati hanno saputo identificare velocemente il virus e trovare una parata efficace per ridurre le contaminazioni. Se resta ancora molto da fare per determinare i luoghi dove vegetano microorganismi pericolosi, capire come mutano e neutralizzarli, i laboratori hanno sviluppato gli strumenti necessari per continuare le investigazioni.

Questo significa che il comportamento delle società umane di fronte a un'epidemia è cambiato? In nessun modo. Mentre la pandemia è apparsa, fin dall'inizio, come una minaccia universale, brutalmente diffusa attraverso l'intero pianeta, i paesi, nella loro maggioranza, hanno reagito come se potessero difendersi chiudendo i propri confini - a cui i virus sono indifferenti. La regola è stata "ognuno per se", le zone ricche, America settentrionale, Europa, isole Australi hanno pagato, a caro prezzo, i migliori vaccini, concedendo agli altri continenti - per avere la coscienza a posto - alcune dosi di prodotti ritenuti meno efficaci.

I laboratori hanno funzionato in modo efficiente. Alcuni, contando su un'ampia distribuzione, hanno venduto i loro rimedi a un prezzo contenuto. Le più importanti case farmaceutiche, avvalendosi della loro notorietà e di un'ottima rete distributiva, hanno praticato prezzi elevati, spesso scandalosi, assicurandosi notevoli guadagni. Senza che un accordo segreto fosse necessario, governi occidentali e fornitori di vaccini hanno fatto il necessario perché i rimedi antivirali arrivassero prima nei paesi sviluppati.

Nel corso delle epidemie precedenti, le famiglie ricche non erano meglio protette di quelle povere, i versi di Boccaccio, gli affreschi del Trecento evocano signori e borghesi defunti mano nella mano con operai e contadini. L'esempio del Messico, qui brevemente citato, illustra il cambiamento avvenuto nella nostra epoca e l'impotenza nella quale due terzi del globo si sono trovati di fronte a una pandemia, le autorità dei paesi cosiddetti "sottosviluppati" non sono state in grado di definire i propri bisogni di fronte al Covid 19 e, se avessero ricevuto le dosi necessarie, non sarebbero stati capaci di vaccinare l'insieme della popolazione. Paradossalmente un enorme progresso nell'eliminazione di una minaccia sanitaria che durava da secoli stabilisce una scandalosa divisione tra due parti del nostro mondo. In un momento di emergenza la salute comune si è trovata in balia della logica capitalista, le aziende che hanno potuto fare un investimento massiccio, lavorando

rapidamente, efficacemente, hanno limitato gli effetti della pandemia nella parte del pianeta dove viviamo. Il resto del mondo ha subito perdite che non saremo mai capaci di valutare. Avremmo potuto offrire a tutti la protezione della quale abbiamo approfittato? Nella bolla economica in cui viviamo una tale condivisione, a fondo perduto, era inconcepibile. Sopravvivere a un'epidemia è diventato un privilegio.

Note

1. L'origine della Spagnola non è conosciuta. Sembrerebbe che provenisse dall'Asia. Si manifestò inizialmente, nei primi mesi del 1918, in un accampamento di soldati americani nel Kansas e fu portata in Europa dai militari. Dopo una mutazione diventò molto più letale l'anno successivo. Non esistono fonti affidabili per valutare il numero di morti ma ci furono sicuramente parecchi milioni di defunti.
2. Si dice di una malattia stabilmente presente in una popolazione, ma poco dannosa, come la rosolia.
3. il livello di mortalità non rientra in questa definizione, un tasso di attacco elevato non implica necessariamente una patogenicità molto elevata, in altre parole, gran parte della popolazione è infetta senza un aumento proporzionale delle forme gravi di malattia.
4. Non tutti i batteri portano una malattia, certi contribuiscono all'equilibrio intestinale e difendono l'organismo contro batteri dannosi.
5. I batteri sono mobili grazie a una piccola appendice. I virus non si muovono autonomamente, portati da una forza esterna, s'inseriscono in cellule viventi in modo tale che combatterli diviene quasi impossibile. La vaccinazione mira a impedire l'installazione del virus.
6. *Analysis of geographic concentrations of COVID-19 mortality over time, England and Wales*. Office for National statistics, Londra, 2021. Yasemin Nicolas Sakay, 'Why are Covid 19 cases rising in the UK? "Health line", 29 ottobre 2021.
7. «Covid19 en México: un perfil sociodemográfico Comisión económica para América latina y el Caribe», *Istat*, México, 2022. *Covid 19: casos y muertes por semana México 2020-2022*, "Statista", México, febbraio 2022.
8. Discorso televisivo del presidente Obrador, 11 gennaio 2022.
9. Messaggio del primo ministro Boris Johnson, 19 gennaio 2022.
10. "Moderna and U.S. at odds over Vaccine Patent Rights", *The New York Times*, 11, XI, 2021.
11. La relazione tra la commissione europea e il laboratorio Pfizer è una questione complicata che oltrepassa i limiti di questo saggio. Si veda 'Llamadas y mensajes de texto: cómo la Unión Europea alcanzó un acuerdo con Pfizer', *Infobae*, 15 febbraio 2022.

12. Secondo Alexey Erlikh, capo del servizio di cardiologia dell'ospedale 29 di Mosca, quest'annuncio prematuro, prima che i controlli indispensabili fossero fatti, contribuì a rendere l'opinione scettica riguardo alla politica sanitaria del governo. La televisione, invece di spiegare l'utilità del vaccino per i cittadini, parlò soltanto del trionfo della scienza russa.
13. Centro di ricerca sociologica indipendente fondato a Mosca nel 1987.