

L'UMANITÀ CONTRO IL VAIOLO

Riflessioni storiche
al di là del trionfo della Tecnica



ACRATI

ACRATI, Bologna, 2021

acrati@autistici.org

in copertina: *Dr. Jenner inoculating his son*

nessun diritto d'autore sull'opera

L'UMANITÀ CONTRO IL VAIOLO

**Riflessioni storiche
al di là del trionfo della Tecnica**

ACRATI

NOTA INTRODUTTIVA

Tutto parte dalle interminabili discussioni, in seno a un gruppo di anarchici e anarchiche, su come contrastare le pianificazioni sanitarie di Stato e la campagna vaccinale. Dall'opposizione all'imposizione più o meno diretta di una singola tecnica emergente il discorso si è poi esteso alla proliferazione di nuove tecniche e all'espropriazione di potere che esse effettuano sui sottomessi, per meglio dominarli e sfruttarli, impedendo loro sempre più la possibilità di autodeterminarsi. I nuovi vaccini geneticamente ingegnerizzati sono parsi l'ennesimo avamposto di un'idea di mondo che andava e va contrastata, dei nuovi strumenti atti a condurci verso un luogo in cui il fenomeno globale della Tecnica, e la sua logica della massima efficienza strumentale, spadroneggia e diventa misura di ogni cosa.

Ma come porsi di fronte a innovazioni apparentemente salvifiche e verso i problemi che vorrebbero risolvere? Se lo Stato e le sue soluzioni ci fanno schifo e le malattie sono altrettanto poco desiderabili, su che presupposti si può basare il mondo che immaginiamo? "Senza Stato si sta bene" si diceva tempo addietro, chi si assumerebbe oggi di poterlo dire ad alta voce? È urgente più che mai invece azzardarsi a farlo, ma visti i tempi sono necessarie riflessioni chiare e presa di responsabilità. L'opposizione al mondo delle nocività è entrata in una fase in cui la teoria, se vuole andare oltre la pura presa di posizione ideologica, deve farsi strumento per chi nelle contraddizioni che si vanno aprendo vuole entrarci per davvero.

Queste discussioni e i loro interrogativi sono state contesto e pretesto per produrre una piccola retrospettiva storica che potesse essere uno strumento per stimolare un discorso tanto concreto quanto radicale sul tema.

Bologna, giugno 2021

L'UMANITÀ CONTRO IL VAIOLO.

Riflessioni storiche al di là del trionfo della Tecnica.

L'eradicazione del vaiolo viene ufficializzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1980 a seguito di una campagna vaccinale senza precedenti. In campo medico questo evento è forse uno dei contributi maggiori all'immaginario di una Tecnica in grado di risolvere tutti i problemi dell'umanità e di una Storia divisa fra un'umanità pre-scientifica passiva di fronte alla natura e un'umanità che nella scienza moderna trova riscatto e salvezza. Che si tratti di un mito pare evidente se constatiamo che questo enorme progetto di estinzione, così come ogni altro sforzo della biomedicina teso a debellare le malattie, hanno prodotto tanto la scomparsa di alcuni patogeni, quanto la manifestazione di nuove malattie, esito esse stesse della società e delle ecologie che la scienza medica ha contribuito a plasmare. Così d'altro canto pare assurdo pensare che l'umanità, al di fuori del paradigma scientifico, non abbia prodotto modalità di intervento sensate di fronte ai problemi ambientali.

Ogni mito però parte da un barlume di verità e che le vaccinazioni abbiano permesso alla biomedicina di stravolgere radicalmente l'equilibrio fra umanità e patogeni, producendo strumenti capaci di ridurre di molto la mortalità, soprattutto infantile, è un dato oggettivo. Ma oltre a ciò potremmo chiederci: quest'innovazione come si è affermata e cosa ha significato in termini sociali per le popolazioni che ne hanno incrociato la strada?

Il vaiolo

Il vaiolo è una malattia infettiva virale causata dal variola virus¹. Nello specifico sono state riconosciute due principali varianti di questo virus: la più nota variola maior, con un tasso di letalità del 20-40%, e la variola minor, assai meno virulenta, con forme cliniche meno severe e con un tasso di mortalità dell'1-2%.

In entrambi i casi, a grandi linee, dopo un periodo di incubazione l'infezione cominciava a manifestarsi attraverso febbri, nausea, brividi, dolori muscolari, mal di testa e possibili convulsioni a cui faceva seguito l'apparizione dei caratteristici esantemi, eruzioni cutanee di vescicole purulente

1 Sebbene sia d'uso parlare del vaiolo al passato va detto che il vaiolo non è completamente estinto. Campioni del virus rimangono conservati presso il Vector Institute di Koltsovo, Russia e il CDC di Atlanta, USA. L'infezione naturale risulta eradicata, il virus non del tutto estinto.

diffuse soprattutto su faccia e arti. Parallelamente le lesioni alla faringe, alle mucose e alla lingua (enantemi) ulcerando, depositavano il virus nella saliva e nelle secrezioni faringee. L'infettività di chi contraeva il vaiolo andava diminuendo con la guarigione delle ferite dell'enantema. La propagazione del virus avveniva infatti principalmente per via respiratoria, anche se il contatto diretto con il pus delle eruzioni cutanee o con oggetti contaminati erano una potenziale, seppur minoritaria, occasione di contagio. Era poi possibile il manifestarsi della malattia in forme emorragiche particolarmente serie e mortali. In generale la morte sopraggiungeva nel giro di pochi giorni dalla comparsa dei primi esantemi. Chi invece guariva otteneva un'immunità a vita dal virus, rischiando tuttavia di portare con sé le cicatrici degli esantemi e, in alcuni rari casi in cui si fossero presentate ulcere corneali, di contrarre cecità.

Essendone immuni tutti coloro che sopravvivevano all'infezione, il vaiolo era una malattia principalmente infantile, come gli orecchioni, il morbillo, la difterite, la varicella o la pertosse. In varie regioni ciò portava a non considerare l'infante come membro a tutti gli effetti della famiglia prima di aver contratto e sconfitto il malanno.

Parliamo di un virus specificamente umano, che non necessitava di un serbatoio animale per riprodursi, ma che nelle popolazioni della nostra specie trovava il suo habitat principale. Accompagnava l'umanità dalla culla delle prime civiltà, probabilmente dall'epoca della sedentarizzazione e dei primi inurbamenti. Nelle zone della sua tradizionale presenza aveva ormai da secoli (nell'Europa latina almeno dal X sec.) acquisito un carattere endemico: il virus era ben radicato presso popolazioni abbastanza vaste e capaci di mettere al mondo ogni anno un numero di nuovi nati tale da garantirne la continua diffusione². Solo occasionalmente si manifestava in forma epidemica. Le epidemie di vaiolo erano localizzate, mai pandemiche, ma regolari, cadenzate dalle oscillazioni demografiche e dall'accumularsi nel tempo di un numero sufficiente di individui suscettibili di infezione. La densità demografica delle comunità colpite era tale da non estinguere le globali e successive possibilità riproduttive del virus.

Il quadro delineato subisce un drastico cambiamento nel 1500. È allora che il protagonismo del vaiolo diventa sempre maggiore e le sue epidemie sempre più ravvicinate e violente. Nel 1600 si stima che 400.000 persone

² È stata stimata sufficiente una popolazione di almeno 100.000 individui. Ciò riguarda tanto aggregati concentrati che regioni in cui sussistono contatti sufficientemente regolari.

all'anno ne morissero in Europa e che un terzo dei casi complessivi di cecità ne fossero causa diretta.

In assenza di sufficienti fonti documentarie, sulla diffusione del vaiolo in età pre-moderna si sa poco. Va però rilevato come nella letteratura medica fino al XVI sec. la trattazione di questa malattia avviene attraverso considerazioni e discorsi che farebbero escludere quella diffusione, virulenza e letalità che invece appare nelle descrizioni successive. I riferimenti al vaiolo come malattia percepibile e diffusa, così come a sue manifestazioni epidemiche, aumentano dalla metà del '500. Si assiste a una cesura, in cui una malattia fra le tante o quantomeno l'infettiva non più rilevante dell'epoca, diventerà "il più terribile flagello dell'umanità".

A cosa sia dovuto questo cambiamento di contesto è difficile a dirsi. Se da una parte questo va forse imputato a mutazioni genetiche del virus³, o a più generali cambiamenti negli equilibri delle ecologie dei patogeni, è chiaro che non possono non essere considerati alcuni mutamenti sociali che determinarono in una certa misura lo scenario.

Le guerre e gli spostamenti di eserciti erano già stati una delle principali vie di diffusioni del vaiolo ben prima del 1500. Il fenomeno delle Crociate aveva infatti fra l'XI e il XIII sec. già contribuito a diffonderlo stabilmente su tutto il continente europeo e parimenti avevano fatto in precedenza gli Arabi in Africa Settentrionale durante le loro conquiste. Così pure l'Europa dell'affermazione degli Stati nazione è una regione di guerre e di frenetiche attività militari, di spostamenti di masse in armi, di saccheggi, di diffusione di malattie. A questo vanno aggiunte le avventure geografico-coloniali, che contribuiranno da qui in avanti ad esportare malattie infettive presso popolazioni che ne ignoravano l'esistenza e che da esse vennero letteralmente falciate. La malattia in alcuni casi venne addirittura deliberatamente impiegata come arma batteriologica dagli eserciti occidentali⁴.

In quei secoli va poi affermandosi un nuovo sistema economico, il modo di produzione capitalistico. L'aumento della produzione, a cui seguì un'espansione demografica senza precedenti e il processo di urbanizzazione e

3 Una delle caratteristiche del vaiolo è il suo basso tasso di mutazioni genetiche, poiché il virus riesce a replicare abbastanza fedelmente il proprio DNA. Detto ciò, su tempi storici il verificarsi di variazioni genetiche significative è comunque un dato di fatto. Su cosa però abbia agevolato e avvantaggiato certe varianti più o meno virulente di altre è difficile a dirsi con esattezza.

4 Nel 1763 Jeffery Amherst ed Henry Bouquet, ufficiali dell'esercito britannico in Nord America pianificarono il contagio delle popolazioni native che stavano cercando di sottomettere e lo realizzarono attraverso l'impiego di coperte infette. Non era d'altronde la prima volta nella storia che un esercito impiegava simili strumenti per raggiungere i suoi obiettivi.

progressiva concentrazione della forza lavoro sfruttata nei centri urbani in espansione, sono fenomeni essenziali per spiegare il divampare di una malattia che proprio nelle masse umane accentrate e in crescita trovava il suo ideale terreno di coltura. Poiché il virus attaccava soggetti sprovvisti delle difese immunitarie specifiche, una popolazione in espansione era terreno fertile per una sua esponenziale proliferazione. Le epidemie si portavano via un neonato su cinque, il tasso di mortalità una volta infettati era dell'80% nei bambini e del 20-60% negli adulti⁵

La Gran Bretagna, patria del primo vaccino, è proprio il luogo di massima espressione delle dinamiche socio-economiche appena descritte e uno dei paesi in cui il vaiolo infuria con più ferocia. Una nazione in piena espansione economica, il cui motore era una popolazione continuamente in balia di un male pressoché incurabile.

Nel 1797 Edward Jenner inventa il primo vaccino, quello contro il vaiolo. Quest'idea, così comune e consueta, merita una serie di precisazioni. Va infatti detto che Jenner non inventò di fatto nulla di realmente nuovo, ma semplicemente sviluppò una tecnica già nota in Europa da almeno un secolo e altrove da molto di più, la *variolizzazione*, ovvero l'inoculazione preventiva di vaiolo a scopo immunitario.

Variolizzazione, vaccinazione e opposizione

La variolizzazione, o inoculazione del vaiolo, è una pratica dalle origini piuttosto indefinite. Sappiamo che nacque probabilmente in modo autonomo in India e in Cina. Se una datazione precisa risulta azzardata si può dire che dal XV sec. in entrambe le regioni era conosciuta e praticata.

In Cina si faceva inalare del materiale infetto, avvicinando o introducendo nelle narici una sorta di tampone nasale. In India invece l'applicazione avveniva effettuando una piccola scarificazione cutanea nella spalla o nell'avambraccio. Il materiale infetto era precedentemente prelevato da una persona malata di una forma lievemente virulenta di vaiolo e veniva applicato su di una persona sana, allo scopo di farne acquisire protezione. Era una pratica assolutamente empirica, basata sull'osservazione dell'immunità acquisita da chi sopravviveva all'infezione e che non teneva in considerazione teorie batteriche, o della nozione di cosa fosse un virus,

5 Differenze e variazioni dei tassi di mortalità dipendono dalle regioni e dai momenti storici in cui si scatenò una particolare epidemia, così come da fattori di natura sociale, climatica, ecc. che ne determinavano le peculiarità.

entrambe ancora da venire. Localmente, e questo fu ancor più vero con la sua diffusione, la variolizzazione aveva varianti leggermente diverse sulle modalità di applicazione, sulla natura del materiale inoculato e su come lo si conservasse, sul contesto sociale e rituale in cui era eseguita.

A differenza dei vaccini successivi non si trattava di un virus indebolito, né di un virus simile, ma dello stesso variola virus, selezionato e gestito (la conservazione prolungata poteva infatti attenuarne la virulenza). Il soggetto si ammalava effettivamente di vaiolo e per il tempo della sua degenza era infetto come ogni altro malato, contraendone però una forma più lieve, con gli esantemi tipici della malattia localizzati alla sola zona di inoculazione. La sottovalutazione di questa contagiosità fu sicuramente, in più casi, all'origine di vere e proprie epidemie. Proprio per questo la quarantena a seguito dell'inoculazione fu una pratica variamente diffusa e codificata.

I tassi di mortalità legati alla variolizzazione erano dell'1-3%, quindi assolutamente ridotti rispetto a quelli del vaiolo. A differenza del vaccino inoltre non era una semplice azione di profilassi, ma un qualcosa di più simile a una terapia. L'oggetto dell'inoculazione non era un'intera popolazione da immunizzare, ma un individuo che decideva di sottoporvisi e che, sulla base dei principi della cosiddetta medicina umorale, sottostava a un regime alimentare ben preciso prima dell'intervento, affinché il successo dello stesso ne venisse agevolato. Ovviamente le prescrizioni terapeutiche variavano da luogo a luogo.

Sul caso indiano vale sicuramente spendere qualche parola. Il sub-continente era infatti una delle tradizionali culle della malattia e delle sue forme più virulente. La pratica della variolizzazione (*tika*), era inserita nel sistema di credenze induiste, connessa ad una divinità ben precisa, Sitala, dea del vaiolo e di altre malattie infettive, e accompagnata da rituali a lei dedicati. Veniva praticata da un gruppo sociale specifico, dei bramini che non rivestivano un alto rango sociale data la prossimità con i fluidi corporei insita nell'esercizio di questa pratica. Erano perlopiù barbieri o venditori di fiori che in un certo periodo dell'anno, fra novembre e marzo, operavano dietro compenso come inoculatori itineranti, collezionando materiale infetto, conservandolo in contenitori di bambù, diluendolo e applicandolo mediante scarificazione sui chi sottoponeva sé o la sua prole all'intervento.

La malattia era imputata ad un eccesso di calore nel corpo, che nel tentativo di uscire dava luogo agli esantemi e alle sue altre manifestazioni. In quest'ottica si anticipava la variolizzazione con una dieta raffreddante, così

come si consigliava a chi avesse contratto il morbo di non abbandonarsi a sentimenti di rabbia, collera, eccessi di gioia o altre emozioni che potessero aumentare il calore corporeo. La malattia era considerata l'espressione della rabbia della dea Sitala e chi si ammalava era una manifestazione vivente della dea stessa. L'intervento mirava a riportare l'equilibrio degli umori sia con le applicazioni terapeutiche, che attraverso rituali che tranquillizzassero la dea.

In una concezione olistica della realtà le cause profonde della malattia non erano da ricercarsi in un elemento singolo, fossero pure i capricci di una divinità da ammansire. La divinità era l'espressione di un equilibrio fatto di elementi biologici, psicologici, sociali, rituali e politici all'interno della comunità. Le forme attraverso cui Sitala si manifestava erano il risultato della sommatoria della relazione fra questi elementi.

Questi pochi accenni possono essere utili per capire come la malattia e l'intervento su di essa fossero tanto inseriti in un quadro culturale assai complesso e differente da quello della biomedicina, quanto socialmente riconosciuti, accessibili e inquadrati in un orizzonte di senso condiviso: rispondevano dunque alla concezione locale di cosa fosse una protezione effettiva, non solo nel senso immunologico del termine.

Se e quando praticata diffusamente, la variolizzazione si era dimostrata piuttosto efficace nel contenimento della malattia. In certi periodi documentabili, nel Bengala, dove era ampiamente praticata, l'81% della popolazione ne era raggiunto. Le prime campagne vaccinali britanniche dello stesso periodo, sui territori indiani dove ebbero maggior successo, ottennero pressoché gli stessi risultati di diffusione (80%), ma con metodi decisamente più invasivi. Non è quindi un caso che in certe zone, la proposta prima e l'imposizione poi, della pratica vaccinale da parte del dominatore britannico furono disertate e trovarono ampia opposizione.

Nel 1802 i britannici iniziano le prime campagne di vaccinazione di massa in India. I medici militari, dopo aver impiegato essi stessi la variolizzazione, soprattutto nelle regioni dove essa non era diffusa, passarono alle innovazioni europee⁶. Il vaccino era indubbiamente più efficace e meno pericoloso, con tassi di mortalità ridotti allo 0,1% e una non trasmissibilità del

6 Per quel che concerne la variolizzazione, questa pratica era eseguita da medici europei o inoculatori locali debitamente formati e certificati dall'autorità coloniale. Ciò che *variolation* britannica e *tika* condividevano era giusto il principio dell'inoculazione, nulla di più. I britannici eseguivano una pratica che controllavano del tutto dall'inizio alla fine e in cui la partecipazione della popolazione era ininfluyente e si limitava alla ricezione.

virus inoculato. Trovò però ampia opposizione, soprattutto nei territori dove la variolizzazione era ben radicata: chi avrebbe preferito rinunciare ad una pratica dotata di un senso più completo e già ampiamente accessibile a favore della controproposta di un dominatore straniero già oggetto di comprensibile diffidenza? Inoltre sia per le difficoltà di approvvigionamento dalla madrepatria, sia per la sua ridotta efficacia in un ambiente climaticamente diverso dall'Europa, il vaccino non era una controproposta ancora così competitiva e credibile. Nel 1850 in India la variolizzazione verrà resa illegale e la vaccinazione obbligatoria. Ciò non impedì agli inoculatori di continuare a praticare e agli indiani di disertare la profilassi.

Vale adesso entrare nel merito di come e quanto fosse diffusa questa pratica in Europa e di come si inserisca nella storia delle prime vaccinazioni.

La figura che tradizionalmente viene accostata all'introduzione in Europa della tecnica di inoculazione del vaiolo è Lady Wortley Montagu, moglie dell'ambasciatore inglese a Costantinopoli. Apprese la tecnica presso la capitale ottomana e decise di applicarla sui suoi stessi figli. Nel 1721, tornata in Inghilterra, promosse e divulgò l'uso di tale pratica.

In realtà, in Europa se vogliamo scovarne i primi probabili utilizzatori dovremmo cercare nelle campagne greche, polacche, gallesi e francesi nel 1600. La diffusione della pratica derivò probabilmente dal mondo arabo e come per molte altre regioni in cui si stabilì fu la conseguenza diretta della necessità di far fronte all'aumentare delle epidemie.

Ad ogni modo furono gli anni '20 del '700 il periodo in cui la variolizzazione divenne oggetto di dominio pubblico in Europa. Dopo una prima sperimentazione per mano del dottor Hans Sloane della Royal Society di Londra sui detenuti condannati a morte⁷, il suo impiego venne esteso alle famiglie aristocratiche, terrorizzate da una malattia che scalava sempre più le gerarchie sociali. Fu però negli anni '40 dello stesso secolo che si assiste a un cambiamento di passo decisivo, che mette in luce passaggi storico-politici che determinarono l'impiego delle tecniche di profilassi per i secoli a venire.

Le epidemie locali di vaiolo erano un problema principalmente rurale. Le grandi città erano un serbatoio inesauribile per l'infezione, in esse il virus era endemico, la malattia era soprattutto infantile e la maggior parte della popolazione adulta aveva –costretta a sopravvivere in un ambiente tanto insalubre e affollato– gli anticorpi necessari per non contrarla. Le piccole

7 Va quantomeno ammesso che in cambio dell'esperimento i detenuti pare furono graziati.

comunità rurali erano invece ambienti più vulnerabili, lì il vaiolo trovava una popolazione immunitariamente sguarnita e si manifestava dunque periodicamente in forma epidemica, colpendo bambini e adulti indistintamente, esaurendosi e lasciando in vita troppe poche persone affinché si costituisse una cosiddetta immunità di gregge. Lo stesso principio lo si può trovare presso le comunità coloniali in Nord America. Anche qui il vaiolo non si insediò mai in forma stabile, poiché gli aggregati dei coloni erano troppo poco numerosi affinché il virus, dopo una manifestazione epidemica, potesse continuare a circolare in forma endemica fra la popolazione. Ed è proprio per provare a tutelarsi da simili epidemie che nei porti nord americani si fece ampio utilizzo della quarantena per le navi che arrivavano dalla madrepatria e non solo.

Ma torniamo alle campagne inglesi. Qui un'epidemia di vaiolo poteva diventare un disastro sociale, portandosi con sé buona parte della popolazione produttiva e distruggendo così intere comunità. Il rischio più grande che un giovane adulto delle campagne correva emigrando in città o spostandosi per lavorare e commerciare era proprio quello di contrarre il vaiolo, diffonderlo nella sua comunità e morirne.

Gli anni '40 del '700 furono il momento in cui lo Stato britannico decise di agire in prima persona di fronte a simili sciagure. Non lo fece per spirito di carità, ma per necessità economiche impellenti. La circolazione della malattia andava arrestata e le campagne erano un acceleratore notevole della sua diffusione. La falciatura della popolazione rischiava di essere un ostacolo decisivo ai cicli produttivi del nascente capitalismo industriale, così pure gli approvvigionamenti delle città in espansione che le campagne garantivano non potevano vivere nell'incertezza delle epidemie.

Spogliata la pratica della variolizzazione di tutti i suoi orpelli rituali e sociali se ne fa una tecnica, oggetto di discussioni accademiche e di una promozione su scala di massa a iniziativa dello Stato. Come visto, la variolizzazione era altrove una pratica individualizzata e, anche laddove risultava più diffusa, non aveva come intento una profilassi generalizzata. Non era interesse, né era nelle possibilità di alcuna istituzione tradizionale riuscire in un'azione del genere. Attraverso quella che può definirsi una proto-iniziativa di pubblica sanità, lo Stato inizia a definire l'oggetto di interesse di una forma di potere nuova, la popolazione tutta e i suoi corpi, intraprendendo un'azione a tutti gli effetti biopolitica, i cui obiettivi sono adeguare la popolazione a un ambiente e alle esigenze produttive che imponeva. La popolazione dev'essere sana, anzi biologicamente adeguata è forse più cor-

retto a dirsi, affinché sia potenzialmente produttiva nella filiera di accumulazione del valore, dalle campagne, alle manifatture, alle industrie.

Non è un caso che i primi contesti in cui le tecniche di profilassi divennero obbligatorie furono gli eserciti. Nel 1776-77 Washington decise di variolizzare l'esercito continentale. Nel 1805 Napoleone prese la stessa decisione per le sue truppe, anche se al posto della variolizzazione si servì dell'ormai nota vaccinazione. Erano entrambi perfettamente consapevoli di come certe malattie potessero compromettere intere campagne militari. Washington sapeva bene che l'esercito americano era, per i motivi sopra accennati, più vulnerabile al vaiolo di quello britannico. Napoleone invece aveva già sperimentato in Egitto fra il 1798 e il 1801 a cura di peste e dissenteria quanto i parassiti potessero essere deleteri per le aspirazioni militari. Storicamente questo è forse il primo passaggio di un'applicazione sanitaria obbligatoria di massa. Ma non rimarrà a lungo un fatto isolato. In ogni caso permette di cogliere l'essenza di simili pratiche di immunizzazione di massa che fanno il paio con quanto detto per le campagne inglesi.

In questo momento storico nel passaggio da una tecnica all'altra, più che la tecnica in sé è ancora chi la controlla che ne determina la natura. La variolizzazione per circa mezzo secolo diventa una tecnica diffusa e a tutti gli effetti inserita fra gli strumenti della medicina scientifica occidentale. Non è liberamente esercitabile, chi la pratica deve essere formato e abilitato, nascono dispute accademiche su come sia ottimale realizzarla e progressivamente è resa una tecnica nel senso puro del termine, avente per fine la massima efficienza strumentale e per questo spogliata da ogni suo tratto estetico, morale e spirituale, oggetto su cui l'unica comunità pertinente è quella scientifica.

Il processo di tecnicizzazione della pratica inoculatoria si avvia, ma non senza intoppi. Nella praticità delle cose, per strumenti e saperi da impiegarsi, variolizzare era un qualcosa di potenzialmente ben accessibile ancora a molte persone. Nelle campagne e non solo infatti circolavano un buon numero di abusivi, che ci parlano di una pratica che in certe zone, Italia inclusa, si manteneva popolare, operata da figure, come i preti ad esempio, senza licenze o riconoscimenti ufficiali. Dopo tutto non c'è da stupirsi, questa ambiguità fra abusivismo e professionismo è stata per secoli, soprattutto nelle campagne, una dimensione tipica di tanti aspetti della pratica medica.

Vaccino

Nel 1797 Edward Jenner inventa il primo vaccino. Jenner si inserisce in un filone di ricerca al tempo già ampiamente battuto inerente il vaiolo bovino (*variola vaccinae*). Egli dimostrerà scientificamente che l'infezione da quest'ultimo proteggeva dal virus del vaiolo umano in base al principio dell'immunità crociata⁸. La vaccinazione jenneriana non è altro che inoculazione di vaiolo bovino per immunizzare da quello umano, con modalità simili alla tradizionale variolizzazione mediante scarificazione già praticata in Europa.

Da qui innanzi il vaccino si diffonde. Le prime campagne di sanità pubblica della storia saranno legate proprio alla sua promozione. Queste operazioni inoculatorie avevano tutti i limiti della conservazione e del trasporto del materiale vaccinale, tanto che in buona parte venivano effettuate “da braccio a braccio”, producendo catene infettive che portavano il materiale vaccino da un soggetto all'altro. Che queste modalità, sebbene fossero le più rapide e diffuse, potessero produrre infezioni generalizzate da altri patogeni, come la sifilide, l'erisipela o l'epatite B, fu un dato di cui ci si accorse solo successivamente. La valutazione costi-benefici propendeva per l'impiego massiccio nonostante i dubbi.

Al di là delle tecniche vaccinali, che di qui in avanti andarono progredendo, quel che interessa è il passaggio alla loro obbligatorietà. Nel Regno Unito con i Vaccination Act del 1840, '41 e '53 la vaccinazione diventa dapprima universale, poi libera, gratuita e infine obbligatoria. Con quelli del 1867 e '71 i genitori divennero oggetto di sanzione amministrativa e poi penale nel caso non sottoponessero i figli alla vaccinazione. Le leggi di imposizione vaccinale si diffusero in tutta Europa nel XIX sec. Parallelamente a questo, come si è visto per l'India, la variolizzazione venne bandita e tacciata, al di là del suo impiego passato, di superstizione.

Esattamente come in India si assiste a molteplici momenti di opposizione. Dalle campagne delle Anti-Vaccination Societies inglesi, a delle vere e proprie rivolte, non solo in Gran Bretagna. Senza entrare nel merito delle forme che prese l'opposizione, va rilevato come essa si manifestò soprattutto nel momento in cui un'autorità, verso cui si diffidava e che già imponeva condizioni ambientali e lavorative insalubri, si proponesse di rendere obbligatoria una tecnica innovativa a sostegno di una salute da sempre mi-

⁸ Egli sviluppò la constatazione diffusa del fatto che chi lavorava nell'allevamento bovino non contraeva il vaiolo. I due virus appartengono infatti alla stessa famiglia dei poxvirus.

sconosciuta. Oltre la tecnica in sé era chi la proponeva che creava diffidenza. Non è dunque incomprensibile come in India l'opposizione si indirizzò sia verso la vaccinazione laddove la variolizzazione era diffusa, sia verso la variolizzazione stessa, laddove invece furono i britannici a proporla alle popolazioni che non la conoscevano. Sempre a tal proposito il caso della "Montreal Vaccine Riot" è davvero emblematico. La popolazione francofona che viveva nei suburbi più poveri, affollati e malsani della città, fu il principale oggetto dell'epidemia di vaiolo scoppiata nel marzo 1885. Le autorità civili si premurarono di allontanare con la forza dalle proprie case le persone destinate all'isolamento sanitario, che a causa del sovraffollamento risultava inapplicabile. La vaccinazione, nei mesi precedenti sospesa a causa di un'epidemia di erisipela che aveva contribuito a scatenare, venne resa obbligatoria⁹. Il 28 settembre la rabbia montante scoppia in rivolta. Vengono distrutte le farmacie che vendevano i vaccini, assaltato il commissariato locale della polizia e si incede poi nella distruzione di numerose altre proprietà¹⁰. Che altro aspettarsi dopo tutto? La questione della salute e del ricatto di classe sempre vanno in parallelo, proprio perché l'obiettivo dello Stato non è quello di eliminare le contraddizioni generate dallo sfruttamento e le sue nocive conseguenze, ma di gestirle tecnicamente, ammansendone gli effetti.

La salute non può essere il risultato di un processo di compensazione di nocività, in cui l'obiettivo è adeguare l'individuo a un mondo profittevole, razionale e insalubre. Ogni trionfo della Tecnica ha infatti non tanto la salute come suo maggior successo, ma che gli sfruttati si ammalinino delle malattie giuste ed entro giuste soglie, che i loro malanni siano gestibili dalla macchina sanitaria e compatibili con quella produttiva. La forte limitazione delle malattie infettive ottenuta da vaccini ed antibiotici non porta di necessità ad un mondo più sano. Essa ha semmai aperto le porte ad una realtà dove la cronicità e i "mali del benessere" la fanno da padroni: a vecchi mali se ne sostituiscono di nuovi, più sopportabili forse, ma soprattutto più in linea con le esigenze di chi comanda. Il successo del capitale è stato

9 Per non cadere nella classica immagine del popolo arrabbiato, ignorante e manipolato, si consideri che al momento dei fatti la stessa comunità scientifica ben poco sapeva di come funzionassero davvero questi preparati, del perché si verificassero alcuni effetti collaterali, tra cui le infezioni citate, o come mai a volte non funzionassero affatto. Anche questa dimensione, in tutta la sua problematicità, è un elemento di ragionamento profondamente attuale.

10 A Milwaukee, USA, nel 1894 in conseguenza di eventi pressoché identici si verificarono fatti simili, così come nelle campagne indiane durante le vaccinazioni britanniche.

quello di aver selezionato malattie compatibili con il suo ciclo di accumulazione e di averlo fatto proprio grazie alla Tecnica.

La tecnica della vaccinazione jenneriana aprì un campo di studi innovativo per la scienza moderna, cui si aggiunsero le innovazioni teoriche di Pasteur sulla natura batterica delle malattie. Da qui in avanti la tecnica si aliena e il suo controllo va riservandosi a una nicchia sempre più ristretta di esperti e amministratori.

Il passaggio da una pratica come la variolizzazione alla tecnica della vaccinazione è un momento storico che evidenzia delle dinamiche politiche ricorrenti ogniqualvolta una nuova innovazione tecnologica ci piomba addosso, pretendendo di risolvere un problema che lo stesso sviluppo industriale ha contribuito a generare. L'attuale pandemia, le risposte messe in campo dagli Stati e gli obiettivi che perseguono non sono che una loro riaffermazione.

Se in un primo momento, di fronte ad epidemie fuori controllo gli Stati ricorsero alla messa a regime dei saperi popolari, come avvenuto per la variolizzazione, in un secondo momento, quando soluzioni tecniche più efficaci diventano disponibili le vecchie pratiche vengono messe al bando. La vaccinazione oltre agli indubbi vantaggi pratici inerenti la minor mortalità e l'assenza di contagio a seguito dell'inoculazione, dava una possibilità di controllo maggiore, perché il metodo scientifico e i suoi strumenti non sono alla portata di chiunque. I preparati, dapprima rozzi, poi sempre più elaborati, erano direttamente nelle mani delle agenzie statali, dei medici e delle aziende produttrici, non erano più liberamente accessibili alla popolazione, che anche volendo far da sé non avrebbe potuto. Il sapere popolare è espropriato, delegittimato e infine sostituito con un sapere alienato, assolutamente inaccessibile alle persone su cui poi verrà applicato, anche a mezzo imposizione.

Come detto la domanda da farsi è: chi controlla una certa tecnica? A cui segue però adesso: una certa tecnica da chi è controllabile? Se nel caso della variolizzazione di Stato e delle prime campagne vaccinali il controllo era determinato burocraticamente dalla volontà dell'istituzione, nel caso ad esempio degli odierni vaccini geneticamente ingegnerizzati ciò non è più nemmeno necessario. La parcellizzazione e specializzazione del sapere di cui sono espressione sono la base stessa dell'inaccessibilità per gli individui che vi si sottoporranno. La Tecnica diventa così uno smisurato strumento di potere nelle mani dei pochi che hanno le risorse per controllarla.

La domanda da farsi di fronte al progredire della Tecnica e a quella che si suol chiamare innovazione tecnologica, prima di valutarne i benefici immediati, è: è possibile autogestirla? Una comunità di persone libere ed eguali sarebbe in grado di garantire la sua produzione, conservazione, gestione, smaltimento in modo autonomo e sulla base di criteri da lei scelti, escludendo che nella filiera in questione esistano momenti di sfruttamento e alienazione? Per gli attuali vaccini pare evidente, visti i finanziamenti messi in campo per il loro sviluppo, i laboratori da cui escono fuori e gli stabilimenti in cui sono materialmente prodotti, che la risposta sia negativa.

Le possibilità di autogestione sono uno –non l’unico– dei principi su cui determinare il rapporto con gli strumenti che impieghiamo. Se questa possibilità non si dà essi si alieneranno e saranno loro a determinare noi, piuttosto che il contrario. Nessun valore socialmente condiviso sarà infatti in grado di determinarne gli obiettivi, ma saranno loro e la logica tecnica di cui sono espressione a decidere ciò che è bene e ciò che è male.

Non si tratta assolutamente di recuperare strumenti d’una volta per risolvere dei problemi attuali, per cui per altro non sono stati affatto pensati. Non è possibile trasporre ad altre malattie il caso del vaiolo, con le sue specificità, e si badi bene ad affrontare con inferenze azzardate e semplificanti problemi assai complessi come quelli dei patogeni. Così pure non si tratta di cercare uno spirito necessariamente sano nei rapporti, comunque preservatori di poteri ineguali e gerarchici, delle società tradizionali. Né si tratta di coerenza e di pretendere da chicchessia la rinuncia a qualcosa di nocivo sì, ma da cui questo mondo ha reso terribilmente dipendenti. Si tratta semmai di individuare, nelle modalità con cui sono stati affrontati certi “flagelli”, alcuni elementi utili ed enucleabili per immaginare soluzioni a problemi impellenti dei nostri giorni, per provare a rispondere alla domanda principale che questi tempi ci impongono: di fronte a ciò che sta accadendo come fare senza Stato?

Si tratta di immaginare un mondo diverso che, partendo dalle macerie di quello che avremo auspicabilmente distrutto, andrà costruito.

BIBLIOGRAFIA:

Apffell Marglin: *Smallpox in Two System of Knowledge*, 1987.

Berman: *When antivaccine sentiment turned violent: the Montreal Vaccine Riot of 1885*, 2021.

Brimnes: *Variolation, Vaccination and Popular Resistance in Early Colonial South India*, 2004.

Carmichael, Silverstein: *Smallpox in Europe*, 1987.

Farolfi: *Facinorosi pontifici*, 2015.

Fenner et al.: *Smallpox and Its Eradication*, 1988.

Fenner: *Smallpox: Emergence, Global Spread, and Eradication*, 1993.

Ferrari: *Religion, Devotion and Medicine in North India*, 2015.

Gonzalez et al.: *Pathocenosis: A Holistic Approach to Disease Ecology*, 2010.

Li et al.: *On the origin of smallpox*, 2007.

McNeil: *Plagues and Peoples*, 1976.

Sherman: *The Power of Plagues*, 2017.



