

Sulla gestione culturale della pandemia da Covid 19 Una introduzione

Antonio Luigi Palmisano - Stefano Boni - Osvaldo Costantini

On the cultural management of the COVID-19 pandemic. An introduction

Abstract

This introduction to the ethnographic studies comprising this special issue has two main objectives. On the one hand, it provides a clarification of the conceptual tools (the distinction between a pandemic and a syndemic); a contextualisation of the structural conditions (the underfunding of the healthcare sector in Italy); and a critical perspective (pandemic management is not regarded as a neutral act but as revealing the prevailing political and economic logics). On the other hand, it highlights the common threads running through the ethnographic studies comprising this special issue: a grassroots perspective on pandemic management from the peripheries; epistemological divergences regarding notions of illness and care; a focus on the gap between the institutional representation of events and the lived experiences of individuals and communities; a critique of how the measures adopted have, in certain cases, exacerbated the precariousness of vulnerable groups; community strategies for sharing risk internally and closing off from the outside world; the search for self-managed ‘natural’ or ‘traditional’ therapeutic solutions.

Keywords: pandemic, syndemic, Covid-19, medical anthropology, political anthropology

La diffusione del virus e la fase storico-politica. Un inquadramento generale

Si è spesso parlato di “sindemia”, un termine con il quale si vuole indicare che la diffusione di un virus, dunque il piano “biologico”, non sia l’unica causa che influenza una prognosi delle malattie infettive, comportando dunque una presa in esame delle variabili sociali. Già nei primi mesi “pandemici” del 2020, la celebre rivista medica *The Lancet* ospitava un articolo di Richard Horton concentrato su tale definizione di «sindemia» (Horton 2020). Per essere più netti, la pericolosità del virus Covid 19 è da considerare non solo nelle sue effettività biologiche, ma nell’intreccio con la situazione sociale in cui queste si sono diffuse. Sarebbe banale – ma non per questo errato – affermare che l’aggregazione sociale di tipo urbano e la centralità del

lavoro nel modo di produzione capitalistico comportano un contatto sociale prolungato di grosse masse di persone (pensiamo ai mezzi pubblici, ai luoghi di lavoro, ai luoghi della socialità)¹. Il punto “sociale” richiama e rimanda (anche) la necessità di un’analisi del Covid 19 che tenga conto del momento storico, dello stato e dei rapporti delle forze produttive all’interno del modo di produzione capitalistico: le società in cui è arrivato il virus avevano, oltre alle caratteristiche sopra elencate, un assetto di sanità pubblica molto indebolito rispetto ai decenni passati (cfr. Bodini e Quaranta 2021). L’esempio dell’Italia è in questo paradigmatico. All’inizio degli anni Novanta, gli attacchi al welfare – all’interno di quel più generale processo neoliberista che Harvey ha sintetizzato anzitutto come «restaurazione del potere di classe» (Harvey 2003)² – producono una prima disarticolazione dell’apparato centrale del Servizio Sanitario Nazionale approvato nel 1978 (legge 833/1978), soprattutto sulla base delle spinte del ciclo di lotte operaie 1964-1977³. L’introduzione di una logica manageriale si propone già nella trasformazione della Unità Sanitaria Locale (USL) in Azienda Sanitaria Locale (ASL), dicitura tutt’ora ufficiale. Ad essa si accompagna una progressiva “regionalizzazione” della Sanità: nel 1999, con la cosiddetta “Riforma ter”, si assegna alle regioni il compito dell’amministrazione della Sanità Pubblica. Ma il processo non fornisce né i risultati sperati né quelli annunciati. Nel 2008 l’Organizzazione Mondiale della Sanità classificava ancora il Servizio Sanitario Italiano (SSN) come il secondo al mondo per efficienza ed estensione (il primo era quello francese), con un impiego di 1,4 milioni di persone nel settore (il 6% della forza lavoro occupata) (Ministero della Salute 2008). L’11% del Pil (149 miliardi di Euro) era legato alla filiera della sanità, e i servizi sanitari contribuivano per un 7,1% alla formazione di ricchezza nazionale. In realtà tali dati mostravano la capacità di produzione di valore del SSN e non la sua tenuta, ma soprattutto sono gli ultimi disponibili prima di una fase finale di ristrutturazione al ribasso del sistema sanitario. Nel 2020, l’esplosione della cosiddetta sindemia legata alla diffusione del virus Covid 19 ha mostrato le conseguenze delle riduzioni di investimenti nei decenni precedenti. Un sistema sanitario con poche risorse ha spinto all’adozione delle misure tra le più restrittive ed autoritarie nei paesi occidentali per potere reggere l’impatto del virus. Sindemia vuol dire esattamente questo: la pericolosità del virus non è

¹ Sull’attenzione al mondo del lavoro durante il covid, si veda il caso marocchino narrato da Eugenio Zito (2023)

² Alla visione basica di Harvey, si possono aggiungere le preziose riflessioni sul neoliberismo come «razionalità» e la crisi come modo di *governance* neoliberale, dei sociologi francesi Dardot e Laval (2013). Non per questo, tuttavia, la sintesi di Harvey è errata: i dati economici mostrano chiaramente una redistribuzione delle risorse economiche “verso l’alto” e l’accentramento delle ricchezze in poche mani.

³ Nella tradizione dei movimenti operai italiani prevale la visione della sanità come “salario indiretto”, sulla base di una impostazione fondamentalmente marxista. Sulla base di questa visione, la battaglia per la sanità pubblica è interna alla lotta di classe, in quanto le cure rientrano nella riproduzione della forza lavoro: maggiore è la quota non pagata del lavoro socialmente necessario alla riproduzione della manodopera, maggiore è il plusvalore assoluto di cui si appropria il capitalista.

misurabile nel suo dato biologico, ma nella sua realtà “politica”: una popolazione invecchiata, con molte comorbilità, e un sistema sanitario debilitato da trent’anni di tagli non è in grado di reggere il virus.

Nel periodo 2010-2019 vi è stato un definanziamento complessivo di 37 miliardi di Euro, secondo uno studio della Fondazione Gimbe che tiene conto anche dei processi inflazionistici⁴. Sulla base dei dati resi disponibili dagli annuari statistici del Servizio Sanitario Nazionale (disponibili online sulla pagina del ministero della Salute), tra il 1978 e il 2018, con una accelerazione post 2010, si sarebbero perse 46mila unità di personale, di cui 8mila medici e 13mila infermieri. Inoltre, dei 164mila.000 posti letto complessivi disponibili nel 2022, sarebbero il 30% in meno del 1980, e i dati ISTAT nel 2021 stimano un deficit di personale di un milione e mezzo di unità⁵. Il famoso DEF (Documento di Economia e Finanza) del 2019 aveva previsto la riduzione per gli anni a venire del rapporto tra PIL e Spesa Sanitaria dal 6,6% al 6,4% entro il 2022, facendo dell’Italia uno dei paesi a minore spesa sanitaria tra quelli a capitalismo avanzato, a fronte di una richiesta di cura alta dovuta all’invecchiamento della popolazione, e con una privatizzazione del settore molto avanzata: in alcune regioni, come ad esempio la Lombardia, circa un terzo degli investimenti pubblici finanzia le cliniche private (Fumagalli 2020). Per questa ragione, come nota giustamente Gennaro Imbriano, la stessa estensione della pratica vaccinale come unica risposta alla crisi finisce per accettare precisamente il terreno emergenziale imposto dal governo capitalistico della pandemia, poiché «non interroga i presupposti mercantilistici che hanno prodotto la crisi e accetta l’egemonia del mercato (anche nella produzione e nella distribuzione dei vaccini) come dato insindacabile» (Imbriano 2023, p. 10).

Non è solo l’aspetto del definanziamento della sanità a rappresentare la caratterizzazione specifica della fase storica in cui insiste quella che abbiamo imparato a conoscere come “la pandemia”. La crisi sistemica permanente ha dato vita ad una particolare forma di governo delle risorse e delle popolazioni che fa riferimento ad una “tecnica” presunta come neutrale (che ritroviamo nei famosi “governi tecnici” e nei comitati “tecnico-scientifici”) che nega la caratterizzazione politico-ideologica dei suoi interventi, spesso drasticamente a favore del peggioramento delle condizioni di vita della maggioranza della popolazione. La crisi specifica di accumulazione – iniziata negli anni Settanta – determinata da un distacco dai processi reali di produzione di valore (processi reali nel senso del lavoro come produttore di plusvalore), ha favorito una chiusura nelle sfere economiche finanziarie e/o a basso valore aggiunto – di cui la monocultura turistica è forse l’esempio più eclatante – comportando una trasformazione degli stessi assetti delle società liberal-

⁴ Vedi <https://www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/definanziamento-ssn-2010-2019.it-IT.html>

⁵ Ribaltando la percentuale, dunque, si sono persi 70.285 (elaborazione di Osvaldo Costantini su dati Oms 2022).

democratiche occidentali. Per certi aspetti, e volendo forzare su un lessico marxista, la fase neo-liberale rappresenta il passaggio a livello macroscopico e societale dalla sussunzione formale alla sussunzione reale in cui l'interezza della riproduzione sociale e della vita sono asserviti alle logiche capitalistiche mediante l'inserimento del vitale nella sfera dell'estrattivismo (Andersson 2014). Da questo punto di vista, la proposizione del meccanismo vaccinale come unica via di uscita non solo non mette in discussione i presupposti mercantili che hanno prodotto politicamente la crisi – come affermato poco più sopra – ma costituiscono l'evidenza di una gestione della sindemia che, a sua volta, ha favorito meccanismi di accumulazione privata che hanno visto una colonizzazione degli stessi corpi alle logiche mercantili: dalle vendite dei vaccini dalle multinazionali alle istituzioni occidentali fino agli enormi profitti da quella che in maniera semiseria possiamo definire “little pharma”, ovvero tutto il settore privato sintetizzabile soprattutto nelle farmacie che tra tamponi, test, mascherine, guantini ha improvvisamente creato – almeno per tre anni – un nuovo settore di mercato ad altissimi profitti. Ovviamente, nessuno sostiene l'inutilità di tali dispositivi, ma, come ogni decisione nasconde dietro la tecnica e la “naturalità” i suoi meccanismi di riproduzione del potere: tali dispositivi, vista l'emergenza potevano essere messi a disposizione gratuitamente o al costo di produzione. Da diverse parti si è infatti sottolineato come la pandemia avesse favorito l'acuirsi delle disuguaglianze e avesse favorito accumulazioni private nella direzione dell'accentramento in pochi poli: ne è un esempio, ovviamente, il quantitativo di profitti che le principali case farmaceutiche hanno prodotto non solo dalla privatizzazione dei brevetti, ma anche dall'acquisto europeo di vaccini molto al di sopra del fabbisogno pubblico: circa 10 dosi a testa⁶.

In realtà, come sostenuto da vari autori, l'intero meccanismo sindemico non è stato esente da una riproduzione materiale ed ideologica del modo di produzione capitalistico: come ha notato sin da subito Costantini (2020), la socialità ritenuta pericolosa era quella del tempo libero (i parchi, i ristoranti) mentre il tempo di produzione era garantito: il coprifuoco selezionato nell'orario di uscita dalla maggior parte dei luoghi lavorativi, la possibilità di aggregarsi a frotte nei mezzi pubblici se lo scopo era non fermare la produzione, mentre era impossibile l'aggregazione seppur all'aperto nel tempo libero. Si poteva lavorare, ma scioperi e manifestazioni erano vietati in nome della “sicurezza”. Tali meccanismi hanno come significato simbolico il primato e l'indiscutibilità della produzione, creando delle logiche classificatorie sullo stile del puro e dell'impuro, dove tutto ciò che era impuro, vietato, pericoloso, era ciò che esulava dagli interessi del profitto privato (cfr. anche Costantini 2022). Il punto più evidente di questo assetto è stata l'introduzione del Green Pass che, da un lato deresponsabilizzava i datori di lavoro e forniva loro uno strumento in più di

⁶ Per le conseguenze invece in termini di conseguenze strutturali e macroeconomiche si vedano i lavori di Leonardo Bargigli dell'università di Firenze, in particolare: <https://sbilanciamoci.info/inflazione-e-pandemia-usa-e-ue-a-confronto/>

attacco al mondo del lavoro, dall'altro trasformava, nel senso dell'autoritarismo neoliberale, i rapporti tra Stato e cittadinanza mediante la tecnica della indiscutibile imposizione e della trasposizione dei diritti inalienabili nel campo di ciò che invece deve essere meritato dal "buon cittadino" (cfr. Consigliere 2022, Costantini 2022, Fassin 2019). La sindemia legata al Covid 19 può essere studiata sotto vari punti di vista, ma ciò che deve rimanere al centro è una sua analisi nel classico esercizio antropologico di vedere il mondo in un granello di sabbia (Kilani 2002). Come sottolineato da Wahlberg, Burke e Manderson (2021, p. 2) nella loro introduzione a *Viral loads*,

«Come gli autori di questo volume dimostrano, la pandemia Covid 19 ha appesantito ulteriormente le disuguaglianze socio-economiche, le discriminazioni razziali e accessi differenziati alle cure mediche, esacerbando quello che chiamiamo una vivibilità stratificata. Temporalità esigenti hanno messo a nudo e amplificato lo svantaggio. Tali riverberi sul rischio, controllo, contenimento e cura della malattia invitano ad antropologie dell'urgenza».

Nella gestione capitalistica della crisi si sono viste tutte le tendenze, materiali, economiche, ideologiche e sociali in atto nella società neoliberale, ivi compresa una tendenza ad una militarizzazione della società⁷ i cui effetti stiamo vedendo ora che la guerra è arrivata nella sua bellicosa realtà: il periodo sindemico ha accelerato l'uso di un linguaggio militare (le trincee, la guerra al virus, gli eroi, la logica amico/nemico) e di una serie di dinamiche di militarizzazione degli spazi (il coprifuoco, i checkpoint, i permessi per uscire, l'inno cantato dal balcone) che avrebbero poi caratterizzato – almeno in Italia – l'accelerazione delle dinamiche securitarie mirate alla prevenzione del conflitto sociale possibile (cfr. Barrucci 2023, Costantini 2022). Se, infatti, volendo concludere parzialmente il ragionamento qui in atto, la sindemia ha manifestato i tratti della sperimentazione sociale, questo è stato nel governo del (sempre maggiore dissenso) rispetto a quello che viene mosso dalle classi dirigenti/dominanti in termini di progetto generale: dopo la pandemia, il peggioramento dell'economia per l'entrata in una sostanziale economia di guerra, il genocidio della popolazione palestinese, l'ulteriore aumento delle spese militari a scapito delle spese sociali, hanno visto fiorire forme di repressione inedita e preventiva, per certi versi proveniente dalla "palestra sindemica": la categoria di "antisemita" attribuita a chiunque esprimesse una qualche forma di critica ai crimini israeliani – così come "putiniani" erano tutti e tutte coloro che mettevano in discussione la narrazione totalizzante della Russia come unico aggressore – fino ai decreti sicurezza in Italia che inaspriscono le pene per manifestazioni non autorizzate, blocchi stradali, occupazioni di immobili, accompagnate dall'istituzione di "zone

⁷ Per un confronto con altri contesti sui temi della militarizzazione, si veda *Militarising the pandemic: lockdown in South Africa* di Lenore Manderson and Susan Levine (2021)

rosse” all’interno delle città sottoposte a sorveglianza speciale e in cui non possono transitare coloro che hanno precedenti. L’elenco di recenti misure “belliche” che mostrano una stessa “aria di famiglia” con la gestione pandemica del dissenso, potrebbe essere infinito. Per queste ragioni, e non per uno specialismo accademico ormai fine a se stesso, ciò che si è elaborato nei margini, nelle zone di dissenso, connesso alla specifica fase storica del modo di produzione capitalistico, deve essere studiato, analizzato e decostruito da una antropologia che voglia essere «responsabile» (Lanternari 1974) e dignitosa di fronte alla storia.

All’interno di questa analisi dell’articolazione tra gestione della sindemia, governo del dissenso e regolamentazione del rapporto tra le classi sociali, vi è l’aspetto più classicamente riferibile all’antropologia medica, ovvero comprendere quale definizione di “salute” e “benessere” ha prodotto il meccanismo di gestione della pandemia. Da diverse parti l’antropologia medica ha messo a critica un modello “riduzionista” della biomedicina che vedeva la “salute” come assenza di malattia o di sintomi. Da questa visione erano escluse le caratteristiche di benessere sociale (una casa, ritmi di lavoro sostenibili, l’accesso ad una alimentazione di qualità, ecc.) e psicologico, in una classica separazione mente/corpo. Il periodo pandemico ha riprodotto in parte cospicua tale riduzionismo, arrivando a una definizione di salute completamente incentrata sul non ammalarsi, in una illusione che Stefano Boni ha definito di «schermatura dei corpi» (Boni 2022). Le decisioni prese rispetto ad un contenimento domestico serrato ha completamente tralasciato le conseguenze sociali e psicologiche delle misure di distanziamento: un famoso slogan apparso su uno striscione di un balcone recitava «almeno di testa si può uscire?⁸». La situazione, finita la fase centrale dell’emergenza⁹, ha mostrato il valore di quello slogan sarcastico e improvvisato:

«Un’indagine condotta dal consiglio nazionale ordine psicologi per conto dell’allora Miur (Ministero dell’istruzione, dell’Università e della ricerca) su bambini tra i 5 e i 13 anni e ragazzi tra i 14 e i 19 anni aveva stimato un aumento del 26% della depressione e del 28% di disturbi d’ansia anche in Italia. Restrizioni, dad [didattica a distanza] e incertezza sono stati quel mix che ha prodotto un incremento significativo oltre che di ansia e depressione, anche di ideazione suicidaria e disturbi della condotta alimentare. I dati della società italiana di pediatria hanno mostrato che sono aumentati del 147% gli accessi alle strutture sanitarie per “ideazione suicidaria”, depressione (+115%) e disturbi della condotta alimentare (+78.4%) con un sensibile incremento delle ospedalizzazioni, che hanno sfiorato il 40%, per l’ideazione suicidaria (+134%), depressione (+41,4%) e disturbi della condotta alimentare (+31,4)» (Vighi 2023, p. 89).

⁸ Sul lockdown una prospettiva critica è stata quella di Consigliere e Zavaroni (2025).

⁹ Più che altro sostituita dal conflitto Russia-Ucraina.

Tali dati risultano dunque una spiegazione della necessità avuta in diverse aree del mondo di «negoziare la pandemia», come reciterebbe in italiano la curatela uscita nel 2022 a cura di Ali e Davis-Floyd. Su quella scia si pone questo lavoro che qui presentiamo con l'intento di mostrare la pluralità di dinamiche innescatesi in diversi luoghi al margine che si sono trovati costretti ad affrontare quella che potremmo definire una risposta dal basso ad una gestione calata dall'alto.

Bisogna assumersi la responsabilità di provvedere al compito di riportare la riflessione al di fuori delle accademie, pena l'adeguarsi all'oblio su quel periodo e favorire soltanto una riflessione di tipo estrattivista, che non si pone il problema politico delle questioni che affronta. La necessità, dunque, è di comprendere quel momento rispondendo ad un bisogno più collettivo di cogliere la genealogia e l'accelerazione di alcuni insiemi di pratiche sdoganate dalla gestione pandemica. Tra queste l'uso di una logica e un lessico profondamente militari che ritornano oggi nelle pressanti spinte alla guerra generalizzate (dalla compresenza di diversi conflitti, alla proposta di ritorno alla leva fino ovviamente al programma ReArm Europe e le richieste della NATO di aumentare le spese militari fino al 5% del PIL nazionale) così come la necessità di decifrare le trasformazioni contemporanee in campo medico (tra cui i massicci finanziamenti alla medicina digitale contenuti nel PNRR), tutti basati su una definizione di salute legata al non ammalarsi, a prescindere dalle condizioni di vita che si conducono.

Le ricerche: la pandemia vista dalle periferie

Nella fase pandemica acuta, è stato difficile scrivere della situazione che si stava vivendo, soprattutto quando la riflessione ha implicato necessariamente una entrata in un dibattito rigidamente polarizzato tra “vaccinisti” e “no vax”, per cui qualunque critica alla gestione pandemica veniva reinserita in questa seconda categoria così come ogni ragionamento sulla necessità di misureolgeva nel campo dei primi. La situazione attuale vede invece una proliferazione di scritti accademici (come, del resto, su ogni aspetto della vita umana) nella classica iper-produzione accademica a fini carrieristici. Come spesso accade, tuttavia, questa riflessione rimane di natura “intellettuale”¹⁰ e non entra nel dibattito pubblico, per cui una riflessione politico-pubblica sul Covid continua a mancare¹¹.

¹⁰ Ha ragione Fabio Dei, se interpretiamo bene la sua frase, a dire che «la pandemia editoriale» sul Covid dice più sugli intellettuali che sul fenomeno stesso (Dei 2022).

¹¹ Per la produzione accademica vedi, ad esempio, le due raccolte di saggi emerse immediatamente e “in corsa”: Ali e Davis-Floyd (2022) e Manderson, Burke e Wahlberg (2021) che non disdegnano lo spirito critico, ma che privilegiano una forma editoriale accademica. Ad esse fanno seguito i saggi raccolti nel numero 2023 de la *Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, molto più concentrati sulla situazione nazionale.

La pandemia è dunque un tema particolarmente delicato da trattare perché ha generato divergenze epistemiche importanti, aspri conflitti, ferite emotive, vissuti inediti di terrore e discriminazione, rotture di relazioni consolidate, in Italia come in America Latina. Santullo apre il suo contributo spiegando quanto sia difficile narrare un tema divisivo, in cui le aspettative dell'uditorio si accendono e polarizzano. Questo comporta, da un lato, la difficoltà a mantenere il confronto sulla documentazione empirica e ad assumere pienamente una postura congrua di sospensione del giudizio. Dall'altro le divergenze sull'interpretazione della gestione istituzionale della pandemia spiegano la pressione esercitata sul ricercatore affinché si allinei sulle posizioni desiderate dall'interlocutore, siano esse di difesa o di critica della amministrazione emergenziale. Per ciò che concerne il tema al centro di questo monografico, la politicizzazione dell'etnografia non è tanto il frutto di un posizionamento militante del ricercatore durante la raccolta dei dati quanto il risultato della pubblicizzazione dei risultati; al momento della divulgazione, il ricercatore si trova, di fatto, a dover difendere la propria credibilità in un ambiente fortemente polarizzato dalle aspettative di chi dirige, ascolta o viene rappresentato dalla ricerca, trovandosi inevitabilmente a scontentare le attese delle parti (cfr. Vergnano 2023). Nel caso delle etnografie pandemiche, spesso ricercatori non militanti si trovano a difendere la propria autonomia di indagine da contesti accademici, sociali, istituzionali che li vorrebbero allineati in maniera militante alle proprie posizioni: gli interlocutori incontrati durante la ricerca così come l'ambiente accademico o istituzionale entro cui la ricerca si muove chiedono una narrazione che validi le proprie verità sulla gestione emergenziale (cfr. Boni, Koensler, Rossi 2020). Recentemente Consigliere e Zavaroni (2025) hanno mostrato i lasciti della frattura politica ed epistemica che con il passaggio di un lustro è rimasta sospesa piuttosto che essersi sanata; d'altronde come avrebbe potuto sanarsi visto che è stata obliterata da ciò di cui si parla? La cesura odierna, lascito delle contrapposizioni pandemiche, ci dicono le autrici, è tra i «rimasti» (quelli che ancora non si danno pace per l'accaduto) e i «disvedenti» (quelli che hanno rimosso il periodo pandemico). Le ricerche contenute in questo monografico sono state condotte e scritte all'interno di questo clima polarizzato che incombe tuttora, appena il rimosso torna ad essere ravvivato dalla divulgazione delle ricerche. La distanza temporale di qualche anno che divide la fine del momento emergenziale dalla scrittura dei testi qui contenuti attenua quindi solo in parte il clima più proteso allo schieramento per una parte politica o per l'altra piuttosto che essere orientato all'analisi accademica.

Questo numero monografico è composto da ricerche sul campo di studenti a diversi stadi del loro percorso (laureati della magistrale, dottorandi, post-dottorati). Ogni contributo produce inedita documentazione sebbene l'uso delle tecniche etnografiche sia stata fortemente compromessa dalle restrizioni all'interazione faccia-a-faccia, quello che è stato chiamato dai media egemonici "distanziamento sociale". Alcuni campi di ricerca (ad esempio la ricerca di Santullo sulla esitazione vaccinale)

erano stati aperti prima del periodo pandemico e si sono nutriti dell'aggiornamento che ha permesso e richiesto l'impatto della gestione emergenziale. Le ricerche condotte durante il periodo sindemico [Aresta, Cosma, Quagliariello & Garzonio]¹² si basano sul recupero e valorizzazione delle note di campo e sulla documentazione raccolta prevalentemente online durante l'emergenza; il rapporto con gli interlocutori è stato spesso gestito, necessariamente viste le prescrizioni, per via telematica [Cosma, Fusar Poli & Montesi Altamirano, Quagliariello & Garzonio]. In altri casi la ricerca si è concentrata alla fine del periodo sindemico, quando le restrizioni erano ormai più contenute ed era venuta meno la centralità dell'inibizione nella relazionalità in presenza [De Stefano]. In altri casi ancora, la documentazione è stata raccolta, senza limitazioni, alla conclusione del periodo pandemico: queste indagini si fondano quindi più che sull'osservazione degli eventi da parte dell'etnografo/a, sulle memorie che venivano raccolte ad emergenza ormai conclusa [Romio & Piccoli; Fusar Poli & Montesi Altamirano]. Le specifiche modalità di produzione della documentazione sono cruciali per capire sia il posizionamento del ricercatore che le testimonianze che i lettori leggeranno.

Gli autori di questo numero monografico hanno scelto, come molti altri etnografi, un posizionamento ai margini per cogliere nelle parole di Foucault (1976: 31) «il potere alle sue estremità, nelle sue terminazioni, là dove diventa capillare». Le etnografie che qui presentiamo sono state condotte in o riguardano ambiti periferici. Un primo contesto preso in esame è il mondo migrante in Italia: De Stefano lavora con il Movimento Migranti e Rifugiati presso il centro sociale autogestito *Ex-OPG Je so' pazzo* di Napoli; Cosma illustra la gestione dell'emergenza in un Centro di Accoglienza Straordinaria emiliano. Sparaco e Santullo conducono ricerca nei circuiti (il primo in una provincia Toscana, la seconda nel Lazio) che sono stati etichettati come *no-vax* e sono qui più correttamente presentati come portatori di «controcondotte» [Sparaco] legate alle mobilitazioni contro il Green Pass. Quagliariello & Garzonio ci permettono di addentrarci nei reparti di ostetricia italiani o per essere più precisi nelle pratiche opache di sovversione delle linee guida sanitarie all'interno di quei reparti. Aresta illustra come la sindemia sia stata elaborata e le riflessioni socializzate dal Laboratorio di Antropologia Sociale e Visuale in Puglia. Un ultimo, prezioso, spaccato riguarda le comunità «indigene» latinoamericane rappresentate in questo monografico dai contributi di Romio & Piccoli sull'Amazzonia peruviana e di Fusar Poli & Montesi Altamirano sulla regione di Oaxaca (Messico). In questo monografico, la sindemia più che essere vista negli annunci ufficiali, nelle leggi, nei discorsi egemonici sui media è osservata, attraverso il protagonismo di chi ha sostanzialmente subito le direttive e si è trovato a doversi ritagliare un'*agency* in un contesto a forte coercizione istituzionale.

¹² Usiamo le parentesi quadre per far riferimento - con i nomi degli autori - ai contributi all'interno di questo monografico.

Tale posizionamento decentrato rispetto alla regia pandemica e spesso ostile alle istituzioni, porta all'individuazione di numerosi «verbal segreti» sulla pandemia, ovvero credenze e azioni elaborate dal “basso” nei diversi circuiti che sebbene non si conformino alle direttive centralizzate, tendono a non sfidare apertamente la gestione pandemica ma a dissimulare le pratiche e muoversi nell'ombra (Scott 2006). La pandemia, vista in quest'ottica, è quindi al contempo un fenomeno unitario, frutto di una regia istituzionale, ed un caleidoscopio di reazioni profondamente differenti. La gestione governativa coordinata promuove la narrativa pandemica con le parole calate dall'alto e in parte assorbite dal lessico comune (innanzitutto “pandemia”, ma anche quell'elenco infinito di sigle per indicare le variabili del virus, fino a concetti che sfidano la logica quali “distanziamento sociale”); produce “letture” sostenute e imposte dalle istituzioni (sulla gravità del virus, sugli atteggiamenti “giusti” da tenere, su come classificare i dissenzienti); e afferma la validità di un unico sistema “terapeutico”, quello rigorosamente biomedico (centrato su procedure d'emergenza – la ventilazione forzata – e di salvaguardia – il vaccino).

A questa impalcatura di idee, letture e pratiche emanate dall'alto con una parziale coerenza – come mostrano diversi dei contributi di questo volume le norme siano state estremamente dinamiche e applicate in modo non omogeneo [Quagliariello & Garzonio; Cosma; Romio & Piccoli] – rispondono in modo peculiare i diversi circuiti sociali. C'è la narrazione egemonica sulla pandemia e ci sono quelle che Scott (2025, p. 93; cfr. Cirese 1971) chiama le «piccole tradizioni», «tradizioni vernacolari locali che rappresentano il rifiuto o l'inversione simbolica delle credenze e dei valori centrali delle culture delle élite [e] possono fornire una base culturale ai movimenti di dissenso politico». In questa dialettica tra l'alto e il basso si sgretolano le certezze istituzionali e si generano prassi culturali imprevedibili e ingovernabili, aprendo diversi interrogativi. Che adesione hanno avuto le misure protettive tra la popolazione “da proteggere”? Quali narrazioni e quali misure istituzionali sono risultati convincenti e quali invece hanno generato scetticismo? Quali sono le misure prese “in basso” a volte a ulteriore rafforzamento delle misure amministrative di distanziamento, altre volte in aperto contrasto con queste? Che tipo di socialità faccia-a-faccia si è sviluppata nel periodo in cui venivamo costantemente invitati a relazionarci solo in forma telematica? Quali sono stati i processi terapeutici attivati nelle periferie che partivano da concezioni del corpo e della terapia non biomedici? Che valore terapeutico è stato accordato nelle periferie ad ambiti ritenuti anti-scientifici se non apertamente dannosi dalle istituzioni mediche legittime quali i rimedi “naturali” o “tradizionali” oppure le relazioni comunitarie in presenza? Le politiche pandemiche osservate mediante i loro riflessi periferici permettono di mostrare – come accade quasi sempre quando ci si addentra nell'analisi etnografica – le distanze tra ciò che è annunciato, che dovrebbe succedere, e ciò che effettivamente la gente pensa, crede e agisce (cfr. Vergnano, Cammelli, Consigliere, Costantini, Portelli 2024).

Queste domande rischiano di andare perse nella povertà epistemologica delle indagini statistiche, dominanti anche nell'analisi istituzionale della pandemia; indagini che non riescono a restituire il senso che gli attori hanno dato al loro agire in epoca sindemica e che rischiano quindi di invisibilizzare le reticenze, le resistenze, le resilienze degli aggregati umani nella loro specificità culturale. Il senso attribuito dagli attori alle loro scelte è irriducibile sia a quella che è la visione dall'alto, sia alle analisi statistiche su dati aggregati. In questo numero monografico le sensibilità dei vari circuiti culturali sono invece al centro dei resoconti etnografici e ci permettono – proprio perché partono dalle terminazioni periferiche piuttosto che dalle direttive emanate dal centro – di valutare gli adattamenti locali della dialettica tra politiche pensate su scala globale e resistenze minute. Queste ultime acquistano un senso solo se si riesce a decifrare contestualmente i sistemi di costruzione della credenza su ciò che si ritiene vero e falso; la rilevanza della socialità faccia-a-faccia per la terapia; le difficoltà ma anche le opportunità che si presentano ai gruppi esclusi e discriminati; gli specifici paradigmi medici in termini culturali piuttosto che scientifici.

Sindemia, fase storica e visioni dal basso

Il numero monografico si compone di prospettive etnografiche, necessariamente specifiche e parziali, che però rispondono ad un fenomeno mondiale (la sindemia) e a direttive istituzionali (chiusure, distanziamenti, sospensione di servizi) che sono vissute nei diversi contesti in modo analogo almeno per certi versi. Ne viene fuori un mosaico di antropologie assai variegato culturalmente e geograficamente ma che hanno in comune la reazione a un'esperienza, per molti versi condivisa, sia per la rilevanza dell'impatto sia per il tipo di intervento istituzionale. La caratteristica di questo numero monografico come vuole la tradizione etnografica, è guardare gli eventi tenendo conto delle macro-dinamiche delle politiche sanitarie ma andando ad indagarne e dettagliarne le conseguenze in termini di impatto sociale. Come scrive Cosma:

«la ricerca qualitativa che caratterizza la disciplina antropologica, e che viene restituita attraverso le etnografie, può essere uno strumento utile nel restituire dignità a storie minute e marginali, nonché per demistificare certe narrazioni, stigmatizzazioni o rappresentazione mediatiche egemoniche».

A chi scrive una prefazione, sta il compito di collegare i contributi, mostrare le analogie tra contesti lontani, individuare le connessioni e logiche ricorrenti. In questo caso, il compito è relativamente facile. I contributi ruotano spesso su un tema comune che permette una lettura trasversale: la risposta dal basso alle misure di gestione pandemica. Il volume attualizza una vocazione antica dell'antropologia quella di misurare le grandi narrazioni e le pianificazioni istituzionali con il vissuto e

le visioni di chi è il bersaglio di tali rappresentazioni e misure. Le etnografie, colte nel loro insieme, permettono di osservare dal basso (le partorienti, utenti di servizi sanitari), dai margini (le comunità indigene latinoamericane o i richiedenti asilo in Italia) non tanto la sindemia (ovvero le ripercussioni in termini di malattia e morte del Covid 19) ma della gestione pandemica: ovvero delle politiche sanitarie senza precedenti imposte su scala mondiale tra il 2020 e il 2022. Il quadro che ne esce mostra che per quanto fosse vigoroso il tentativo istituzionale di standardizzare protocolli sanitari, ampi settori della società italiana e latinoamericane hanno mostrato sia un'*agency* propria, spesso associata ad un rinnovamento di legami comunitari, sia il sistematico tentativo di evitare, schivare e sovvertire le misure pandemiche.

I contributi si muovono nello iato tra la rappresentazione degli eventi, e le conseguenti misure restrittive, promosse dalle istituzioni e il vissuto e le strategie di singoli e comunità. Queste spesso leggono la sindemia in modi parzialmente o fortemente divergenti da quello istituzionale, come le letture delle comunità indigene latinoamericane alimentate dalla memoria delle epidemie passate [Romio & Piccoli; Fusar Poli & Montesi Altamirano] o in chi è scettico rispetto all'opportunità di vaccinarsi in Italia [Sparaco; Santullo; cfr. Drażkiewicz 2021.]. Dal basso e dai margini viene ripensata la necessità del distanziamento, sia ignorandolo (come nei gruppi No Green Pass [NoGP]); sia valutando indispensabile l'interazione olistica in certi passaggi, come il parto [Quagliariello & Garzonio]; sia interpretandola come chiusura comunitaria (e non individuale) prolungata oltre le indicazioni istituzionali [Romio & Piccoli; Fusar Poli & Montesi Altamirano]. La distanza tra ciò che è promosso dall'alto e ciò che viene fatto in basso, in contesti che si sottraggono al controllo, segna tutti i contributi al volume (cfr. Ananda e Ali 2022).

I saggi di Cosma e De Stefano mostrano come in due contesti, uno emiliano e l'altro campano, il mondo migrante, sia quello in attesa di regolarizzazione sia quello attivo nei movimenti sociali, siano stati ulteriormente penalizzati dalla gestione pandemica. La premessa, facilmente immaginabile ma comunque rilevante da un punto di vista antropologico, è che, come scrive Cosma: «non è stato tenuto conto della diversità di scelta terapeutica e del fatto che la medicina e le cure occidentali sono solo una parte, una visione, una modalità, rispetto alla restante parte di mondo». Il Sistema Sanitario Nazionale si mostra, in tempi pandemici, ancora meno inclusivo. Procedure burocratiche già farraginose, lente e incerte si inceppano lasciando categorie vulnerabili con assurde complicazioni nel far avanzare gli iter amministrativi, ottenere i documenti che permettono l'assistenza sanitaria o di accedere legalmente al lavoro. C'è un che di paradossale in misure di sicurezza pandemica che ledono proprio l'accesso ai servizi sanitari per gli stranieri, lasciandoli senza possibilità di cura a causa di molteplici complicazioni minute ma irrisolvibili. Risulta quindi comprensibile lo scetticismo e la rabbia di settori del mondo migrante, ben descritte anche da De Stefano, contro le misure di contenimento pandemico e in molti casi il tentativo di sottrarsi alle direttive governative.

Sempre con riferimento all'Italia, il volume contiene riflessioni sull'impatto della sindemia sul Laboratorio di Antropologia Sociale e Visuale e sulle cure legate alla gravidanza e al parto. Il Laboratorio, ci spiega Aresta in un racconto delle dinamiche che investono il gruppo di cui fa parte, decide di assumere un ruolo attivo nel decifrare – per sé stesso e per la cittadinanza - il rischio producendo un testo; questo approfondisce e discute varie interpretazioni della dimensione sociale e culturale con cui si possono leggere le dinamiche sindemiche e porta tali riflessioni nel tessuto sociale attraverso presentazioni che contribuiscono ad approfondire e generare consapevolezza. Quagliariello & Garzonio, invece, ci permettono di immergerci nella dialettica tra protocolli ospedalieri pandemici legati al parto e tentativi di sabotarli o evitarli da parte delle ostetriche e delle partorienti. In entrambi i casi c'è un apprezzamento dei protagonismi dal basso piuttosto che un mero allineamento legato alla posizione istituzionale; la metodologia e la genealogia teorica della disciplina consente ed impone la ricerca di un senso della possibilità creativa rispetto, in un caso, al pensare le dinamiche sindemiche oltre quella che è stata la narrativa egemonica e, nell'altro, all'agire oltre le rigidità delle direttive ospedaliere (cfr. Graeber 2007). L'etnografia in questo volume ripropone il suo compito più classico ovvero la necessità di ascoltare, descrivere e comprendere il punto di vista di quei soggetti individuali e collettivi il cui scetticismo e rabbia nei confronti delle pratiche e delle enunciazioni ufficiali rischia di rimanere altrimenti ingabbiato in una nebbia di facili pregiudizi e totale incomprendimento.

Santullo e Sparaco ci portano all'interno della galassia dello scetticismo vaccinale in Italia, rispettivamente nel Lazio e in Toscana, e delle sue ripercussioni epistemologiche e sociali. La lettura del mondo degli oppositori alle politiche pandemiche viene esaminata, coerentemente con la metodologia etnografica, nella sua dimensione olistica e rifuggendo la tentazione di far precedere il giudizio all'analisi della documentazione empirica. Ne emerge un quadro complesso in cui le irriducibili divergenze di visione medica vengono spiegate in relazione ad una contrapposizione sulla produzione della verità (critica agli intellettuali e allo scientismo, apertura verso quelle che sono definite "teorie del complotto" ma anche verso epistemologie terapeutiche olistiche). In tali contesti si è scettici sulla possibilità del sistema politico di produrre i cambiamenti desiderati; ne risulta la sensazione di essere di fronte ad una svolta autoritaria con caratteri distopici in cui viene messa in discussione perfino la sovranità del singolo sul proprio corpo. La risposta pratica riflette la radicalizzazione delle divergenze ideologiche: la sovversione nelle interpretazioni si riflette nella generazione di rifugi protetti caratterizzati da contenuti alternativi e da gestioni autonome in ambito terapeutico, scolastico ed alimentare. Oltre alla documentazione empirica puntuale, questi contributi ci permettono di ragionare sulla trasformazione dei temi e della composizione sociale della politica dal basso in Italia oggi di fronte ad un progressivo e drammatico senso di alienazione e precarizzazione del ceto medio (cfr. Boni 2023).

Se le dinamiche in Italia hanno un carattere comparativo perché affrontano lo stesso movimento o settore sociale in regioni diverse o perché permettono di apprezzare la varietà di reazioni alla gestione pandemica a livello nazionale, il volume consente di attivare l'indispensabile ottica trans-culturale, confrontando le dinamiche italiane con due contesti «indigeni» latinoamericani. Il raffronto permette di sottolineare divergenze, ad esempio nel come intendere la “comunità”, sia somiglianze e ricorrenze illuminanti tra contesti apparentemente incommensurabili. Queste ultime sorprendono sia per quantità che per qualità: le convergenze comprendono un comune scetticismo rispetto all'offerta terapeutica biomedica istituzionale, una preferenza per strategie di contenimento che attivino o rinforzino micro-comunità, l'elaborazione di risposte alternative (circuiti educativi autonomi, coltivare e mangiare cibo locale, integrare o sostituire i vaccini con terapie “naturali” o “tradizionali”) [Romio & Piccoli; Fusar Poli & Montesi Altamirano].

Accentuazione della precarietà delle categorie vulnerabili

La sindemia fa precipitare un senso di vulnerabilità che riguarda sia il pianeta sottoposto a stress [Aresta] ma anche le categorie umane più fragili, che in molti casi hanno assistito ad un'ulteriore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. In un momento di debolezza collettiva i servizi sanitari diventano inaccessibili a tanti. Questo in parte è dovuto all'impossibilità di accedere alla terapia ospedaliera (o accederci in un tempo utile), come nelle comunità «indigene» del Messico: «nella maggior parte delle comunità i servizi sanitari di primo contatto sul territorio durante la pandemia erano peggiorati» [Fusar Poli & Montesi]; dinamica riscontrabile anche in Europa e in realtà in tutto il mondo (cfr. Boni 2022). L'assolutizzazione del pericolo pandemico ha, tra altre conseguenze, quella di interrompere o render più complicate le cure non pandemiche (cfr. Dei 2022). Sono quindi le stesse normative pandemiche a rendere la terapia ospedaliera spesso maldisposta alle aspettative del malato. Questo avviene in Italia, per esempio, nell'accompagnamento al parto: si assiste alla cancellazione delle ecografie, diradamento delle visite, cancellazione dei corsi di preparazione al parto [Quagliariello & Garzonio; cfr. Fusar Poli & Montesi Altamirano]. La vulnerabilità dell'attesa del parto viene aggravata dalla accentuata incertezza delle condizioni imposte dalla struttura ospedaliera: la partoriente non ha garanzie sulla possibilità di beneficiare della presenza del partner oppure di essere esentata dall'obbligo di indossare una mascherina che inibisce le tecniche di respirazione che accompagnano il travaglio. Quagliariello & Garzonio sostengono che molte donne scelgono di partorire non in «grandi centri ospedalieri» ma nelle case maternità o in piccoli ospedali dove è possibile un miglior rapporto con le ostetriche oppure direttamente nel proprio domicilio con ostetriche private per non dover sottostare alle direttive Covid.

Altre categorie vulnerabili, come ad esempio gli immigrati non in regola o in attesa di regolarizzazione, si vedono penalizzate nell'assistenza medica e in alcuni casi completamente escluse dalle cure istituzionali [Cosma; Quagliariello & Garzonio]. Cosma spiega come i migranti si siano trovati da un lato ad essere penalizzati nell'accesso alla cura e al contempo tra le categorie più esposte al virus, in quanto «in una situazione di quarantena ed isolamento sociale, i lavoratori migranti erano coloro i quali venivano ugualmente stipati nelle fabbriche... [e] che, in molti casi, rincasavano in appartamenti condivisi con altri richiedenti asilo e che in molti casi erano decisamente sovraffollati». Come scrive Aresta, in pandemia «le ideologie razziali ... continuano a riemergere subdolamente in varie forme» come, per esempio, nella prima fase sindemica, l'identificazione dei cinesi come untori. Cosma utilizza la nozione di «razzismo istituzionale» per illustrare l'amplificazione e normalizzazione della discriminazione arbitraria verso i migranti non pienamente regolarizzati durante il periodo pandemico. L'autrice è lapidaria: «le disposizioni messe in atto nei mesi della pandemia, non hanno fatto altro che incidere negativamente sulla vita delle persone accolte nei circuiti di accoglienza». De Stefano sostiene in modo analogo che i migranti siano stati «le prime vittime della sofferenza sociale». Alla domanda su chi poteva, però, realmente restare a casa, risponde citando un lavoro che sostiene che questo privilegio sia stato una prerogativa di «uomini bianchi, lavoratori intellettuali della classe media, che vivono in una casa con stanze sufficienti per tutti i membri della famiglia, con diversi computer e un accesso illimitato a Internet»¹³. De Stefano con Mellino (2020) invita a riflettere sull'assenza, nel dibattito pubblico e mediatico, della rappresentazione delle condizioni vitali della popolazione migrante, come esempio pratico di razzializzazione. L'autrice si concentra in particolar modo sulle «logiche di gestione» dei migranti chiusi nei CPR (altra categoria vulnerabile) arrivando alla conclusione che fungano da

«dispositivo pratico, che è anzitutto un dispositivo politico, riflette la pervasiva scia di razzializzazione che connota lo spazio istituzionale e il sentire comune, e normalizza l'annichilimento (o, preferibilmente l'espulsione) dell'alterità migrante per garantire la preservazione del tessuto sociale esistente» (cfr. Esposito, Caja e Mattiello 2020).

Scala e sordità istituzionale

La gestione della pandemia ha confermato un orientamento amministrativo ormai evidente. Da un lato le politiche, in questo caso le politiche sanitarie, allargano sempre più la scala della loro implementazione. Scott (2019) descrive l'avvento della pianificazione «modernista» e la sua ascesa fino alla fine del XX secolo quando erano

¹³ Vergnano, Cammelli, Consigliere, Costantini, Portelli (2024).

ancora associate all'amministrazione statale e avevano quindi tendenzialmente un'estensione nazionale. Negli ultimi decenni hanno preso progressivamente potere istituzioni che allargano ulteriormente le scale delle politiche implementate su una dimensione, prima continentale (ad esempio con la progressiva estensione delle normative della Unione Europea) e poi mondiale con gli organismi internazionali. Questi però hanno avuto, nel complesso un'influenza diretta limitata fino alla gestione pandemica. Dall'altro, questo progressivo allontanarsi delle istituzioni che effettivamente decidono, fino ad assumere nell'ottica degli elettori una connotazione trascendente, rende sempre più alienato il cittadino: viene meno la stessa pensabilità di una partecipazione ai momenti decisionali, di un protagonismo che abbia un peso, di poter contribuire in maniera creativa e non solo seguendo le direttive calate dall'alto, nel nostro caso rispetto alla gestione dell'emergenza. Si riesce a dare un senso alla propria azione politica in proporzione inversa alla scala in cui si esercita tale azione: man mano che si estende la pianificazione – dal comune alla regione, dallo Stato alla Unione Europea, fino alle politiche mondiali del OMS – cresce l'alienazione.

De Stefano mostra come lo scetticismo verso le misure istituzionali sia stato diffuso nella galassia migrante in Italia: «i migranti afferenti al Movimento hanno iniziato ad assumere atteggiamenti oppositivi alla gestione governativa del virus» [vedi anche Cosma]. Santullo con riferimento a circuiti scettici sulle vaccinazioni parla di «radicalizzazione» di una «popolazione, esasperata e mortificata da un lungo vissuto di espropriazione della possibilità di contare, sia nel senso di sentirsi significativi come individui, con la propria opinione riconosciuta e rispettata, sia nel senso di poter partecipare attivamente al processo politico e istituzionale». Sparaco spiega che in tali circuiti l'ostilità è apparentemente rivolta al governo ma si estende al sistema politico istituzionale nel suo complesso e alle sue propaggini «tecniche» e «intellettuali». Questa crescente auto-referenzialità istituzionale rischia di generare autoritarismo soprattutto nel momento in cui si associa ad una emergenza sanitaria: più che di confronti tra “alto” e “basso” le politiche su larga scala si nutrono di direttive, norme, prescrizioni, obblighi, divieti, esclusioni fondate su una narrazione “scientifica” presentata come indubitabile (cfr. Caduff 2020; Drązkiewicz e Sobo 2021; Harambam e Vos 2023). Aresta illustra la declinazione asiatica dell'autoritarismo pandemico mentre Cosma dettaglia il rafforzamento dei controlli degli operatori nei Centri di Accoglienza Straordinaria emiliani durante emergenza Covid 19. Questa moltiplicazione delle direttive e della loro capacità di controllare ambiti sempre più intimi è potenziata dalla digitalizzazione telematica. Uno dei risultati secondo Cosma è che per i migranti nel sistema di “accoglienza”: «la vaccinazione contro il Covid-19 sia stata una scelta fatta sotto una pressione maggiore e di conseguenza più sofferta, rispetto a quella che in ogni caso ha influenzato la cittadinanza italiana». Non sorprende che in tale clima la soluzione finale, ovvero l'inoculazione ripetuta, sia stata vissuta da molti come una violazione del proprio corpo: il crollo delle percentuali dei vaccinati Covid terminate le sanzioni,

sembra indicare che anche per buona parte della popolazione italiana abbia prevalso la coercizione sul convincimento.

Per chi non si allinea alle direttive pandemiche, come hanno fatto, sebbene in modi fortemente diversificati, i contesti descritti in questa raccolta, si attivano dinamiche repressive e discriminatorie. L'autoritarismo di istituzioni percepite come distanti, sorde, non disposte al dialogo o all'accoglienza della diversità, conduce spesso a tentativi di autonomia, ovvero a costruirsi dei contesti in cui vigono le norme decise in basso, da chi vive il contesto piuttosto che da poteri distanti e incomprensibili (Lello, Bertuzzi, Pedroni e Raffini 2022). Romio & Piccoli con riferimento al Perù affermano:

«tra molte comunità indigene si diffuse una posizione critica nei confronti dei discorsi ufficiali del governo e delle norme imposte. Spontaneamente, diverse comunità sentirono il bisogno di costruire una propria autodifesa mediante norme di protezione sanitaria, basate più sulle memorie delle precedenti esperienze epidemiche che sulle indicazioni fornite dal governo».

La cesura tra alto e basso si accentua quando le scelte autonome vengono criminalizzate, fino alla discriminazione dei dissenzienti. In alcuni casi, come in quello del movimento contro il Green Pass la divergenza viene portata in piazza e resa pubblica. Più spesso, si sceglie invece di muoversi nell'ombra, attuando azioni sovversive minute che Scott (2025) ha chiamato «infrapolitica». Gli ospiti dei Centri di Accoglienza Straordinaria emiliani adottano molteplici micro-resistenze: «il rifiuto di firmare i registri presenze o quelli di erogazioni beni (quando questi arrivavano con del ritardo); il rifiuto di farsi misurare la febbre durante i “monitoraggi” settimanali da parte degli operatori; esprimendo il dissenso attraverso il boicottaggio individuale di accompagnamenti sanitari per tracciamento o screening vari», oltre a forme di solidarietà come la distribuzione gratuita di cibo. Anche tra gli attivisti NoGP alla piazza spesso si è preferito la scelta politicamente meno eclatante di costruire quelle che Santullo chiama «micro-comunità territoriali basate sulla condivisione, sulla ricerca di autonomia e su una propria, peculiare forma di dissidenza»; illustrando il senso di una di queste l'interlocutore dell'etnografa afferma la volontà di costruire una «realtà parallela indipendente, alternativa... [si] tratta di essere autosufficienti in tutto». Questo si concretizza come mostra anche Sparaco nella creazione di servizi alternativi (scuole autogestite, offerta terapeutica, circuiti alimentari al di fuori della grande distribuzione) che erano organizzati in maniera semi-clandestina proprio per non dover sottostare a regole ritenute assurde come quelle rispetto al distanziamento o all'uso della mascherina (cfr. Boni 2023). Il coinvolgimento di corpi, anche se classificati come «vili» [Santullo] in una socialità faccia-a-faccia in prossimità, così come il viso scoperto, erano ritenuti indispensabili per preservare dinamiche relazioni funzionali ad una salute concepita in modo olistico, e quindi comprensiva della dimensione emotiva.

Comunità, condivisione del rischio, solidarietà e distanziamento

Una delle linee di frattura tra direttive dall'alto e pratiche dal basso è proprio su quello che è stato divulgato come "distanziamento sociale", un allontanamento tra corpi che avrebbe dovuto rallentare la diffusione del virus [cfr. Aresta]. La formula adottata dalle istituzioni è ossimorica: il distanziamento non era sociale ma piuttosto asociale o antisociale, ovvero invitava all'isolamento piuttosto che alle relazioni. Nei gruppi di attivisti NoGP così come in Latinoamerica questa direttiva è stata sistematicamente elusa, quando possibile, ovvero quando era possibile tenere segrete relazionali corporee criminalizzate dallo sguardo dello Stato. Le collettività «indigene» latinoamericane descritte in questa raccolta adottano una strategia non troppo diversa da quella dei gruppi NoGP: rimettere al centro i legami sociali di co-residenza sotto l'ombrello del concetto di «comunità» o nella versione messicana *comunalidad* [Fusar Poli & Montesi Altamirano]. Questa tendenza a unirsi, piuttosto che allontanarsi, è ben sintetizzata dalla citazione che fa da titolo al saggio di Romio & Piccoli: *Un poquito más nos ha unido el Covid*. Romio & Piccoli così come Fusar Poli & Montesi Altamirano ben discutono la problematicità del concetto di comunità, declinata come «indigena» in quel caso o come «resistente» in circuiti a noi più vicini; sappiamo bene che la nozione è problematica, qui ci limitiamo a riprenderne l'uso emico, rivendicato come polarità periferica di un protagonismo politico dal basso che si smarca dalle direttive istituzionali. In certe comunità come nel contesto del Perù amazzonico questo significa un recupero di «idee di corpo, malattia e cure terapeutiche (a sua volta connesse con la visione di *buen vivir*) che erano proprie della società arakmbut del passato, ma che sembravano essersi disperse o dimenticate nel corso delle ultime decadi». Vengono ri-attivate certe norme etiche nella caccia; il richiamo alla solidarietà inter-familiare, ovvero «la redistribuzione della carne e dei cereali»; il ricorso a compiti comunitari gestiti a rotazione «per genere e classi d'età» (ad esempio assicurarsi la chiusura della strada ma anche la cucina); «l'attenzione verso l'alimentazione per una dieta basata sui prodotti locali». Romio conclude: «La collettività quindi, in linea con i concetti promossi dall'ideale di *buen vivir*, mostrava un'attenzione specifica alla cura dell'affettività e delle emozioni collettive all'interno di reti sociali di fiducia».

In diverse piccole tradizioni la terapia prevede vicinanza nel cerchio più ristretto del rischio condiviso [Quagliariello & Garzonio] e allontanamento di chi è considerato esterno e pericoloso, come spiega un interlocutore a Fusar Poli & Montesi Altamirano: «è una lotta quotidiana tra chi è all'interno della comunità e chi vuole entrare». Non è un caso che la sindemia sia stata classificata dalle comunità dell'Amazzonia peruviana come *enfermedad del Blanco*, identificandola con un pericolo esterno ormai ben conosciuto vista la genealogia di epidemie che hanno flagellato queste zone [Romio & Piccoli]. Da un lato quindi si adottava una rigida chiusura verso l'esterno: l'isolamento prende la forma di «autoquarantene», note come *encierra* in Messico ed estese in diversi casi oltre i limiti temporali imposti

dalle istituzioni [Fusar Poli & Montesi Altamirano] mentre le comunità peruviane rafforzano l'auto-segregazione autonomamente, istituendo blocchi stradali non approvati dalle istituzioni [Romio & Piccoli]. Nella comunità amazzonica studiata da Romio questo allontanamento degli elementi ritenuti alieni comporta la «espulsione di tutti i manovali *mestizos* [e]... l'allontanamento di tutte quelle persone non indigene presenti nel territorio comunale e legate ad attività commerciali o estrattive».

Dall'altra, *verso l'interno* della comunità si nota un rafforzamento e una intensificazione delle relazioni che Raul Zibechi (2020) definisce «svolta verso dentro», caratteristica di diverse comunità del sud e centro America. Questa prende la forma di solidarietà alimentare e della circolazione gratuita di cibo e delle terapie elaborate localmente [Romio & Piccoli; cfr. Cosma]. Nei casi latinoamericani qui discussi le comunità si danno norme sociali più stringenti, riesumano consuetudini abbandonate con la progressiva modernizzazione, chiamano i membri a prestare servizio per esigenze comunitarie e tornano a dare sovranità alle dinamiche politiche assembleari piuttosto che ai rappresentati istituzionali ufficiali. Particolarmente significativa l'esperienza descritta da Romio & Piccoli di rilancio dell'assemblea dell'insediamento oggetto di studio, percepita durante l'emergenza sanitaria come sintesi armoniosa della volontà e del sapere collettivo [cfr. Fusar Poli & Montesi Altamirano]. Tale sensibilità comunitaria non è estranea alle ostetriche italiane che decidono di continuare i corsi di preparazione al parto nonostante fossero stati resi illegali perché, come spiega una ostetrica: «Il cerchio è stato un fattore protettivo grande» [Quagliariello & Garzonio]. In un'ottica dal basso la tutela di fronte all'emergenza passa, non da un isolamento telematico ma da un aumento della socialità generatrice di sostegno e benessere, quella che si nutre di relazioni in presenza: nei momenti di crisi si sta insieme, si sospendono i conflitti per ritrovare un senso comune (inteso come lettura condivisa degli eventi e soluzioni consensuali per affrontare le difficoltà). Di fronte a direttive istituzionali che andavano nella direzione opposta, i contesti studiati hanno scelto di disobbedire per viverli la sindemia all'interno di relazioni intime in micro-comunità (di residenti di comunità indigeni, di gruppi migranti, di genitori in attesa del parto, di chi veniva escluso perché non munito di Green Pass).

Il ritorno alla autogestione “naturale”, “tradizionale” e artigianale

La contrapposizione tra “alto” e “basso”, tra centri decisionali e contesti periferici negletti, non è solo politica ma anche epistemica. La messa in discussione degli interventi istituzionali improntati su una epistemologia tecno-scientifica riguarda *in primis* il concetto di pericolo epidemico (da dove viene il virus? quanto è pericoloso? che caratteristiche ha rispetto alle epidemie vissute in passato?) e di risposta terapeutica (cosa guarisce in momenti di emergenze epidemica? quanto sono affidabili i vaccini? che peso ha la vicinanza e l'affetto nel processo terapeutico?).

Alla visione tecno-scientifica istituzionale si risponde con la ricerca di terapie concepite come “naturali” in contesto europeo e “tradizionali” in contesto quello latinoamericano. Quello che unisce questi due caratterizzazioni della cura è la tendenza ad un fare artigiano con prodotti locali e organici percepito come opposto all’offerta dalla farmaceutica industriale, chimica e genetica egemonica; questa tendenza la ritroviamo in ambito medico ma anche agricolo e scolastico.

In ambito sanitario, l’allontanamento dalla medicina tecno-scientifica è per diversi dei gruppi qui trattati frutto di rapporti già problematici con l’offerta sanitaria che si esasperano fino alla rottura, richiedendo quindi l’attivarsi di alternative. In Italia si assiste ad «una forte standardizzazione» imposta alle operatrici che seguono il parto, costrette a seguire scrupolosamente i protocolli coercitivi del periodo pandemico: questi in caso di positività della partoriente prevedevano l’impossibilità di «avere una persona di fiducia accanto e di stare pelle a pelle» con il neonato. Tali direttive vengono però ritenute da alcune donne «disumane richieste», adottando l’espressione di un’interlocutrice. Non sorprende quindi l’aumento del numero di donne che sceglie di partorire a casa; Quagliariello & Garzonio spiegano il carattere resistenziale di questa decisione: «l’opposizione ad un modello assistenziale ospedaliero e tecno-centrato va intesa come una forma di resistenza al potere medico». Ostetriche e partorienti, a volte in sinergia tra loro, mettono in campo «un arcipelago di pratiche e visioni dissidenti»: il racconto-denuncia di norme assurde e penalizzanti; incontri di preparazione al parto condotti in modo clandestino per aggirare le norme sul distanziamento (a)sociale; entrare in un contatto fisico vietato tra ostetrica e partoriente; la rimozione non consentita della mascherina; la falsificazione dei dati sulla dilatazione uterina per permettere l’accesso del partner in sala parto. In Messico «il Covid-19 ha messo particolarmente in luce i motivi di sfiducia popolare nel sistema sanitario, alimentando e legittimando per contrasto l’utilizzo e la ricerca della medicina tradizionale». Si reagisce ad una cura biomedica distante e non convincente con una terapia «olistica». Questa pesca dalla “tradizione” messicana e comprende oltre al *temazcal*, accorgimenti alimentari, «riti di protezione religiosa» e rimedi erbalistici. La ricerca di terapie alternative che attivano epistemologie e pratiche antitetiche a quelle biomediche unisce gli scettici rispetto alle vaccinazioni in Messico con quelli in Perù e in Italia [Romio & Piccoli; cfr. Parmigiani (2021), Boni (2023)]. Con terapie “naturali” i contesti studiati intendono cure che non sono prodotti frutto di lavorazioni industriali chimiche o di ingegneria genetica ma piuttosto di processi organici piuttosto che nascono dalle comunità locali e dalla loro conoscenza dell’ambiente circostante garantendo quella che Fusar Poli & Montesi Altamirano chiamano *L’autonomia della cura*, titolo scelto per il loro contributo. Queste terapie possono sostituire così come affiancare i vaccini, ma si cerca spesso un’alternativa o un coadiuvante locale, autogestito, una terapia che sia generata da saperi autonomi e che permetta un maggior protagonismo nella dinamica curativa. Troviamo quindi alcuni attivisti NoGP in Emilia che girano per le case dei malati di Covid a portare, oltre alle medicine e agli integratori alimentari di

sintesi, il brodo caldo (Boni 2023); questa attenzione fa parte di una più generale tendenza nei circuiti scettici rispetto alla gestione pandemica istituzionale che secondo Santullo «anelano a una vita più vicina alla natura» (cfr. Santullo 2021; Parmigiani 2021; 2023). Tra le attività promosse delle comunità del movimento NoGP, è stata significativa la creazione di orti collettivi spinti dal desiderio di una produzione alimentare autonoma e naturale. Qualcosa di simile accadeva in contemporanea dall'altra parte dell'Atlantico dove in varie comunità dell'Amazzonia peruviana, ci spiegano Romio & Piccoli: «i *comuneros* passarono a riattivare forme locali di produzione agricola da tempo in disuso, mostrando un rinnovato interesse per tornare ad alimentarsi coi prodotti locali»; nella comunità al centro dell'indagine etnografica, l'assemblea consiglia «l'indipendenza rispetto al mercato esterno ed al consumo di beni industriali». Nelle «comunità indigene» messicane accade qualcosa di simile: «un processo di ricerca e rinforzo dell'autonomia alimentare, di nuova valorizzazione dell'economia di sussistenza e non monetaria, di rinnovato interesse per uno stile di vita rurale percepito come ancora di salvezza rispetto alle precarie condizioni della metropoli»; in alcuni casi si assiste «[al]l'abbandono di fertilizzanti e pesticidi chimici in favore di tecniche organiche e agroecologiche» [Fusar Poli & Montesi Altamirano]. Queste dinamiche confermano quanto sostenuto da Aresta: «il COVID-19... può costituire un'occasione di ripensamento dei nostri stili di vita».

Circuiti molti diversi, di fronte al pericolo sindemico e a misure istituzionali ritenute incongrue, si rifugiano nella produzione locale nella quale possono trovare soluzioni di cui si fidano perché gestite direttamente; di ciò che arriva dall'alto, in alcuni contesti, ci si fida invece sempre meno si tratti di alimenti o di medicine. Nella comunità amazzonica su cui si focalizza il contributo di Romio & Piccoli per un certo periodo fu impedito di curarsi presso le strutture mediche ufficiali. In modo analogo in Italia si boicottavano o sovvertivano i protocolli medici istituzionali per permettere gli incontri tra le partorienti o la presenza del partner al momento del parto: «le condizioni della sottomissione a protocolli ritenuti eccessivi e disumanizzanti, da moltissime di coloro che si ritrovavano a doverli seguire [ostetriche, partorienti], erano tali per cui anche i più semplici gesti, di contatto empatico ed ascolto dell'altro, erano percepiti come elementi di sovversione di un ordine che prescriveva asetticità, distanziamento» [Quagliariello & Garzonio]. Nella forma più estrema questo scetticismo verso le istituzioni mediche porta alla credenza documentata da Romio & Piccoli per l'Amazzonia ma presente anche in circuiti NoGP italiani: «l'ospedale e l'assistenza medica ufficiale furono considerati un luogo di morte per gli indigeni, dove i medici volevano eliminarli».

Riferimenti bibliografici

Ali, Inayat e Davis-Floyd, Robbie (eds.)

- *Negotiating the Pandemic. Cultural, National, and Individual Constructions of Covid-19*, Londra: Routledge, 2022.

Andersson, Ruben

- *Illegality, Inc. Clandestine Migration and the Business of Bordering Europe*, Los Angeles: University of California Press, 2014.

Barrucci, Paolo

- “Il governo della Pandemia come strumento della lotta di classe”, in Paolucci G. (ed.), *Il governo della Pandemia. Uno sguardo critico*, Napoli: Editoriale scientifica, 2023, pp. 99-124.

Bodini, Chiara e Quaranta, Ivo

- “COVID-19 in Italy A new culture of healthcare for future preparedness”, in Lenore Manderson, Nancy J. Burke, e Ayo Wahlberg (eds.), *Viral loads anthropologies of urgency in the time of COVID-19*, Londra: UCL Press, 2021, pp. 443–455.

Boni, Stefano

- “In assoluta sicurezza. Rimozione della morte, onnipotenza tecnica, controllo pandemico e iatrogenesi”, in N. Bertuzzi e E. Lello (eds.), *Dissenso Informato. Pandemia: il dibattito mancato e le alternative possibili*, Roma: Castelvecchi, 2022, pp. 97-112.

- *Tornare in sé. Pandemia, per una ripresa della coscienza sociale e della resistenza attiva*, Torino: Nautilus, 2023.

Boni, Stefano, Koensler, Alexander e Rossi, Amalia

- *Etnografie Militanti. Prospettive e dilemmi*, Milano: Meltemi, 2020.

Caduff, Carlo- “What went wrong: Corona and the world after the full stop”, *Medical Anthropology Quarterly*, 34 (4): 2020, pp. 467–487.

Cirese, Alberto M.

- *Cultura egemonica e culture subalterne. Rassegna degli studi sul mondo popolare tradizionale*, Palermo: Palumbo, 1971.

Consigliere Stefania

- “Atmosfear”, in AA.VV., *Antropologia di una pandemia*, Firenze: Terranuova, pp. 67-83

Consigliere, Stefania e Zavaroni, Cristina

- “Rimozione forzata. Cinque anni dal lockdown e (fingere di) non sentirli”, www.wumingfoundation.com, 11 Luglio 2025

Costantini, Osvaldo

- “Noi la crisi (sanitaria) non la paghiamo”, www.dinamopress.it, 26 Marzo 2020.

- “Green pass, vaccino e rapporti di classe”, in AA.VV, *Antropologia di una pandemia*, Firenze, Terranuova, 2022, pp. 16-32.

Dardot, Pierre e Laval, Christian

- *La nuova ragione del mondo*, Roma: DeriveApprodi, 2013.

Dei, Fabio

- “Etnografie pandemiche”, *Am. Rivista della società italiana di antropologia medica*, 54, 2022, pp. 327-343.

Drażkiewicz, Elżbieta

- “Taking vaccine regret and hesitancy seriously. The role of truth, conspiracy theories, gender relations and trust in the HPV immunisation programmes in Ireland”, *Journal for Cultural Research*, 25 (1), 2021, pp. 69–87.

Drażkiewicz, Elżbieta e Sobo, Elisa J. - “Rights, responsibilities and revelations: COVID-19 conspiracy theories and the state”, in Lenore Manderson, Nancy J. Burke, and Ayo Wahlberg (eds.), *Viral loads anthropologies of urgency in the time of COVID-19*, Londra: UCL Press, 2021, pp. 67–90.

Esposito, Francesca, Caja, Emilio e Mattiello, Giacomo

- “No one is looking at us anymore.” *Migrants Detention and Covid-19 in Italy*, Oxford: Oxford University Press, 2020.

Fassin, Didier - *La ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, Roma: Derive&Approdi, 2019.

Foucault, Michel

- “Corso del 14 gennaio 1976” in *Bisogna difendere la società*, Milano: Feltrinelli, 1997, pp. 28-42.

Fumagalli, Andrea

- "Pandemia e biocapitalismo cognitivo. Intervista ad Andrea Fumagalli", *Thomas Project*, 4 (2), 2020, pp. 159-166.

Graeber, David

- *Possibilities: Essays on Hierarchy, Rebellion and Desire*, Oakland: AK Press, 2007.

Harambam, Jaron, e Ehler Voss

- "The corona truth wars: Epistemic disputes and societal conflicts around a pandemic." *Minerva* 61 (3), 2023, pp. 299–313.

Harvey, David

- *Breve storia del neoliberalismo*, Milano: Il Saggiatore, 2003.

Horton, Richard

- "Covid-19 is not a pandemic", *Lancet*, 396 (10255), 2020, p. 874.

Imbriano, Gennaro

- "Crisi e politica. L'ordine del discorso pandemico e le sue aporie", in Paolucci G. (ed.), *Il governo della pandemia. Uno sguardo critico*, Napoli: Editoriale scientifica, pp. 3-16.

Kilani, Mondher

Antropologia culturale. Un'introduzione, Bari: Edizioni dedalo, 2002.

Lanternari, Vittorio

- *Antropologia e imperialismo*, Torino: Einaudi, 1974.

Lello, Elisa, Bertuzzi, Niccolò, Pedroni, Marco e Raffini, Luca

- "Vaccine hesitancy and refusal during the Covid-19 pandemic in Italy: Individualistic claims or repoliticisation?" *Partecipazione e conflitto*, 15 (3), 2022, pp. 672–696.

Manderson, Lenore e Levine, Susan

- "Militarising the pandemic: lockdown in South Africa", in Lenore Manderson, Nancy J. Burke, and Ayo Wahlberg (eds.), *Viral loads anthropologies of urgency in the time of COVID-19*, Londra: UCL Press, 2021, pp. 47-66.

Manderson, Lenore, Burke, Nancy J. e Wahlberg Ayo (eds.)

- *Viral loads anthropologies of urgency in the time of COVID-19*, Londra: UCL Press, 2021.

Mellino, Miguel

“Restate a casa ma per sempre. Decreti d’emergenza e razzismo di Stato”, www.dinamopress.it, 28 Marzo 2020.

Ministero della Salute

- “Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale”, www.salute.gov.it, 2008

Parmigiani, Giovanna

- “Magic and politics: Conspirituality and COVID-19”, *Journal of the American Academy of Religion*, 89 (2), 2021, pp. 50

- “‘Separation, but not division’: A Southern Italian perspective on ‘lived conspirituality’”, *Anthropologica*, 65 (1), 2023, pp. 1–23.

Santullo, Corinna

- “In mo(n)do naturale: Cura e prevenzione nell’orizzonte no-vax e free-vax”, *Rivista di antropologia contemporanea*, 2, 2021, pp. 295–326.

Scott, James C.

- *Il dominio e l’arte della resistenza. I verbali segreti dietro la storia ufficiale*, Milano: Eleuthera, 2006.

- *Lo sguardo dello Stato*, Milano: Eleuthera, 2019

- *L’infra politica dei senza potere*, Milano: Eleuthera, 2025.

Ananda, Tharaka e Ali, Inayat

- “Sri Lankans’ Negotiations Around COVID- 19 Can a Culture Control a Viral Outbreak?”, in Ali I., Davis-Floyd R. (eds.), *Negotiating the Pandemic. Cultural, National, and Individual Constructions of Covid-19*, Londra: Routledge, 2022, pp. 232-252

Vergnano, Cecilia

- “Italian uprising from Covid skepticism to societal polarization”, in Michael Butter and Peter Knight (eds.) *Covid conspiracy theories in global perspective*, New York: Routledge, 2023, pp. 236–251.

Vergnano Cecilia, Cammelli Maddalena, Consigliere Stefania, Costantini Osvaldo, e Portelli Stefano

- “A neoliberal medicine? Critical approaches to the Italian pandemic management”, in Hoofd I., Smits M., Vernooij R. (eds.), *Perspectives on Pandemic Politics: Critical Voices from the Left*, Londra: Routledge, 2024.

Vighi, Fabio

- “Il Covid-19 e le nuove grandi narrazioni del capitalismo di crisi”, in Paolucci G., (ed.), *Il governo della pandemia. Uno sguardo critico*, Napoli: Editoriale scientific, 2023, pp. 51-79.

Wahlberg, Ayo, Burke, Nancy J. e Manderson, Lenore

- “Introduction: stratified livability and pandemic effects”, in Lenore Manderson, Nancy J. Burke, and Ayo Wahlberg (eds.), *Viral loads anthropologies of urgency in the time of COVID-19*, Londra: UCL Press, 2021, pp. 1–23.

Zibechi, Raul

- *Tiempos de colapso*, Ciudad de Mexico: Bajo tierra ediciones, 2020.

Zito, Eugenio

- “Ammalarsi di diabete in Marocco: credenze religiose, pluralismo medico e crisi pandemica”, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 55 (2023), pp. 63-91.