



The diagonales



Covid 19 **Le parole diagonali della Sociologia**

a cura di

Cleto Corposanto
Massimo Fotino

“
*La tempesta è
capace di
distruggere i
fiori ma è
incapace di
danneggiare i
semi.*
”

maggio 2020

Questo libro è dedicato ad Enzo Indorato



COVID-19

Le parole diagonali della Sociologia

INDICE

Cleto Corposanto e Massimo Fotino <i>Attraversare il virus</i>	1
Cleto Corposanto <i>Ma quale distanza? (Perché le parole sono importanti)</i>	2
Julio Echeverria <i>La pandemia come disturbo simbiotico</i>	7
Antonio Maturo <i>Endoptikon. Il covid19 tra metafore e sorveglianza</i>	13
Emilio Gardini <i>Virus totale. Fenomenologia del contagio</i>	18
Guido Giarelli <i>Come il sistema sanitario ha risposto alla pandemia di Covid19</i>	24
Maurizio Esposito <i>Parole parole parole... Le politiche sanitarie al tempo del Covid19</i>	31
Emilio Greco <i>Mai come prima. Mutamenti globali dopo Covid19</i>	37
Beba Molinari <i>Spaesati. Tra app e immunità di gruppo</i>	42
Veronica Moretti <i>#lockdown. Vita quotidiana tra de-coincidenza e digitalizzazione</i>	49
Francesco Caruso <i>A tavola col virus. Il cibo nello scenario pandemico</i>	55
Umberto Pagano <i>Il virus di Rorschach (illusioni e altre considerazioni minime)</i>	60
Mario Caligiuri <i>"L'ora più chiara". Le contraddizioni globali e il Covid-19</i>	68
Domenico Bilotti <i>Religione e liturgia: un rapporto pandemico</i>	71

ATTRAVERSARE IL VIRUS

**Cleto Corposanto
Massimo Fotino**

Questo insieme di riflessioni sui temi della pandemia e della società nasce dalla convinzione che le scienze dell'uomo, e la Sociologia in primis, non possano sottrarsi a una seria riflessione sul significato e sulle conseguenze sociali di CoVid19. Per troppo tempo la nostra disciplina è stata poco presente sul terreno dei grandi temi che riguardano in particolare il terreno della salute e della malattia, soggiogata da un superpotere sanitario che, anche con processi di medicalizzazione della quotidianità, ha finito per costringere i sociologi a dedicare poche riflessioni ai temi della salute. Quasi considerandolo un ambito di scarso interesse anche dal punto di vista teorico.

Eventi come quelli che dall'inizio dell'anno hanno investito gran parte del mondo hanno prepotentemente riportato alla ribalta la necessità di una nuova stagione della sociologia, giacché è apparso subito chiaro che le pandemie, essendo per natura situazioni medico-sociali, si possono contrastare con atti medici e mutamento degli stili di vita che spesso hanno impatti devastanti dal punto di vista sociale delle comunità. La pandemia diventa così un terreno sul quale la sociologia può e deve riprendere a pensare ed elaborare nuove teorie, visto che le misure messe in atto per contrastare la malattia toccano soprattutto il lavoro, le relazioni sociali, gli affetti, la stessa domanda di attività di vita quotidiana condivisa da parte delle persone.

L'Università Magna Graecia di Catanzaro ha promosso, tramite il corso di laurea in Sociologia, un paio di eventi durante la fase 1: prima una lezione a più voci che ha visto la partecipazione di colleghi docenti presso il nostro percorso formativo; poi un convegno che ha visto la partecipazione di molti sociologi della salute e della medicina italiani, alla presenza anche della presidente nazionale AIS. Molti dei partecipanti ai due eventi li trovate in questo insieme di interventi, certo non esaustivi, ma importanti per cogliere appieno il senso del valore sociale delle azioni da mettere in atto.

C'è bisogno, insomma, di una riflessione multidisciplinare. C'è bisogno di uscire dalla schematicità della risposta di tipo automatico e monotematica. C'è bisogno di attivare un pensiero diagonale che permetta di far emergere appieno il contributo della nostra disciplina, multiparadigmatica, può fornire alla ripartenza postpandemica.

È in tale contesto che nasce questo testo, da leggere come originale connessione tra vari autori, che qui ringraziamo, e che vuole dare il più ampio spettro possibile di punti di vista sociologici sull'emergenza che da alcune settimane ci impegna scientificamente ed umanamente.

E a darli subito, al fine di offrire "a caldo" una lettura dei tanti aspetti che compongono un fenomeno inedito e denso di incertezza per il futuro. Da qui, così, la scelta di fare uscire in formato elettronico questi contributi con una giovane edizione online, *TheDiagonales*, con cui non condividiamo solo la pubblicazione ma anche la visione e l'ambizione ad essere "spazio di movimento" tra intellettuali che insieme ragionano sul momento che stiamo vivendo e sui successivi che ci attendono, e nel quale la scienza sociale dovrà necessariamente trovare strumenti nuovi per orientarsi tra le inevitabili dicotomie e contraddizioni che già si intravedono nel vivere sociale.

Questa la autentica sfida del presente lavoro, il quale si potrebbe perciò definire non solo collettivo ma comunitario. Non basta più sapere cosa non vogliamo essere. Dobbiamo capire e spiegare cosa vogliamo diventare e, soprattutto, cosa possiamo diventare insieme. Mai come ora fare da soli risulterebbe un ostacolo alla comprensione del tutto e soprattutto alla comprensione di dove va il tutto. Mai come ora, più che camminare, è importante attraversare.

MA QUALE DISTANZA? PERCHÉ LE PAROLE SONO IMPORTANTI

Cleto Corposanto



*"Il lebbroso, affetto da questa piaga ...
abiterà da solo; esterna
del campo deve essere la sua dimora"*
(Levitico, 13:46)

La situazione pandemica che ha caratterizzato l'avvio di questo 2020 ha rimesso in moto un pensiero multidisciplinare importante per far fronte a una situazione che ha colpito qualche miliardo di persone in tutto il mondo. Anche i sociologi, evidentemente, possono e devono discutere di come il ciclone Covid19 ha cambiato – e cambierà ancora –

gli aspetti relativi alle relazioni sociali, alla salute e malattia, al welfare, al rapporto scientifico fra scienze naturali e scienze umane. Qui di seguito propongo alcune riflessioni che, senza voler essere in nessun caso esaustive, partono da alcune riflessioni su qualche termine linguistico. Come ad esempio guerra, usato spesso come metafora per raccontare questa fase della nostra esistenza (assieme a trincea, eroi, e termini simili). Una metafora pericolosa, perché in guerra sono permesse molte cose che mal si conciliano con la democrazia. E quindi ragionare su qualche termine può essere utile. Perché le parole sono importanti.

Distanza sociale

Uno dei concetti che resterà indissolubilmente legato a questa lunga, estenuante lotta contro il Covid19 sarà quello di "distanza sociale". Cioè quell'idea che, stando appunto a debita distanza gli uni dagli altri (1 metro? 3 Metri? Otto metri? Altro? Non è del tutto chiaro...) ci poniamo al riparo da eventuali contaminazioni da virus. E' un termine, distanza sociale, che viene usato con una frequenza altissima, perché in fondo è il perno sul quale si basano la fase 1 – quella che ci ha tutti o quasi confinati fra le mura domestiche – ma anche la fase 2, quella che prevede un lento ritorno alla normalità ma sempre, appunto, a debita distanza. Gli epidemiologi più pessimisti pensano che in realtà un ritorno completo ad alcuni stili di vita caratteristici dell'era pre-Covid19 non sarà proprio più possibile. Sono proprio gli epidemiologi a suggerire con maggior insistenza il concetto di distanza sociale, rimasto per loro immutato nel corso del tempo, e ripreso a più voci dai decisori pubblici e dagli organi di informazione. Un'idea in stretta correlazione con quella d'isolamento in caso di malattia, che affonda le proprie radici nell'antichità. L'obiettivo di questa sorta di distanziamento è quello di ridurre la probabilità di contatto tra persone che esercitano un'infezione, e altri che non sono infetti, in modo da ridurre al minimo la trasmissione della malattia, la morbilità e, in definitiva, la mortalità. Si tratta di un suggerimento di cui si può trovare traccia già nel VII secolo a.C.: "Il lebbroso, affetto da questa piaga ... abiterà da solo; [esterna] del campo deve [essere] la sua dimora " (Levitico, 13:46). Quello che appare come un

saggio suggerimento, insomma, è allora interpretabile con un'esortazione – che in alcuni casi può diventare anche una norma – al mantenimento di una determinata distanza fisica: una precisata lontananza (1 metro, 3 metri, 10 metri, comunque esprimibile con una misurazione fisica precisa e univoca). Gli epidemiologi insomma utilizzano basi che affondano le proprie radici nella notte dei tempi; anche se, nel frattempo, la scienza è mutata alquanto. Il tema della distanza sociale è stato, ad esempio, un termine sul quale moltissimo hanno lavorato i sociologi dei primi anni del '900, suggerendone peraltro un insieme di significati molto diversi rispetto a quelli che oggi paiono caratterizzare alcune scelte di contenimento della pandemia. Fra l'altro, significativamente, un uso improprio del concetto di distanza sociale cozza esplicitamente con il convincimento pure mediaticamente forte in questi giorni difficili, che "uniti ce la faremo". Il distanziamento sociale come forza comune per uscire da questo periodo, insomma, appare sempre più un ossimoro.

Perché in realtà, la chiamata a stare uniti, a fare gruppo, a dare una mano a chi non ce la fa, in poche parole a "fare comunità" è esattamente il contrario della distanza sociale. Vuol dire lavorare sulla prossimità, sulla cura di sé e degli altri, sulla solidarietà sociale, sul fare reti. Nella tradizione degli studi sociologici, uno dei primi riferimenti al concetto di distanza sociale lo troviamo in Simmel, che introduce appunto il concetto di *Soziale Distanz*, laddove il tema della distanza prende forma nell'alveo della trattazione dello spazio e degli ordinamenti spaziali della società. Simmel pensa lo spazio come un a-priori logico e percettivo. In tal senso lo spazio non è qualcosa di cui fare esperienza, bensì un contenuto psichico col quale l'anima fa esperienza. È nel momento in cui gli individui dall'estraneità passano all'interazione che lo spazio in un certo senso si completa svelandosi contenuto psichico. Insomma, in un'accezione non fisica, la natura dello spazio è sociale: le sue forme e i suoi significati sono quindi la risultante delle pratiche sociali, materiali o simboliche che siano. E, soprattutto, non hanno alcun rapporto con una logica connessa alla localizzazione degli individui. Chiarisce molto bene in questa prospettiva il concetto chiave di distanza sociale

Robert Park, che agli inizi degli anni '20 del secolo scorso lo definisce come "un tentativo di ridurre a qualcosa di simile termini misurabili della qualità e gradi di comprensione e di intimità che caratterizza le relazioni personali e sociali in genere".

È la misura della vicinanza o intimità che un individuo o un gruppo si sente verso un altro individuo o di un gruppo in un social network o il livello di fiducia un gruppo ha per l'altro e il grado di somiglianza percepita di credenze. Un concetto, insomma, centrale negli studi sociali e che è stato nel tempo concettualizzato in modi differenti:

1. **Affettivo.** Una concezione diffusa di distanza sociale si concentra sull'affettività. Secondo questo approccio, la distanza sociale è associata appunto alla distanza affettiva. Uno dei maggiori interpreti di questa concezione si occupò di misurare, attraverso una celebre scala, la distanza sociale analizzando le reazioni di persone verso altre persone e verso gruppi di persone. Si tratta di Emory Bogardus, allievo dello stesso Robert Park, che costruì questo strumento dal vago sapore scienziato.

2. **Normativo.** Un secondo approccio considera la distanza sociale come categoria normativa. Un approccio mai passato di moda, visto che si riferisce alle norme ampiamente accettate e spesso coscientemente espresse su chi dovrebbe essere considerato straniero e chi no. Una distanza sociale non affettiva, insomma, quanto piuttosto strutturale (e che se strumentalizzata può creare idea di recinti nei quali mettere "noi" e "loro"). Di questa prospettiva si sono occupati principalmente George Simmel ed Emile Durkheim.

3. **Interattivo.** Terza concettualizzazione quella dell'approccio a reti sociali, dove la considerazione riguarda la frequenza e l'intensità delle relazioni fra gruppi (più i membri di due gruppi interagiscono, più sono vicini socialmente). La frequenza d'interazione tra due parti è insomma utilizzata come una misura della "forza" dei legami sociali. E su questo la letteratura sociologica è veramente molto vasta.

4. **Culturale.** Una quarta concettualizzazione della distanza sociale si concentra sugli aspetti culturali ed è proposto da Bourdieu negli anni '90. La distanza è in questa prospettiva influenzata dalla differenza fra quantità di capitale (sociale) posseduto.

Un approccio che ha a che fare, ovviamente, anche con il tema delle disuguaglianze.

Insomma, come appare chiaro, il concetto di distanza sociale riveste un interesse estremamente marcato per la sociologia e, più in generale, per tutte le scienze sociali. Ed evidenzia l'indisponibilità e la chiusura relazionale di un soggetto nei confronti di altri percepiti e riconosciuti come differenti sulla base della loro riconducibilità a categorie sociali.

Mai ha ricompreso, nella sua pur lunga - e ricca di possibili interpretazioni - storia un qualsivoglia riferimento alla localizzazione fisica delle persone. E in qualche modo fa riferimento forse ad un trapassato remoto, a quando la Sociologia si chiamava ancora Fisica sociale. Allora, siamo consapevoli che quello che serve ad arginare il diffondersi della pandemia sia il mantenimento di una precisa distanza fisica (o distanziamento, il senso non cambia) fra noi e gli altri? Distanza fisica, perché invece in questo momento nel quale serve uno sforzo comune per uscire dal guado ("Stiamo lontani per proteggere noi ma anche gli altri") c'è bisogno di una grande prossimità sociale. Uno sforzo per capire che, da soli, non ce la faremo mai.

Mascherina

Assieme alla distanza fisica la mascherina è diventata il simbolo delle battaglie, molteplici, contro il virus. È diventato l'oggetto indispensabile per ritornare furi dalle nostre abitazioni dopo il lungo periodo di lockdown, anche se spesso è risultata introuvabile. Ha scatenato decine di esperti nelle spiegazioni fra i differenti tipi possibili da indossare; è insomma entrata a far parte prepotentemente del nostro vocabolario quotidiano.

Ho avuto la fortuna di poter girare il mondo in lungo e in largo, ho sempre visto molta gente usare la mascherina; ricordo con un certo imbarazzo, oggi, le prime volte che ho visto gente per strada indossarle. Credo sia stato in Cina, più di vent'anni fa. Per noi occidentali, la mascherina è sempre stata sinonimo di ospedali, di malattie e malati gravi, di chirurghi. Mai avrei pensato un giorno di vedere gente in giro, in Italia, con la mascherina, eppure mi sbagliavo. Ma la cosa interessante è che, allora, in Asia metteva la mascherina non chi aveva paura di contagiarsi,

come facciamo oggi noi quando scendiamo a fare la spesa o andiamo in farmacia. No. La metteva chi sapeva di non essere al 100% dal punto di vista sanitario - magari anche solo per un banale raffreddore - e non voleva contagiare gli altri. Una mascherina "altruista", e non "egoista" per usare una terminologia con la quale abbiamo familiarizzato in questi giorni.



Quando saranno risolti i problemi di burocrazia e prezzo, saremo inondati dalle mascherine. E la mascherina diventerà una fedele compagna delle nostre nuove quotidianità relazionali. Diventerà un capo d'abbigliamento, come i manicotti d'inverno o i top d'estate, o la kefiyah per ogni stagione. E c'è da scommetterci, diventerà un oggetto fashion, superando anche l'attuale difficoltà ad effettuare il riconoscimento del viso per ottenere lo sblocco dei nostri indispensabili smartphone. Ci hanno già pensato a Vilnius, Lituania, dove è nata l'idea di un festival della moda imperniato proprio sulla mascherina: un modo per continuare a crescere nell'offerta turistica che, da qualche anno a questa parte, fa registrare numeri interessanti.

Ma la mascherina diventa comunque un simbolo di protezione del singolo, un ulteriore elemento che accentua la distanza fisica, l'indicatore di un distacco che ha valenze diverse in differenti culture. Per noi latini, mediterranei, è difficile resistere alla

tentazione di esprimere la vicinanza a una persona attraverso il tatto (che si traduce spesso anche in “baci e abbracci”); dall'altra parte del mondo non è così. Pensiamo al Giappone e in generale a tutta l'Asia. In Giappone ci si parla a una certa distanza – e se provate ad “accorciare” la stessa potreste causare un moto di stizza nel vostro interlocutore – e ci si saluta congiungendo le mani, le proprie. Senza contatto con l'altro. Ecco, forse ci resterà un po' di questa idea che un minimo di distanza può essere salubre; anche se questo, evidentemente, rivoluziona alcuni dei capisaldi dei nostri stili di vita. Non so per quanto tempo: ma sono certo che questa idea della distanza fisica minimale, un po', se la porterà dentro gran parte di noi.

Salute/malattia

La pandemia ha avuto un impatto devastante sui sistemi sanitari di molti paesi. Con intensità differenti e, in molti casi – come nel nostro – anche con profonde difformità al suo stesso interno. La risposta politico/sanitaria all'emergenza in alcune zone è stata titubante, non scevra da errori di valutazione iniziale, certamente contaminata da valenze culturali e politiche che ne hanno poi determinato gli iter sanitari specifici. Ci sarà bisogno di analisi molto approfondite, quando tutto sarà finito, per comprendere il perché di una situazione che ha visto il nostro Paese risultare tristemente ai primissimi posti al mondo per numero di contagi e vittime totali. Ma non possiamo non ragionare in termini più ampi. Pensare alla pandemia solo da un punto di vista sanitario sarebbe un grave errore, almeno per due ordini di motivi: intanto perché mai come in questa situazione stiamo provando lo strettissimo legame che c'è fra salute e comportamenti e stili di vita. Basti pensare all'isolamento necessario, alle relazioni mediate dalla distanza, al dover rinunciare ad aspetti della nostra vita sociale che ci sembravano scontati, naturali e intangibili. Ma soprattutto CoVid19 va visto sotto la lente degli aspetti bio-psico-sociali al pari di qualunque altra malattia, come raccomandato dalla stessa OMS.

Siamo stati (e siamo ancora) molto concentrati sugli aspetti bio, ma nelle fasi successive dovremo prestare al più presto maggiore attenzione ai danni

psico-sociali di CoVid19. Sarebbe salutare uscire da questo isolamento con consapevolezza (oltre che ovviamente con i dispositivi di protezione). Dal momento in cui saremo più liberi di circolare la responsabilità sulla nostra e l'altrui salute ricadrà anche e soprattutto sui nostri comportamenti individuali. Per questo io sono in linea di massima favorevole al tracciamento. Intanto perché abbiamo efficaci (dal punto di vista dei risultati) esperienze precedenti – la Corea del Sud su tutte – e poi perché a mio parere aiuterebbe a mantenere quei comportamenti virtuosi di cui tutti abbiamo bisogno. Non capisco, in verità, i tanti dubbi che vengono manifestati: lasciamo valanghe di nostri dati on line al mondo intero quando navighiamo, chattiamo, facciamo acquisti, prenotiamo vacanze e viaggi, possiamo foto, googliamo e twittiamo e dovremmo farci problemi di privacy quando ci viene richiesto uno sforzo per salvaguardare la nostra salute collettiva?

Ma per tornare al tema della distanza e delle relazioni sociali, letto questa volta nell'ottica della diade salute/malattia, non posso non riflettere su un tema a me caro, sul quale ho a lungo lavorato negli anni scorsi. Nel 2008, al termine di una lunga ricerca qualitativa sulla valenza del danno sociale della malattia, ho parlato per la prima volta di Sonetness a caratterizzare, quale sesto aspetto, il quadro complessivo di descrizione della malattia. L'ho fatto pensando ad un modello, l'Esa model appunto, nato come riflessione e specificazioni successive a partire dalla nota Triade di Twaddle (Disease-Illness-Sickness) e dalle successive integrazioni di Antonio Maturò (con gli sdoppiamenti di Illness e Sickness). Ho lavorato a lungo su comunità di intolleranti alimentari (soprattutto celiaci) e il risultato principale delle mie ricerche sulla valutazione del danno percepito dai pazienti nei confronti della propria patologia è stato proprio l'evidenziare un aspetto della malattia strettamente connesso alla negazione di rapporti e relazioni sociali. Questa parte del danno percepito ho appunto chiamato Sonetness non riuscendo a collocarla in nessuna delle 5 dimensioni pre-esistenti. Mai avrei pensato che un aspetto che ha preso forma dagli studi sulle malattie correlate all'alimentazione avrebbe trovato un terreno così

fertile nella nostra società qual è appunto una pandemia. Un evento che ha drasticamente ridotto le nostre capacità di relazioni sociali, al di là dei benefici certamente ascrivibili in questa situazione alla rete, ai social network, all'e-learning a cui quasi tutti – potendo – abbiamo fatto indistintamente ricorso. Quello di cui tutti abbiamo comunque sentito il bisogno è stato proprio il poter riprendere quella vita di relazioni che ci appartiene, che ci caratterizza in quanto animali sociali, che in qualche modo ci aiuta a combattere una malattia che dal punto di vista del danno biologico che può provocare è certamente pericolosa.

Ecco che allora la Sonetness esprime molto bene questa sofferenza da carenza di relazioni sociali che caratterizza la vita durante la pandemia. La distanza fisica ci impone una assenza di socialità reale che entra di diritto a far parte del danno provocato dalla pandemia (al di là di ogni discorso futurista sull'uso delle reti informatiche in luogo delle relazioni so-

ciali, giacché non potremo mai diventare tutti hiki-komori e soprattutto viste le attuali disuguaglianze anche in tema di digital divide e di dotazione di strutture di reti). Il problema allora diventa la ricerca del punto di equilibrio fra danno sociale e danno biologico, in questa lotta perenne fra virus e sonetness perché ci si possa relazionare senza contagiarsi.

Bibliografia

Corposanto C., *Celiachia e capitale sociale. Uno sguardo sociologico sulle intolleranze alimentari*, Salute e Società n.1, 2008

Maturo A., *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Franco Angeli, Mi, 2007

Twaddle A., *Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behavior among Older Males in Providence*, Rhode Island, Ph. D. Thesis, Brown University 1968

Immagini del testo di Cleto Corposanto (Tomsk, Siberia 2019; Osaka, Japan 2018; Yangon, Myanmar 2019)



nei sistemi indeboliti dell'uomo (sistemi immuno-soppressi), o nei polmoni affetti da contaminazione, il luogo più adatto dove stare. Una caratteristica particolare del Coronavirus che aumenta la sua capacità di diffondersi su scala globale, ha a che fare con le forme di trasmissione, si diffonde e penetra nelle persone e ci vogliono giorni prima che i suoi sintomi vengano osservati. Questa caratteristica rende più difficile la diagnosi e mette in seri problemi qualsiasi tentativo di risposta rapida, di prevenzione o di controllo della sua espansione. Il virus è un agente di comunicazione che penetra nella cellula e altera il codice del suo funzionamento, facendola lavorare per consentirne la sua riproducibilità. Il suo potere di penetrazione e di espansione si riferisce alla sua capacità di contaminazione, alla possibilità di trasmettere la letalità virale e diffonderla in tutto il corpo sociale. Il riconoscere che si tratta di un fenomeno che potenzialmente riguarda tutti, richiama il principio di generalità, ma allo stesso tempo mette in causa il principio di individualità, perché si riferisce ad un agente che si installa nella struttura cellulare di ogni corpo, di ogni individuo. Il coronavirus influenza radicalmente la dimensione del pubblico e del privato, dell'intimo e del collettivo. Il virus scatena paura e panico, che a sua volta ostacola la capacità di risposta immunitaria. Ogni paese e Stato cerca disperatamente vie d'uscita e ciò che domina è una colossale mancanza di coordinamento, che alimenta ulteriormente la percezione della mancanza di controllo.

Il panico innesca la proliferazione del virus, perché la socialità diventa il mezzo per la sua diffusione, in quanto si trasmette da individuo a individuo. Il virus colpisce la struttura stessa del rapporto sociale, che risiede nell'incontro tra gli individui, colpisce la produzione dello spazio pubblico. La via d'uscita più affrettata ed estrema è stata il confinamento. Il ritorno forzato all'intimità, dopodiché la dimensione del pubblico, dell'agglomerazione, è diventata patogena, incidendo sulla sostenibilità stessa di quel "modo di essere" nel mondo.

La società digitalizzata, in qualche modo, prefigurava questo ritorno alla privacy e all'intimità, lo faceva attraverso la connessione virtuale; essere nel

pubblico dal potere del digito che esprime la volontà individuale. Non c'è più segno di individualità dell'impronta digitale e più evidenza del pubblico che la connessione nel cyberspazio del collettivo. Se qualcosa ha funzionato nelle aree di confinamento sono i social network, hanno costruito la realtà della paura e del panico, hanno socializzato gli stati d'animo, la riflessività collettiva, la conoscenza scientifica, al punto da permettere di seguire in tempo reale la costruzione di protocolli di ricerca, di scoperte terapeutiche, di dispositivi di immunizzazione, di costruzione e gestione dei dati; una produzione molto ampia di riflessività collettiva, che aumenta mentre il virus si espande e dispiega la sua letalità.

La letalità del virus

La presenza letale del virus mette in guardia contro la rottura del momento simbiotico in cui i sistemi biologici e socio-culturali esistono e si riproducono. Ciò che è influenzato dal coronavirus è la capacità di relazionarsi con l'ambiente, "con l'altro", con ciò che non è ancora, ma può esserci. È questa dimensione che è portatrice di instabilità, quella che chiede di essere stabilizzata, ma che può esserlo solo in modo contingente. La paura e il panico sono proprio alla perdita di questa condizione di equilibrio contingente.

La formula del nemico invisibile con cui viene descritto il virus è in parte vera. Questi, esiste nonostante non venga osservato ad occhio nudo, per tale motivo sono necessari test e microscopi, telecamere che ne rilevino la presenza nella temperatura corporea dei soggetti, nei luoghi dove questi sono affollati. È lì che il virus trova le migliori condizioni per la sua riproduzione.

L'agglomerazione è l'ambiente in cui si svolge la vita sociale e dove il virus si riproduce. Il virus mette in discussione la possibilità dell'incontro pubblico, per questo l'intervento del sistema sanitario propone il "distanziamento sociale" come cura, come terapia immunitaria.

Il virus mette in guardia sulla centralità di questa dimensione della vita sociale che, per gli effetti dell'urbanizzazione accelerata, diventa un centro di

contaminazione incontrollabile. Attraverso l'intervento del virus, la dimensione del pubblico come luogo di aggregazione diventa il suo opposto, luogo del silenzio, l'annullamento di questa possibilità. Il coronavirus costringe l'attore sociale a confinarsi nella privacy, nella sua intimità, nella famiglia che riemerge come cellula della vita sociale e come recinto di immunità e immunizzazione. La famiglia è il nucleo di base del controllo, è lo spazio di formazione dove l'individuo impara a "stare insieme". Il virus ci costringe a riapprendere a stare insieme, a vivere insieme in quello spazio, ad abbandonare lo "stare fuori", come spazio di indistinzione e casualità degli incontri.

Il virus rende evidente il traboccamento della possibilità dell'incontro se pensato dal punto di vista della *communitas*; questo non è più possibile nel contesto dell'agglomerazione ultramoderna globalizzata, fatta di sistematiche rotture e alterazioni del principio comunitario. Le crescenti migrazioni non sono altro che il risultato della rottura della comunità, masse di popolazione che vengono espulse dai luoghi di origine e spinte ad agglomerarsi nelle periferie delle grandi città.

Gli agglomerati urbani non sono più sostenibili, sono fonti di inquinamento, serbatoi di precarietà e di cattiva vita.



La presenza del virus induce a pensare che le attuali forme di agglomerazione non siano sostenibili, che quello che era inteso come spazio pubblico non sia coerente con gli agglomerati

urbani delle città postmoderne del tardo capitalismo. Ciò che il virus colpisce è questa illusione dello spazio pubblico, che è stata rappresentata nel concetto di Polis, luogo di dialogo in cui avviene il riconoscimento dell'esistenza dell'altro, un luogo in cui si completa la soggettività. Il virus minaccia di annientare questo spazio della materialità degli incontri, ma più di ogni altra cosa questa illusione che è necessaria per il riconoscimento soggettivo e che diventa la semantica che ordina i comportamenti tra le persone. Questa dimensione che non è offerta dalla famiglia, ma al contrario, che si trova all'uscire da essa.

Il principio di immunità

L'emergere della pandemia ci installa nella dominanza del paradigma immunitario (R. Esposito)¹. È questo paradigma che ci permette di accedere più chiaramente alla comprensione del fenomeno, di scoprire lo stretto legame tra corpo e potere. Non è solo il contagio derivato da un agente biologico che altera tutto, insieme a lui si mobilitano gli stati e i loro apparati di salute, con le loro diverse strategie sanitarie.

La convivenza con l'alterità che costituisce lo spazio pubblico, è attraversata dal principio immunitario; la società si protegge, predispone un insieme di strategie che non sono altro che filtri che permettono l'incontro e la perentoria stabilizzazione che unisce gli individui nella società. La contaminazione virale colpisce questo sistema immunitario grazie al quale la società e l'organismo vivente si riproducono.

Il principio immunitario esiste senza che ce ne accorgiamo necessariamente, è nei comportamenti di socializzazione e di incontro. Ogni incontro suppone un livello di rischio che viene elaborato dalla soggettività, è la cosiddetta "interiorizzazione dell'alterità", è la necessaria convivenza con l'altro, al punto che questo diventa parte del sé. Tutta la psicologia da Freud in poi la tratta come soggezione al dominio del super-io, di quella forza di rappresentazione nel collettivo, che soggioga e richiama. La vita sociale è, da questo punto di vista, comminatoria e può assomigliare ad una cella o campo di concentramento. Esposito oppone l'*immunitas* alla

communitas, proprio per evidenziare lo stato di subordinazione a cui l'individuo è sottomesso sotto i dettami della comunità; egli deve essere in munus, cioè essere immunizzato da quel contatto in cui la sua libertà, la possibilità di essere sé stesso, può soccombere. Non c'è possibilità di *societas*, senza *immunitas*.

Allora, che rapporto si può stabilire tra la pandemia del Coronavirus e il principio di immunità? Che rapporto esiste tra la rottura del rapporto con le foreste e gli animali selvatici e quella delle relazioni sociali nello spazio pubblico? Che cosa succede con l'agglomerazione, se questa non viene prodotta e lavorata correttamente?

Installato in questa riflessione, è chiaro che non ci si richiama alla pandemia per osservare la presenza e la rilevanza del paradigma immunitario. La società si protegge in modo permanente, immunizzandosi dalla potenziale presenza annientatrice dell'agglomerazione, e allo stesso tempo dall'effetto di dissociazione, che può prodursi in quell'ambiente propizio. È grazie al paradigma immunitario che la società si protegge dalla minaccia della propria disintegrazione, latente in ogni atto di relazione o di incontro. Il magistrale lavoro di Norbert Elias² documenta questa costruzione permanente di meccanismi o filtri per la produzione di civiltà, che permettono il "stare insieme" ed evitano di cadere nella de-configurazione che appare come perdita di senso. Questa è la sociologia degli affetti e dell'erotismo, degli approcci e delle distanze, delle rotture e degli incontri, di cui è fatta la vita sociale.

Il coronavirus ci costringe a pensare e riflettere su questo "essere nel mondo", su come relazionarsi con l'altro, su come rispettare lo "spazio pubblico" e non trasformarlo in un luogo di contaminazione, di asservimento dell'altro. Il virus lo fa in modo crudo, mette a nudo la condizione delle relazioni sociali e costringe a ripensarle radicalmente.

Simbiosi e omeostasi sociale

La letalità del virus influisce su questa condizione di stabilità dinamica, che permette l'interazione tra elementi differenziati. Così facendo, mette in evidenza ciò che caratterizza ogni rapporto sociale o biologico, che è la contingenza, cioè la possibilità di

"non essere", la possibilità della caduta di quella condizione di stabilità.

La vita sociale non è stabile e il suo sviluppo non è lineare; è fatta di rotture, crisi e adattamenti permanenti. Il simbiotico appare come una soluzione emergente di stabilizzazione dinamica, come equilibrio tra la necessità di essere, di riprodursi, e il limite che questa necessità richiede per affermarsi: il limite è necessario perché questa affermazione avvenga.

Il virus influisce su questo impulso dell'individuo ad essere nella sfera pubblica, a trovare "l'altro", a stabilire lì lo spazio di sperimentazione di sé stesso, a testare la possibilità della sua realizzazione. L'equilibrio si riferisce alla necessità di soddisfare questo impulso, che è permanentemente minacciato, quando la soluzione simbiotica viene colpita e spezzata. Il momento in cui il limite viene superato dall'impulso stesso della realizzazione, l'equilibrio viene spezzato e la potenza con cui opera il desiderio si rivolge verso l'appropriazione possessiva dell'ambiente esterno.

L'ambiente esterno è necessario, da esso viene estratta l'energia che richiede la riproduzione del sistema. Il rapporto con l'ambiente risulterà da operazioni selettive che estraggono dall'ambiente ciò che è più congruente con le esigenze della stessa riproduzione omeostatica. La simbiosi e l'omeostasi si riferiscono alla capacità di processamento sistemico dell'ambiente esterno ed interno. L'ambiente naturale e l'ambiente sociale diventano oggetto di selettività omeostatica (W. R. Ashby). Un incontro inappropriato o non congruente con l'ambiente, può produrre alterazioni nel campo della psiche, così come nel funzionamento organico della cellula e del corpo, può generare patologie. Tutte le patologie sono il risultato di una pulsione ad apprendere l'ambiente che non viene adeguatamente processata. Questo impulso non scarica la sua energia nel processamento dell'ambiente esterno; al contrario, ruota su sé stesso senza il freno o il limite che necessariamente richiede. Il virus utilizza questo impulso ridondante e vi scatena il suo potere contaminante; quando non trova il filtro inibitore che lo elabora adeguatamente, quando non trova quel limite, entra e diffonde il suo potere di annullamento.

Il virus, con il suo dispiegamento distruttivo, può essere fermato solo con un'operazione di contenimento della rottura del momento simbiotico; il contenimento è qui disciplina del desiderio, l'istituzione di un filtro selettivo attraverso il quale proietta la sua realizzazione; il filtro è il contenimento, è l'immunizzazione contro un'elaborazione dell'ambiente che trabocca l'equilibrio omeostatico. La distanza sociale è un'operazione necessaria per la stabilizzazione omeostatica, funziona con l'autocontenimento che l'incontro simbiotico richiede; la distanza è necessaria per stabilire nuovi incontri, per mantenere la stabilità dinamica dell'elaborazione permanente dell'ambiente. Se qualcosa è colpito dalla presenza del virus è la possibilità dell'incontro tra i corpi, dello sguardo faccia a faccia, della ricchezza gestuale che rende possibile il rapporto tra gli esseri umani e su cui si costruiscono le relazioni affettive. Il ristabilimento dell'equilibrio omeostatico avrà a che fare con il recupero di questa possibilità.

Come riconfigurare il rapporto simbiotico?

La presenza dirompente del virus e la sua diffusione incontrollabile, il confinamento forzato a cui la società è costretta, emula l'operazione effettuata da ogni sistema biologico e culturale per rispondere all'ambiente; senza chiusura, la capacità di risposta può cadere nella fretta o nello stupore. La letalità del virus si spiega in gran parte con la risposta affrettata e stordita dei sistemi sanitari, con la sua impreparazione, configurata dalla stessa alterazione simbiotica già in atto.

Quando si pensa al post-COVID 19 e alla logica di chiusura a cui la società è stata sottoposta, le risposte tendono a trascurare la complessità della stabilizzazione dei sistemi sociali e biologici, così come la logica dell'immunizzazione che è caratteristica di ogni società e cultura.

La politica e l'ideologia tendono a ignorare questa implacabile dimensione: la presenza del virus è vista come se fosse il risultato di un semplice incidente in un mercato di specie selvatiche, senza sufficienti controlli sanitari; o come se rispondesse a disfunzioni o guasti di questi sistemi, e infine, come se fosse una oscura montatura dello stesso sistema

che mira all'auto-boicottaggio, per poi affinare la sua logica di produzione.

L'emergenza virale è il prodotto dello stesso sistema e della sua anomalia simbiotica, del suo traboccare e conseguentemente della sua necessità di correzione. Il virus, con la sua operazione di annientamento, apre la strada a un'efficace politica di recupero simbiotico. La domanda è che tipo di ripresa dovremmo affrontare.

Una potrebbe essere quella del riaggiustamento dopo l'emergenza, del ritorno alla stessa situazione iniziale; una soluzione su cui scommettono tutti coloro che vedono nella pandemia l'effetto sui processi economici e che relativizzano o hanno relativizzato fin dall'inizio la necessità del confinamento.

Questa strada potrebbe essere quella della gestione della catastrofe, supporrebbe il ripetersi dell'alterazione simbiotica, sicuramente ora in condizioni più avverse; uno scenario di fronte al quale la soluzione potrebbe camminare verso l'estremizzazione delle pratiche sanitarie e disciplinari. In questo caso, la guarigione significherebbe una costante dinamica di disciplina sanitaria, di fronte ad una società concepita come ospedale, dove gli individui sono pazienti in attesa di essere ricoverati in terapia intensiva.

Questa linea lavora sull'idea di ciò che, dal discorso della salute, significa il riapparire del virus e la pandemia. Il virus dovrà essere vissuto, ridurrà la sua letalità nella misura in cui il sistema immunitario lo processerà e nel farlo lo eliminerà. Qui la preoccupazione di invertire le cause dello squilibrio simbiotico non è rilevante, l'importante è rafforzare il sistema di allarmi e risposte, di fronte a fenomeni che saranno più ricorrenti, appariranno modifiche virali o nuovi virus forse più aggressivi; non alterare le dimensioni causali della destabilizzazione simbiotica, significa aggiustare i sistemi di controllo e di combattimento, sotto il paradigma della guerra,

nella supposizione dell'eliminazione di tutto ciò che appare.

L'altra via d'uscita è quella di modificare radicalmente le condizioni causali dell'alterazione simbiotica, sia in termini di impatto ambientale che di correzione della "forma" della agglomerazione. L'impatto del confinamento, il contenimento di tutte le attività, l'arresto forzato di tutte le operazioni impegnate nella logica dell'espansione e la crescita "sproporzionata" che è alla radice dell'alterazione simbiotica, devono essere rimossi. La virulenza di COVID 19 è stata tale che anche il livello di ristabilimento sarà di proporzioni radicali. Il livello della risposta sarà sia nella dimensione intima che in quella collettiva, poiché il virus ha dispiegato il suo intervento letale in entrambe le dimensioni. La chiusura è stata un potente momento di riflessione collettiva, di ripensamento della forma sociale, di riesame delle sue condizioni effettive.



Il confinamento forzato nell'intimità può sembrare una perdita di libertà per una percezione affrettata o stordita. Guardare alla chiusura come pura logica del confinamento può essere una lettura funzionale dell'operazione di resistenza alla trasformazione che il virus stesso promuove con il suo violento

sconvolgimento. Una lettura che si esaurisce nella pura ridondanza della sua enorme decenza, ma che finisce per essere funzionale alla logica sanitarista e disciplinare. La critica delle ideologie finisce per essere di nuovo necessaria per operare un'efficace riconfigurazione simbiotica. Questo dovrà iniziare con l'individuare l'operazione di chiusura, come necessaria per costituire una critica efficace alla precedente stabilizzazione simbiotica, che aveva già acquisito connotazioni patologiche, a quella che camminava nella dinamica della sua obsolescenza, responsabile dell'abbattimento delle foreste e dell'eliminazione delle specie selvatiche, dell'inquinamento, agglomerazione, e dell'annichilimento entropico del corpo sociale.

Solo un'intensa riflessività collettiva globale può mettere sotto esame le condizioni di distruzione del corpo sociale, che erano già in vigore prima dell'apparizione del virus, e che questo ha avuto il compito di rivelare in modo implacabile.

Il funzionamento del virus ci costringe a esaminare tutto, la logica dell'agglomerazione, le relazioni interpersonali, i rapporti con l'ambiente, con le foreste, con la natura. Quindi, qualsiasi visione affrettata che osservi il confinamento come l'esclusiva affettazione della libertà, sotto il paradigma della logica vigilare e punire, è impotente a rendere conto di ciò che è realmente in gioco con la pandemia del coronavirus.

Il saggio è apparso sui siti web Trashumante e Thediagonales.

¹ R. Esposito, *Immunitas. Protezione e negazione della vita* (Einaudi, 2002) e *Bios, Biopolitica e filosofia* (Einaudi, 2004).

² Norbert Elías, *El proceso de la civilización* (Mexico, 2010).

ENDOPTIKON IL COVID19 TRA METAFORE E SORVEGLIANZA

Antonio Maturò



Tre imbarazzi e mezzo

Del Covid-19 è difficile parlare. Innanzitutto, non sappiamo che tempo dei verbi utilizzare. Il Covid non è ancora passato, anzi qualcuno sostiene che dovremo convivere molto lungo. Quindi il Covid-19 non è “stato”, ma è ancora “in corso”. Ci saranno nuovi contagiati e nuovi morti ben oltre la chiusura di questo breve scritto, sebbene al momento, in Italia, si intraveda la luce.

Da più parti ho scritto che abbiamo un imbarazzo semantico (un *bias*) nel parlare del Covid-19, questa entità metà nome e metà numero. Quando dobbiamo generalizzare, non sappiamo come

chiamarlo: tragedia? (troppo emotiva); evento (no, sta durando da un sacco di tempo), fenomeno biologico (riduttivo), fenomeno sociale (impreciso). Allora lo chiamiamo “pandemia” e siamo tutti contenti (si fa per dire). La medicalizzazione del linguaggio rende le cose più asettiche, ma ci semplifica la vita. Ma immediatamente mi sono contraddetto, visto che poche righe più sopra ho scritto che forse il Covid-19 non è solo un evento tragico, ma una malattia che resterà con noi “in latenza” per parecchio tempo. Dunque, più che una pandemia si tratta di una “endemia” – una malattia costantemente presente, con manifestazioni contenute e irregolari. Come un vulcano che per la

maggior parte del tempo è silente o quasi insignificante ma che ogni tanto si fa sentire e talvolta irrompe e distrugge. Un secondo imbarazzo riguarda l’oggetto di studio. Mai come in questo momento siamo parte del fenomeno che stiamo studiando (*bias* epistemologico). Se per molti aspetti, la “riflessività” una volta riconosciuta può diventare un vantaggio metodologico, a costo di risultare positivisticò ritengo che per fare “auto-etnografia” si debba essere testimoni unici di eventi eccezionali¹.

Di conseguenza, la terza difficoltà ha a che fare con l’aspetto temporale. Come possiamo delimitare l’oggetto di studio mentre esso sta accadendo? Ci saranno norme giuridiche che ci

diranno quando è finito totalmente (?) il *lockdown*, ma probabilmente gli effetti dureranno molto a lungo (*bias* metodologico).

Un ulteriore imbarazzo deriva da un assunto di base, una convinzione profondamente incarnata, che accompagna – accompagnava? – la mia disciplina, ovvero la Sociologia della salute. Era prassi cominciare ogni lezione, ogni intervento pubblico, ogni scritto con la constatazione del peso crescente delle malattie croniche. Si presentavano dati sulle cause di morte, sull’invecchiamento, gli anni vissuti in disabilità, la fragilità, i più sensibili di sfuggita accennavano all’Aids come a un piccolo

incidente/accidente di percorso in cui il *bios* si era ribellato alle tendenze statistico-epidemiologiche ma la cosa era quasi sussurrata. E dire che comunque la spinta finale ai nostri anziani è sempre venuta dall'influenza, non è un caso che i mesi in cui la mortalità è più elevata siano dicembre, gennaio, febbraio, marzo. Il Covid-19 ha riportato l'attenzione sulla pericolosità, letalità e vischiosità dell'infinitamente piccolo e dell'invisibile, ovvero il virus. La malattia acuta si è così ripresa la scena. Ma come sappiamo la Storia si ripete in differenti forme. Riprendendo i dati condotti da un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità²:

“L'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni (mediana 81, range 0-100, Range InterQuartile - IQR 74-87). Le donne sono 10.936 (39,1%). L'età mediana dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 è più alta di quasi 20 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (età mediana: pazienti deceduti 81 anni - pazienti con infezione 62 anni)”.

Il numero medio di patologie osservate in questa popolazione è di 3,3 (mediana 3, Deviazione Standard 1,9). Complessivamente, il 3,9% del campione presentava 0 patologie, il 15,0% presentava 1 patologia, il 21,3% presentava 2 patologie e il 59,9% presentava 3 o più patologie.

Dunque, il virus amplifica le sue conseguenze letali su persone fortemente indebolite con quadri nosologici pregressi già piuttosto compromessi. In altri termini, la cronicità, quindi l'età, è un fortissimo predittore della mortalità dovuta a Covid-19.

Ricapitolando, il sociologo della salute deve fronteggiare quattro tipi di imbarazzo: semantico, epistemologico, metodologico e (in parte) epidemiologico. Si tratta tuttavia di una *dramatization*, sappiamo come ognuno di questi *bias* può diventare un punto di forza, proprio come i vizi, se resi esperienza consapevole, si superano e, hegelianamente, si sintetizzano in virtù.

Nel 1989, in *Palombella Rossa*, Nanni Moretti diceva “Chi parla male, pensa male e vive male. Bisogna trovare le parole giuste: le parole sono importanti!”. In questa battuta si condensano dibattiti filosofici millenari. Le parole danno forma al mondo e quindi anche al nostro modo di conoscerlo e di agire in esso.

Alcuni anni prima, nel 1977, Susan Sontag, nel suo volume *Malattia come metafora* scriveva: «mi auguravo di indurli a considerare il cancro come se fosse solo una malattia, molto seria, ma pur sempre una malattia. Un fenomeno privo di “significato”. E non necessariamente una condanna a morte (una delle mistificazioni è cancro = morte)»³. La tesi della Sontag, dunque, è che le metafore possono servire



a conoscere, ma anche a misconoscere. E per questo ella si prefiggeva lo scopo di “sottrarre senso” ai significati. Sontag non cerca di conferire senso alla malattia, che potrebbe essere forse l'inclinazione genetica del letterato che affronta certi temi, ma di interrompere la deriva delle interpretazioni che in alcuni (quasi sempre) essa innesca.

L'uso delle metafore non è del tutto una novità in ambito medico, anzi nel rapporto medico-paziente è prassi. Infatti, visto che le metafore sono in grado di assolvere ad una funzione cognitiva, esse sono spesso usate con scopi esplicativi. Si pensi a quando il medico ci dice che il nostro organismo si sta “ribellando” a un certo stile di vita troppo stressante oppure che la febbre indica la “lotta” che il nostro organismo ha intrapreso contro una malattia, o ancora l'idea di essere “invasi” da agenti patogeni. O l'antibiotico come “bomba atomica”.

Purtroppo, Susan Sontag partiva sconfitta sin dall'inizio. Come diceva Cassirer, siamo animali simbolici e le produzioni culturali, quindi le metafore, sono, per così dire, la nostra natura. Il problema posto da Sontag tuttavia persiste. E il Covid-19 lo testimonia. Dall'inizio dell'epidemia abbiamo appreso che col Covid siamo in “guerra”; gli ospedali sono una “trincea” contro questo “nemico” invisibile e c'è il fronte del virus e ci sono

le “vittime” che non ce l’hanno fatta neppure quando “hanno combattuto con coraggio”.

In un denso intervento su Micromega, “*Corona virus: metafore di guerra e confusione di concetti*”, Fabrizio Battistelli, mette un po’ di ordine sul tema: “Mentre nel caso della minaccia-guerra la causa del danno provocato è indiscutibilmente umana (astruendo da quale degli attori in gioco ne porti la responsabilità maggiore), nel caso del pericolo-epidemia la causa prima appartiene alla (peraltro inconsapevole) natura. Che il ruolo di quest’ultima nello sprigionamento del Corona virus sia primario, a sua volta non significa che in esso non abbia alcun ruolo il genere umano, tutt’altro.”⁴

La fase 2, nella quale da poco siamo entrati, si caratterizzerà per un massiccio tentativo di prevenzione. Si cercherà di intervenire aumentando le distanze fisiche tra le persone. Molte aspettative sono riposte nello sviluppo di *app*. Attraverso il digitale riusciremo a meglio “inter-sorvegliarci”. In effetti il concetto di sorveglianza emerge sempre più come una prospettiva centrale nelle scienze sociali⁵ sebbene, per alcuni, la sorveglianza “sottopelle” comporti dei rischi.



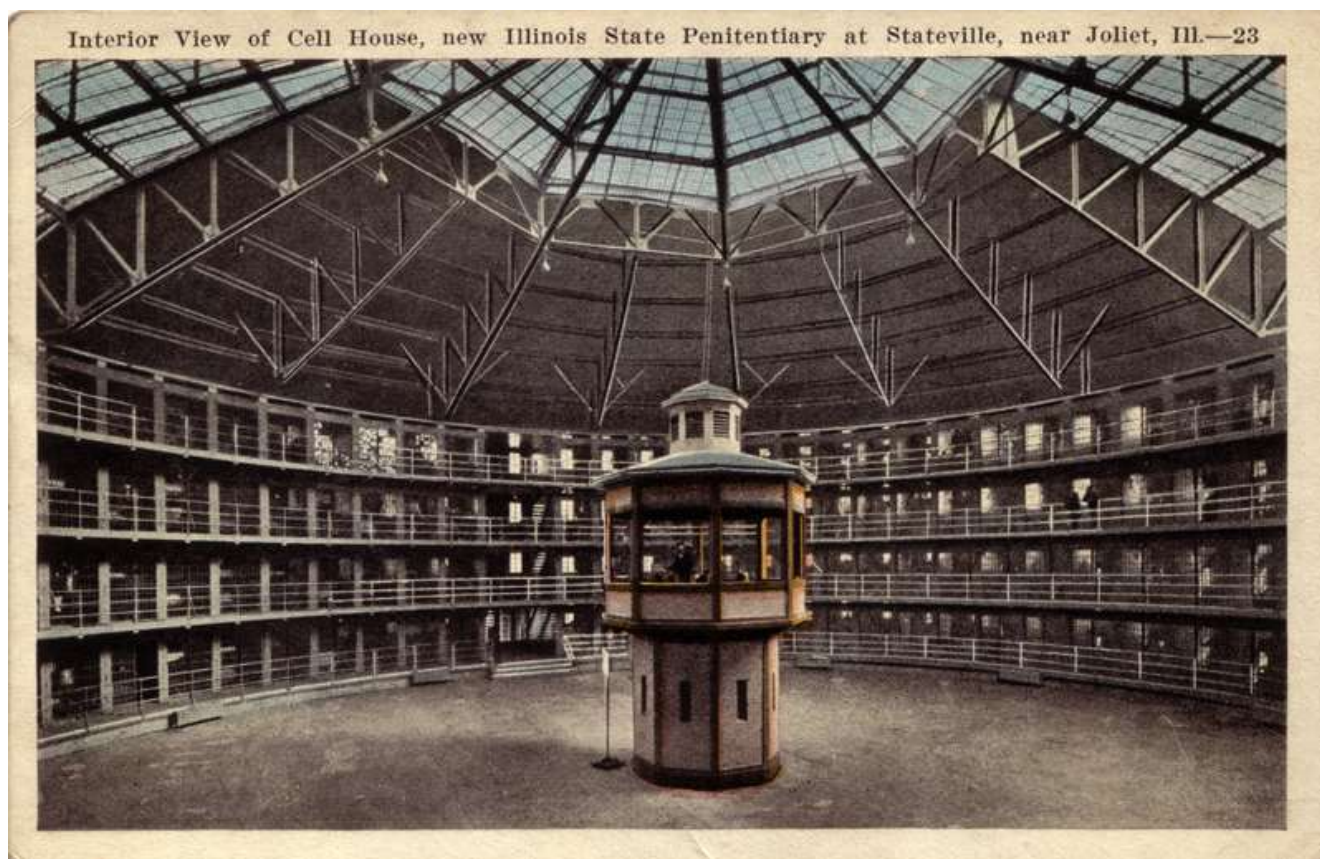
Copertine di testi recentissimi, in cui è fatto ampio uso della metafora della guerra

Sorveglianza biometrica

Ora cerco di avvicinarmi al titolo. *Endoptikon* prende spunto da *Panopticon*, un complesso sistema architettonico di sorveglianza descritto da

Jeremy Bentham, dove una torretta posta al centro dell’edificio consente alle guardie che vi si trovano dentro di controllare centinaia di detenuti senza essere visti da essi. Foucault ha scritto molto sul *Panopticon* e la governamentalità, ovvero una sorveglianza soft creduta perenne e continua che rende le nostre mentalità affini alle richieste dello status quo. Si tratta della conseguenza di un potere diffuso e non gerarchico, un potere che non fa uso della forza e della violenza, ma della volontà degli individui che sono “addomesticati” a certi modi di fare, comportarsi, vivere. Oggi si direbbe “*nudging*”. Non sorprende allora che uno dei libri più famosi degli ultimi anni sia proprio *Capitalismo della sorveglianza* di Shoshana Zuboff. Nell’opera viene descritta una forma particolare di sorveglianza applicata ai nostri consumi, ai nostri gusti e attività online. Grosse aziende come *Google* e *Facebook* ci convincono spesso a rinunciare a parte della nostra privacy in cambio di alcuni servizi: un email gratuita, una socialità digitale. In questo caso il controllo si sposta sui nostri “*data double*”, le identità online e numeriche che ci accompagnano e crescono ogni volta che postiamo una foto su *Instagram* o utilizziamo il *wifi* in un aeroporto. Ancora mi preme sottolineare che si tratta di una sorveglianza sui nostri consumi, gusti, acquisti non sulle nostre idee. Sono i nostri “*data double*” a essere sorvegliati non le nostre credenze o la nostra fede politica (per ora).

In 1984, il famoso libro di Orwell, il protagonista Winston doveva convincersi che due e due non fa quattro, doveva crederci, doveva amare il Grande Fratello. Oggi possiamo amare chi ci pare, al Potere non interessa cosa crediamo. Non gli/le interessa prevedere i motivi per cui ci comporteremo in un certo modo. Il potere sa già che ci comporteremo in un certo modo perché ha osservato, comparato, elaborato i nostri pattern di vita e quindi conosce le correlazioni. (Improvvisamente il peccato capitale della metodologia – scambiare correlazioni per causazione – è stato totalmente riabilitato). Ma potrebbe prendere piede una sorveglianza ancora più profonda⁶. Una sorveglianza più intima anche se non invadente, una sorveglianza molecolare, direbbe Nikolas Rose. Negli Stati Uniti alcune assicurazioni sanitarie ti fanno la polizza solo se usi



il *fitbit*, anzi sono loro a regalartelo. Così sanno se fai sport, se ti muovi, se il tuo cuore batte regolarmente, se sei in ansia... Dunque sanno se sei potenzialmente esposto a malattie e quindi, per l'assicurazione, a esborsi per le cure. Possono modulare il prezzo della polizza sui tuoi stili di vita (che sono l'effetto in gran parte di determinanti sociali ed economici). Volendo possono incrociare i tuoi dati fisiologici con il lavoro che fai, con la tua situazione familiare, e anche con quello che negli Stati Uniti è il più forte predittore di aspettativa di vita. Un numero. Lo zip code. Il tuo cap. Ovvero il luogo in cui abiti.

Ma chi è che ci sorveglia? Sono oscuri funzionari guardoni che portano occhiali con lente spesse? Una sorta di KGB o CIA delle molecole? No, sono algoritmi. Sono programmi che reagiscono a numeri che superano certe soglie, a parametri che comparano le nostre performance fisiche. Collezioni di nostre abitudini comportamentali, lette attraverso la vita silenziosa, ma vivacissima, delle nostre molecole.

Yuval Noal Harari, l'autore del fortunato *Homo Deus*, in un articolo comparso sul *Financial Times* del 19 aprile e intitolato *Il mondo dopo il Corona virus*, paventa uno scenario distopico:

“Fino a questo momento, quando il dito toccava lo schermo dello *Smartphone* e faceva clic su un collegamento, il governo voleva sapere esattamente su cosa stava facendo clic. Ma con il coronavirus, il focus dell'interesse si sposta e ora il governo vorrebbe conoscere la temperatura del dito e la pressione sanguigna sotto la sua pelle. Uno dei problemi che riscontriamo rispetto alla sorveglianza è che nessuno di noi sa esattamente cosa potrebbe succedere nei prossimi anni. La tecnologia della sorveglianza si sta sviluppando a grande velocità, e ciò che sembrava fantascienza 10 anni fa è già oggi una vecchia notizia. Prendiamo un ipotetico governo che pretenda che ogni cittadino porti un braccialetto biometrico in grado di controllare la temperatura corporea e la frequenza cardiaca 24 ore al giorno. I dati risultanti vengono raccolti e analizzati da algoritmi governativi. Gli

algoritmi sapranno che sei malato anche prima che tu te ne accorga, e sapranno anche dove sei stato e chi hai incontrato. Le catene di infezione potrebbero essere drasticamente accorciate e persino tagliate del tutto. Un tale sistema potrebbe probabilmente fermare le epidemie sul nascere in pochi giorni. Sembra tutto meraviglioso, vero? L'aspetto negativo è, ovviamente, che ciò darebbe legittimità a un nuovo terrificante sistema di sorveglianza. Se, ad esempio, sai che ho fatto clic su un collegamento Fox News anziché su un collegamento CNN, ciò può indicarti qualcosa riguardo le mie opinioni politiche e forse anche sulla mia personalità. Ma se riesci a monitorare cosa succede alla mia temperatura corporea, pressione sanguigna e battito cardiaco mentre guardo i *video clip*, puoi scoprire cosa mi fa ridere, cosa mi fa piangere e cosa mi fa arrabbiare davvero.”⁷

La sfida principale sarà quindi quella di sorvegliare chi o cosa ci sorveglia. Mantenere il monitoraggio all'interno degli scopi sanitari. Limitare questi sistemi ai soli periodi di emergenza. Un impegno necessario, un compito gravoso. Forse Harari è eccessivamente pessimista, o forse verrà inventata un'app che permetterà di emanciparsi dalla sorveglianza. O una *app* che sorveglia chi ci sorveglia, come fossimo in un quadro di Escher. L'importante è che non si diventi strabici in questo coacervo di sguardi. O se questo deve essere che sia strabismo di Venere, per usare una metafora.

¹ Si veda nel nostro caso, il toccante reportage intimo e sociologico del collega bergamasco Lorenzo Migliorati, *Un sociologo nella Zona Rossa*, Angeli, 2020.

² <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>

³ Sontag S. (2002), *Malattia come metafora*, in *Malattia come metafora. Cancro e Aids*, Mondadori, Milano [ed orig.: (1977), *Illness as Metaphor*, Vintage, New York].

⁴ <http://temi.repubblica.it/micromega-online/coronavirus-metafore-di-guerra-e-confusione-di-concetti/>

⁵ Si veda: Moretti V. (2019), *Questione di sguardi. La complessa relazione tra sorveglianza e salute nell'era digitale*, in Moretti V., Morsello B. (a cura di), *Interferenze digitali. Prospettive sociologiche su tecnologie, biomedicina e identità di genere*, FrancoAngeli, Milano.

⁶ Ne parliamo in Maturò A., Moretti V. (2018), *Digital Health and the Gamification of Life: How Apps Can Promote a Positive Medicalization*, Bingley, West Yorkshire, Emerald, 2018.

⁷ <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>

VIRUS TOTALE FENOMENOLOGIA DEL CONTAGIO

Emilio Gardini

I feel stupid and contagious
(Nirvana, Smells like teen spirit)

«Non esiste malattia che non coinvolga l'essere nella sua totalità» scrive Jacques Le Goff¹ a proposito della lebbra nel medioevo. Probabilmente vale anche per quanto concerne la diffusione di CoVid19 in buona parte del mondo, oggi. L'epidemia coinvolge l'individuo e la società nella loro totalità. È per questo una “questione sociale”, che riguarda tutti, ma che non tratta tutti alla stessa maniera. Se è vero che – come avveniva per i lebbrosi e gli appestati del medioevo – il confinamento e l'isolamento rimangono delle misure ricorrenti per contrastare il contagio; quanto succede con il CoVid19, presenta delle differenze importanti rispetto al passato che è bene evidenziare per cogliere la “fenomenologia del contagio”.

Che cosa significa “contagio”? “Infezione”? “Immunità”? Sono concetti che ritornano ormai di frequente nel linguaggio comune ma che hanno una valenza, oltre che medica, sociologica e politica. La storia delle epidemie è “storia sociale e politica” perché l'impiego di misure per contrastare il contagio si riflette sulla società ridisegnando il senso della convivenza. Acquistano significato diverso il lavoro, l'economia, la salute, la vita ordinaria tutta. L'epidemia ha effetti che proiettano, nel mondo, immagini “altre”, spesso opache, delle “forme di relazione”; la distanza (sociale o fisica?); la responsabilità (individuale o collettiva?); il senso della protezione (di sé o della collettività?). Tutto questo delinea evidentemente una nuova “razionalità”, forse

non del tutto nuova, ma espressione della società nella quale ciò che conta è l'individuo e meno la “collettività”. Il contagio isola ognuno riproducendo l'organizzazione sociale di una società di per sé de-collettivizzata. Nella “società degli individui”, il contagio diventa rappresentazione della dissoluzione di un ordine socio-politico nel quale, per usare la metafora epidemiologica, l'agente che causa il contagio e l'ospite si fondono.

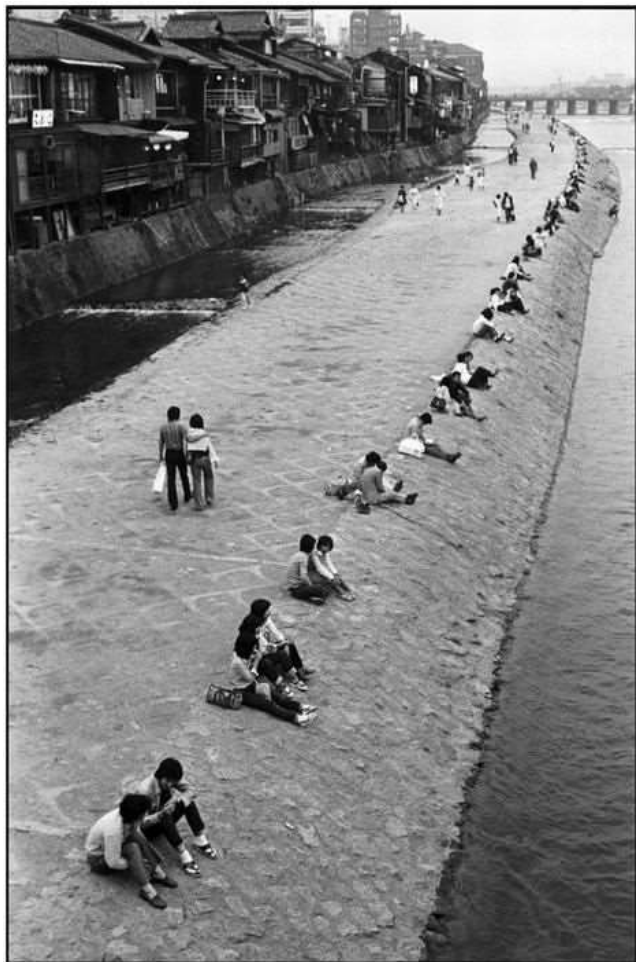
La fisica del contagio

Il contagio agisce per contatto ma separa e divide. Le politiche che tentano di mitigare il contagio sono anch'esse politiche di separazione che proiettano nell'organizzazione sociale orientamenti per la coesistenza. Anche l'immunità di gregge, che nel linguaggio epidemiologico descrive la possibilità di un gruppo sociale di proteggersi (attraverso il vaccino o attraverso il sistema immunitario che si adatta ai patogeni), è un concetto che implica meccanismi di individuazione di differenze. Occorre isolare alcuni elementi e fare in modo che essi si assimilino al gregge e non “diventino” anomalia. L'immunità è la dimensione “altra” del contagio. Entrambe agiscono per mezzo della classificazione e della separazione.

L'immunità ha la funzione di mettere in salvo la vita – il “paradigma immunitario” come necessità dell'individuo moderno² – ma essa descrive al contempo lo stato di isolamento e quindi di difesa dagli attacchi esterni (in questo caso di un virus), che non si realizza nella coesione ma nella distanza. Vi è, nella società moderna, la volontà di immunizzarsi a tutti i costi di fronte ai rischi, adottare strumenti di separazione e di protezione, materiali e simbolici. L'“immune” si isola al fine di proteggersi, liberandosi dal vincolo della cooperazione. L'immunità è la dispensazione dell'obbligo, lo sgravio del contratto della *Societas*. Gli effetti materiali e simbolici del contagio svelano la vulnerabilità dei sistemi sociali moderni di fronte al rischio che non è di per sé un imprevisto ma una possibilità attesa.

Scrivendo Elias Canetti a proposito di quanto avviene nelle grandi epidemie: «Il contagio, che nell'epidemia ha tanta importanza, fa sì che gli uomini si isolino gli uni dagli altri. Il miglior modo di difendersi consiste nel non avvicinare alcuno: chiunque potrebbe già portare in sé il contagio. Alcuni fuggono

dalla città e si disperdono nei loro possedimenti. Altri si chiudono in casa e non lasciano entrare nessuno. Ciascuno schiva gli altri. Tenere gli altri a distanza è l'ultima speranza. Le prospettive di vivere, la vita stessa, si esprimono per così dire nella distanza dagli altri ammalati»³. Ecco, allora, che il contagio è una questione politica perché riguarda,



Couples quay, Kyoto, 1978. Martine Franck (1938-2012)

nei suoi effetti e nel suo manifestarsi, le forme di associazione. Perché vi sia pericolo di contagio occorre il contatto; *con-tactus*, toccarsi a vicenda. Il contatto diretto. Come la cultura, il sapere, i valori e la conoscenza, il contagio si trasmette, passa da individuo all'altro. Per infettare bisogna agire verso l'altro, come il virus agisce verso la cellula.

Il contagio in rete, "l'essere virale", è tutt'altra questione. Lì non c'è contatto ma connessione a distanza che, anzi, viene sollecitata in quei momenti, come accade di questi tempi, in cui "stare vicini" è considerato pericoloso. Il principale problema del

contagio – come insegnano le misure di isolamento, più e meno rigide prese durante le epidemie, anche nella storia passata – è la presenza. Per contrastare il contagio si minano i presupposti che reggono la società e la sociabilità. Il contagio e l'infezione sono fatti che si formano "spazialmente", per usare le parole di Georg Simmel, agiscono attraverso lo spazio ed è attraverso lo spazio che vanno compresi.

Simmel scrive che l'associazione rappresenta, di fatto, la forma della società. La forma non è separata dal contenuto, anzi è a essa strettamente connessa. L'esistenza isolata di per sé – il contenuto, la vita materiale – non forma società; perché vi sia società, i contenuti, ovvero le pratiche e le azioni, devono "influenzarsi", agire spazialmente.

L'associazione, per questo, è data dall'incontro di interessi, comportamenti e scopi individuali che si riflettono sull'azione dell'altro. Il lavoro o qualunque altra condizione dell'esistenza (come l'amore, la religiosità e finanche la tecnica, scrive Simmel) non costituisce di per sé "associazione" se non quando produce coesistenza. I comportamenti sociali quindi producono associazione quando «(...) strutturano la coesistenza isolata degli individui uno accanto all'altro in determinate forme di coesistenza con e per l'altro, le quali rientrano sotto il concetto generale dell'azione reciproca»⁴. Sono le "forme di relazione" a produrre la società. È evidente allora che l'isolamento non produce società.

Il corpo del contagio

Come è avvenuto tra la fine del diciottesimo e la prima metà del diciannovesimo secolo, quando l'Igiene pubblica diventa istituzione biopolitica di governo delle condotte, le misure prese in seguito all'epidemia di CoVid19 probabilmente diventeranno permanenti, verranno incorporate fino a diventare pratiche ordinarie. L'igienismo – che nasce pressappoco quando si consolida quell'idea di sanità pubblica molto vicina al modello che noi oggi conosciamo – produce una serie di indicazioni che diventano la norma nella vita ordinaria delle persone. La cura di sé, l'igiene personale, le condotte da tenere diventano principi cardini della modernità attraverso una pedagogia morale il cui fine è governare i costumi, il corpo e la sua potenziale

“minaccia”. Era buona pratica che il cittadino borghese fosse profumato e ben curato, perché si distinguesse dalla povertà lercia e domasse così la “decadenza dei temperamenti”, come in molti trattati dell’epoca si riportava.



Michele Cammarano. *Incoraggiamento al vizio* (1868)

Non è cosa rara leggere nei manuali di Igiene Pubblica della prima metà dell’Ottocento che la “depravazione dei costumi”, prodotto della “decadenza morale” dei tempi, fosse causa di diffusione di malattie infettive (la correlazione, per esempio, tra masturbazione giovanile e la *tisi polmonare*, la malattia infettiva a noi più nota come tubercolosi).

Ciò su cui questi trattati insistevano era in fondo i comportamenti. I mali e le malattie, soprattutto quelle trasmissibili, andavano contenuti attraverso la sobrietà e la morale. Sarà più lieve il destino delle famiglie e meno dolorosa la vita – si legge nei trattati di Polizia Medica e di Igiene – se i giovani non si abbandonano totalmente ai piaceri sessuali, se la

moda non prende il sopravvento lasciandoli scoperti al freddo dell’inverno, se si è più “attenti” nell’alimentazione, nella cura della persona, nel “governo” del corpo. Il lavoro di riformatori, medici, igienisti e amministratori, era considerato un dovere morale. L’impiego di misure di contenimento “morale e sanitario” – evidentemente un prodotto dalla razionalità moderna che contrasta con l’immagine impura della povertà sporca e reietta – trova applicazione tanto nella vita materiale, attraverso le trasformazioni urbanistiche operate per mezzo dell’ingegneria sanitaria (regolamentare i mercati, la vendita degli alimenti, le attività all’aperto, ecc...), quanto nella vita sociale, attraverso l’imposizione di norme e principi per la salute fisica. «Appartiene all’autorità pubblica di darvi un’impulsione profittevole: essa è l’anima del corpo sociale; dalle sue buone o cattive istituzioni verranno necessariamente prodotte generazioni più o meno vigorose, più o meno capaci di resistere all’azione distruttiva degli agenti fisici, più o meno dotate di quelle virtù magnanime e generose che di rado si incontrano in corpi deboli e estenuanti », si legge in un trattato del 1830⁵.

Si verifica, quindi, un cambiamento importante nella percezione del corpo nella modernità rispetto al mondo antico. Il corpo dell’ammalato del medioevo è un corpo sofferente che cerca la liberazione dal peccato che ne ha causato l’infezione. La lebbra coglie i peccatori; la malattia si realizza sul corpo ma passa attraverso l’anima e lo spirito. Diversamente, nella storia moderna, si tiene lontana l’impurità attraverso la regolamentazione disciplinare dei comportamenti. Qualche similitudine col presente; cosa fare e cosa evitare nei luoghi pubblici, quanta distanza fisica, come e quante volte lavarsi le mani, sui polsi, tra le dita e le unghie, coprirsi con guanti e mascherine in presenza degli altri, starnutire nella piega del gomito e in assenza di persone. Un ritorno all’arte delle ripartizioni di cui scrive Michel Foucault⁶.

Queste pratiche, che hanno lo scopo di contrastare la diffusione e il ritorno dell’epidemia rimangono anche nella fase di post *lockdown* e probabilmente rimarranno per molto ancora (le aziende cominciano a fare spot pubblicitari con operai in mascherina e le attività che forniscono

servizi organizzano delimitazioni per garantire le distanze). La rieducazione dei comportamenti e dell'uso del corpo è una costante della storia moderna.



La domenica del Corriere, 1962. Copertina di Walter Molino

Allora, per comprendere la fenomenologia del contagio occorre comprendere il funzionamento territoriale del corpo e le modalità di violazione dello spazio che lo vedono in causa. Il corpo come limite per il controllo dello spazio individuale e collettivo, il corpo come agente contaminante. Vicinanza, contatto fisico, igiene e cura di sé sono misure di controllo che permettono o limitano l'azione e la circolazione nello spazio pubblico. La modalità di violazione più interessante tra quelle veicolate per mezzo del corpo è rappresentata dalle secrezioni fisiche, le secrezioni del corpo che lasciano tracce che si possono "poggiare" sull'altro, evidenzia Erving Goffman⁷.

Le goccioline invisibili, *droplet* – parola ormai d'uso comune anche nella lingua italiana – che vengono prodotte quando si starnutisce, si tossisce o quando

semplicemente si parla, e che entrano a contatto con le mucose e gli orifici degli altri attraverso il corpo che si muove nello spazio pubblico, sono le secrezioni dalle quali difendersi. La mascherina, in questi termini, è un dispositivo immunitario di "auto-sorveglianza" che ha la funzione di "allertare" gli altri (sappiamo veramente bene quale mascherina usare e in quali casi?).

Tuttavia le secrezioni (moccio, sudore, sputi, sperma ecc...) non hanno valenza di agenti contaminanti solo in casi straordinari, come può essere nel caso delle epidemie: una coppia che ha rapporti sessuali frequenti potrebbe non avere piacere nello scambiarsi lo spazzolino da denti – scrive Goffman – o passarsi il boccone di cibo masticato.

I "territori del sé" sono quindi fortemente normati e la distanza che scompatta le forme di associazione agisce attraverso un sistema di controllo normalmente interiorizzato. Erving Goffman è illuminante su questo: «Dato che si può essere sicuri che gli individui eviteranno le situazioni in cui potrebbero essere contaminati da un altro o contaminarlo, ne deriva che essi possono venire controllati da lui se egli è disposto a fare di se stesso, in modo calcolato, quell'oggetto che gli altri tenteranno di evitare ed evitando il quale si muoveranno nella direzione che lui desidera⁸».

Verso la de-contaminazione politica

Scriva Piero Camporesi nell'introduzione al libro di Alain Corbin sulla storia sociale degli odori (1983): «Il cosiddetto «processo di civilizzazione» di cui vanno parlando taluni annosi sociologi (rispolverati e tratti ora sorprendentemente dall'ombra) che ne descrivono la fenomenologia senza curarsi di capirne le cause, la «marcia verso la civiltà», con tutte le pratiche istituzionalizzate di lavacri e abluzioni, subì una potente accelerazione quando la gente incominciò a credere ai bacilli, ai microbi (poi anche i virus entrarono nel circuito popolare, nelle enciclopedie mentali delle masse), quando incominciò ad esaurirsi la credenza che la contaminazione fosse una specie di maleficio stregonesco e la peste un oscuro castigo (un «flagello», una violenta fustigazione del corpo sociale peccante) voluto e mandato da Dio (gli aerei «atomi velenosi» sentiti come sicari spediti da un Onnipotente irato, omicida, assetato



William H. White, *Social life of small urban spaces*, 1980

di sangue); quando la medicina lentamente iniziò a dissociarsi dalla teologia prima e dalla magia poi; la chimica, a sua volta, dall'alchimia; quando si fece strada la convinzione dell'esistenza di meccanismi differenti di trasmissione dei morbi e si pensò quindi a una diversa origine; quando il Male venne messo in disparte dalle malattie»⁹. La modernità, dunque, è il luogo e il tempo nel quale il male e la malattia prendono strade separate; il castigo non è più nella natura o effetto di malefici e le credenze si scontrano con la razionalità scientifica.

Nonostante ciò, tendiamo ancora a considerare il virus come un'entità invisibile, un nemico proveniente da un mercato esotico, lontano, sconosciuto e inconciliabile con il nostro mondo. Un organismo impercettibile, indipendente da noi, che cambia le nostre vite.

È l'incapacità di comprendere il cambiamento o la poca volontà di farlo?

L'idea di protezione della collettività così come la intendiamo oggi – di protezione anche dal virus quindi – nasce con la società moderna. Se nel mondo antico era Dio o il Sovrano a proteggere (ma

anche a punire), nella modernità secolarizzata e razionale, gli individui liberi ottengono protezione attraverso le istituzioni della società che hanno creato e verso le quali non sono sudditi ma soggetti di diritto. Dal potere assoluto del Leviatano hobbesiano, che attraverso la paura domina sullo “stato di natura” (per salvaguardare la vita!), allo “stato di libertà”, ma di insicurezze costanti del capitalismo avanzato. Il dispositivo della contaminazione rende, per certi versi, la modernità “meno moderna”, ne mina l'equilibrio interno riportando l'ordine sociale allo stadio primordiale, dove si sospendono finanche i rituali collettivi. Si è visto, la modernità, attraverso la tecnica e il sapere medico-politico, intende liberarsi del contagio: disinfettare, sanificare, deodorare, decontaminare

il corpo biologico e il corpo sociale. Tuttavia, la contaminazione¹⁰ diventa un “dispositivo simbolico totale” che rende il pericolo “collettivo”, uguale per tutti, che minaccia il patto costitutivo della comunità ma, al contempo, come per contraddizione, opera una selezione e intercetta le anomalie. Ciò che non è comprensibile o che non si “vuol comprendere” può essere inteso attraverso la contaminazione.

Definire la povertà come “contagiosa”, nel pieno della questione sociale della metà dell'Ottocento, aveva l'obiettivo di marcare la differenza tra vita decorosa e vita non decorosa, tra dignitosi e non dignitosi, tra una classe dominante e l'altra sottomessa che avrebbe potuto sovvertire l'ordine della modernità.

La contaminazione, dunque, può diventare un mezzo per spingere i cittadini tutti a impegnarsi per la difesa della società. Soprattutto attraverso le loro stesse risorse; la debolezza politica della tarda modernità conta sulla “responsabilità individuale” sganciata dalla coscienza collettiva. Questa la differenza del contagio da Covid19 rispetto alle epidemie del passato: ognuno può diventare anomalia se non si fa carico in autonomia di sé e si adopera per il cambiamento. La de-contaminazione politica fa

del virus “un nemico” al quale bisogna reagire attraverso la fiducia in qualcosa che, di volta in volta, sostituisce la politica (gli esperti? le equipe di tecnici? la medicina? il sapere scientifico?).

Dimentichiamo, come ancora Georg Simmel ci riporta alla memoria, che alla fiducia si ricorre quando non si ha certezza e conoscenza piena delle cose. Che questo porti l'uomo moderno alla continua ricerca di strategie che gli consentano di adattarsi ai mutamenti pur senza comprenderli fino in fondo? Voci diverse, spesso contrastanti, hanno cercato e cercano ancora oggi di dire la loro sul Covid19 e sui mezzi per “liberarsene”. Non è ancora del tutto chiaro cosa avverrà in questo post-lock-

down, in quale direzione stiamo andando, se ci troviamo nel prosieguo della crisi iniziata ormai da più di dieci anni o ne affrontiamo una nuova.

Previsioni e proiezioni circa il ritorno dell'epidemia prendono il sopravvento sul governo politico del presente. Come intendiamo proteggere la società da ciò che immaginiamo possa metterla in crisi? E cosa, soprattutto, immaginiamo possa realmente metterla in crisi?

La soluzione della modernità razionale e scientifica, ma politicamente debole, sembra quella di trasformare il veleno in cura. Dunque, il *pharmakon* in *pharmakon*.

¹ Le Goff J. (in coll. con N. Truong), *Il corpo nel Medioevo*, Laterza, Roma-Bari, 2005.

² Esposito R., *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, Torino, 2011.

³ Canetti E., *Massa e potere*, Adelphi, Milano, 2016, pp. 331-332. (ed. or 1960).

⁴ Simmel G., *Sociologia*, Meltemi, Milano, 2018, p. 65. (ed. or. 1908).

⁵ Foderè F. E., *Trattato di Medicina legale e d'Igiene pubblica o di Polizia di Sanità*, Napoli, Tipografia della Minerva, 1830, p.29.

⁶ Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 2014 (ed. or. 1975).

⁷ Goffman E., *Relazione in pubblico*, Cortina, Milano, p.43 (1971).

⁸ Goffman E., *op. cit.*, p. 33.

⁹ Camporesi P., *Introduzione: odori e sapori*, pp. XLV-XLVI in Corbin A., *Storia sociale degli odori. XVIII e XIV secolo.*, Arnoldo Mondadori, Milano, 1983 (ed. or. 1982)

¹⁰ Si deve all'antropologa Mary Douglas la riflessione sulla funzione simbolica della contaminazione. Cfr. *Purezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna, 1993 (ed. or. 1966)



COME IL SISTEMA SANITARIO HA RISPOSTO ALLA PANDEMIA DI COVID19

Guido Giarelli

Come ogni pandemia, quella di COVID-19 che stiamo vivendo, oltre a presentare un livello di incertezza e di imprevedibilità molto elevate con effetti sociali ed economici alquanto rilevanti che stiamo soltanto cominciando ad intravedere, costituisce una sfida significativa innanzitutto per i sistemi sanitari. Essa mette infatti a dura prova quella

che, almeno dal 2014 al tempo della epidemia da Ebola in Africa, a livello di ricerca internazionale sui sistemi sanitari si definisce “resilienza”.

Poiché però questo termine è stato poi spesso utilizzato in modo improprio ed abusato in diversi ambiti, è opportuno anzitutto chiarire che cosa intendiamo per “resilienza di un sistema sanitario”: adotteremo, a tal fine, la definizione proposta da un gruppo di studiosi inglesi del Department of Global Health and Development della London School of Hygiene and Tropical Medicine e dell’Institute of Development Studies di Brighton che, oltre alla sua autorevolezza, ha il pregio di offrire un quadro di riferimento particolarmente innovativo basato sulla teoria dei sistemi, della complessità e sugli studi ecologici per leggere la realtà piuttosto disorientante che stiamo attualmente vivendo. Per *resilienza di un sistema sanitario* essi intendono “la sua capacità di

assorbire, adattarsi e trasformarsi quando esposto ad uno shock come una pandemia, un disastro naturale, un conflitto armato o una crisi finanziaria, mantenendo comunque lo stesso controllo sulla propria struttura e funzioni” (Blanchet *et al.*, 2017:431). Il riferimento alla pandemia come uno dei possibili fattori di shock di un sistema sanitario è particolarmente attinente alla realtà attuale e rende il quadro concettuale che i ricercatori propongono conseguentemente alquanto significativo per analizzare le modalità di risposta a tale evento e le loro concrete implicazioni in termini di politiche sanitarie.

La sostenibilità di un sistema sanitario è infatti in perenne equilibrio omeostatico, quindi sempre precario in quanto minacciato da una molteplicità di fattori interni ed esterni: essa dipende in buona parte dalla sua capacità di autoregolarsi, definita come “*governance della resilienza*” (Blanchet *et al.*, 2017:432-3), che implica quattro dimensioni fondamentali tra loro strettamente interconnesse.

La prima è la capacità di un sistema sanitario di raccogliere, integrare ed analizzare diverse forme di conoscenza e di informazione, combinandole tra di loro per essere utilizzate ai fini dei processi decisionali necessari a fronteggiare tempestivamente le emergenze; la seconda è la sua capacità di anticipare e far fronte alle incertezze e agli eventi inattesi con opportune strategie preventive; la terza è la sua capacità di gestire l'interdipendenza tra gli attori in campo riuscendo a controllare efficacemente le dinamiche multiple (intersettoriali a livello orizzontale) e multilivello (verticale: sovranazionale, statale, regionale, locale) che le azioni dei diversi attori comportano; e, infine, la quarta è la sua capacità di costituire o sviluppare istituzioni e norme legittime e socialmente accettabili per far fronte al fattore di shock.

Di seguito applicheremo queste quattro dimensioni all'analisi di come il sistema sanitario italiano ha risposto alla pandemia da COVID-19 nel contesto internazionale, cercando alla fine di valutarne gli esiti in termini di livelli di resilienza.



I dimensione: *Public Health Intelligence*

Riuscire ad anticipare gli shock e gli eventi come una pandemia richiede un sistema di sorveglianza funzionale in grado di informare i manager dei servizi sanitari ed i decisori politici in tempo utile sul sorgere della malattia e sullo stato della sua diffusione. Ciò dovrebbe consentire loro di valutare se le risorse esistenti in termini di servizi, personale e attrezzature sono in grado di intervenire precocemente in modo adeguato per isolare il contagio prima possibile, oppure è necessario colmare eventuali gap o debolezze.

È dunque sulla fase iniziale di una pandemia che occorre concentrarsi, dal momento che è in tale fase di insorgenza che precede il pieno riconoscimento (Rosenberg, 1989) che si gioca in buona parte il suo andamento successivo. In tale fase, infatti, la popolazione tende ad ignorare o a rimuovere i segnali che indicano che qualcosa di strano sta accadendo per un desiderio di riassicurazione o per interesse economico che solo l'accelerazione del contagio e della mortalità forzerà verso il riconoscimento.

Diviene quindi cruciale, quella nuova componente emergente della sanità pubblica che si definisce “*public health intelligence*” (French e Mykhalovsky, 2013), ovvero la rilevazione (possibilmente anche anticipata) degli eventi sanitari critici nel momento in cui accadono al fine di disseminare l'informazione necessaria a preparare l'emergenza e a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle misure preventive da mettere in atto. Sono quegli “eventi sentinella” che, se tempestivamente individuati, consentono di rilevare precocemente una pandemia al fine di prevederne il possibile andamento.

Da questo punto di vista, possiamo dire che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano si è mostrato complessivamente assai carente dal momento che, probabilmente anche per la sua frantumazione a livello regionale, non è stato in grado di cogliere in anticipo i segnali della pericolosa virulenza del nuovo Coronavirus. Anche se, in questo, è sicuramente in buona compagnia a livello internazionale, dal momento che potremmo consolarci con le bestialità darwiniste tipo “immunità di gregge” del leader britannico Johnson e le centinaia di migliaia di morti che avrebbe comportato se fosse stata seguita, distruggendo peraltro quel poco che rimane del glorioso *National Health Service* britannico; salvo poco più di due settimane dopo, ormai lui stesso positivo al virus, virare verso misure più restrittive indirizzando alle famiglie britanniche una lettera nella quale rivolgeva loro un appello perentorio: “Dovete restare a casa”.

Anche le giravolte di Trump, con continui dietrofront rispetto alle indicazioni precedentemente date e oscillazioni iperboliche tra scellerata sottovalutazione e inconsulta rigidità, in un paese come gli USA che vanta ormai il non invidiabile primato di aver scavalcato la Cina, il Regno Unito e l'Italia al primo posto della classifica mondiale dei positivi e dei morti per Coronavirus, appaiono tristemente inconsulte; mentre le funeste previsioni dell'immunologo Anthony Fauci, che guida il National Institute of Allergy and Infectious Diseases dal 1984, sul fatto che la pandemia avrebbe potuto raggiungere tra i 100mila e i 200mila morti, con milioni di persone infettate in un paese privo di un sistema sanitario pubblico adeguato si sono rivelate purtroppo fondate.

Tornando al caso italiano, ciò che non ha funzionato nello specifico in questa dimensione è stata la rete degli osservatori epidemiologici regionali e di Asl, il cui personale è stato spesso tagliato o talvolta addirittura cancellato, riducendoli a meri organismi burocratici; così come i Servizi di Igiene pubblica, spesso privati della loro capacità di rilevazione di dati e informazioni utili per orientare azioni conseguenti e tempestive. A ciò possiamo aggiungere che il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), istituito nel 2003 al tempo delle pandemie da influenza aviaria e

influenza suina, è stato chiuso nel 2016, vittima dei tagli della politica di *austerità* post-crisi economica e finanziaria del 2008.



Il dimensione: il management dell'incertezza

Anche quando manager e decisori politici avessero a disposizione un'informazione adeguata e sufficiente, le decisioni da prendere in merito alla strategia più opportuna da adottare restano comunque complesse: e ciò dipende essenzialmente dall'incertezza e dall'imprevedibilità circa la diffusione del contagio. Ecco che allora, a fronte dei limiti di ogni razionalità tecnocratica, considerando la necessità di intervenire preventivamente in maniera la più rapida possibile, la strategia migliore diviene quella di coinvolgere gli attori ed i servizi più direttamente implicati nel processo pandemico: la medicina territoriale e le cure di prossimità.

È chiaro che ciò è possibile solo se si dispone di una rete adeguata di servizi sanitari territoriali (distretti socio-sanitari, case della salute) e di professionisti sanitari e sociali (medico di Medicina Generale, pediatra di libera scelta, infermiere di famiglia e di comunità, ostetrica di comunità, assistente sociale, operatore sociosanitario, farmacista, ecc.) in grado di agire quale canale di comunicazione bidirezionale tra il sistema sanitario e la popolazione: rilevando gli eventi critici con tempestività e disseminando conseguentemente l'informazione necessaria. Tale rete diviene fondamentale anche per disporre di una assistenza sanitaria primaria in grado di filtrare poi in modo appropriato gli eventuali ricoveri d'emergenza quando realmente necessari verso l'assistenza secondaria ospedaliera senza sovraccaricarla inutilmente. La differenza tra ciò che è accaduto in Lombardia – dove questa rete è stata praticamente smantellata con la riforma del 2015

che ha trasformato le ASL in ATS (Agenzie per la Tutela della Salute), enti burocratici di mero controllo amministrativo delle attività degli ospedali, dotati di scarse competenze in materia di sanità pubblica; la mortificazione del ruolo fondamentale di *gatekeeper* del medico di Medicina generale e la privatizzazione di gran parte dei servizi socio-sanitari territoriali, oltre che degli ospedali – e come sono andate le cose in altre regioni come il Veneto, la Toscana e l'Emilia Romagna, nelle quali la medicina territoriale ha mantenuto invece un ruolo fondamentale sia di prevenzione che di assistenza primaria è paradigmatico da questo punto di vista.

Un ruolo fondamentale avrebbero poi potuto svolgere le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) nel garantire una presa in carico precoce dei contagiati e la loro cura a domicilio; oltre che un coordinamento adeguato tra territorio e ospedale che consentisse di evitare la frammentazione dei servizi ed il sovraccarico degli ospedali dovuto ai ricoveri impropri o tardivi in terapia intensiva. Ma il fatto che in molte Regioni esse siano rimaste sostanzialmente sulla carta (a cominciare proprio dalla Lombardia) ha prodotto invece l'intasamento delle terapie intensive e la scelta scellerata di costruire inutili strutture ospedaliere (temporanee?) poi rimaste in gran parte inutilizzate.

III dimensione: la gestione dell'interdipendenza

Un sistema sanitario è inestricabilmente embricato a livello orizzontale con gli altri sottosistemi del sistema societario (politico, economico, giudiziario, sociale, culturale) e a i diversi livelli verticali delle strutture istituzionali sovranazionali, statali, regionali e locali. Tutto ciò comporta la necessità di una *governance* delle dinamiche di interdipendenze multiple intersettoriali e multilivelli istituzionali alquanto complessa ma necessaria se si vuole tenere sotto controllo i diversi fattori e soggetti che influenzano il funzionamento dei sistemi sanitari come pure la salute dei cittadini.

Il che implica anche riconoscere che una pandemia non è soltanto un problema di emergenza sanitaria, dal momento che il suo impatto tenderà a coinvolgere tutti i suddetti aspetti nelle loro complesse interazioni.

Tralasciando qui il problema della *governance* multipla orizzontale, se ci focalizziamo su quella multi-livelli verticale emerge subito, nel caso italiano, l'evidente disarticolazione che la pandemia da COVID-19 ha messo in luce (se ancora ce n'era bisogno) tra i diversi livelli istituzionali del SSN; e, in particolare, tra il governo nazionale e quelli regionali.

Il processo di devoluzione dallo Stato centrale alle Regioni che ha fatto seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione (l.c. 3/2001), con la trasformazione di fatto del SSN in 21 Servizi Sanitari Regionali (SSR), è divenuto soprattutto negli ultimi anni occasione di conflitti sempre più frequenti ed anzi di scontro istituzionale aperto tra Stato e Regioni, specie nell'ambito del tavolo Stato-Regioni che avrebbe dovuto rappresentare invece lo strumento di conciliazione delle divergenze e di compensazione delle disuguaglianze che il cosiddetto "federalismo" (in realtà, un regionalismo accentuato) ha inevitabilmente prodotto.

Il delinearsi poi di un ruolo sempre più debole dello Stato a fronte di uno sempre più forte di quelle Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna) che, in virtù del peso economico da esse rappresentato sono giunte a rivendicare la cosiddetta "autonomia differenziata" – ovvero, la richiesta di una ulteriore maggiore *devolution* da parte dello Stato solo ad esse, con l'acquisizione di competenze esclusive in diverse materie tra cui quella sanitaria – non ha fatto altro che gettare ulteriore benzina sul fuoco dello scontro istituzionale ormai aperto tra Regioni di serie A (quelle del Centro-Nord con devoluzione), Regioni di serie B (quelle del Centro-Sud e Isole, gran parte delle quali peraltro in piano di rientro) e Stato centrale, sancendo la fine di fatto di ogni effettivo SSN unitario e universalistico.

L'altalena di rivendicazioni e di gioco alla scaricabarile tra i diversi livelli istituzionali verificatosi al tempo del Covid-19 ha così palesemente esplicitato in sede di opinione pubblica quello che fino ad ora era emerso solo in sede istituzionale come il vero prezzo da pagare per tutto ciò: una situazione di sempre più palese differenziazione e disuguaglianza dei cittadini italiani rispetto alle possibilità di accesso alle cure e alla stessa probabilità di sopravvivenza (vedi impossibilità di accesso alle terapie intensive). Tutto ciò ha cominciato a porre

all'ordine del giorno la necessità di un ripensamento complessivo dell'architettura istituzionale del SSN e della sua eventuale possibile (parziale?) ricentralizzazione.

IV dimensione: la legittimazione tra consenso e controllo

L'ultima dimensione implicata nella *governance* della resilienza dei sistemi sanitari di fronte ad uno shock come quello di una pandemia è relativa alla necessità di legittimazione delle scelte operate dai sistemi stessi, qualunque esse siano. Il che dipende dalla sua capacità di farle risultare socialmente accettabili, guadagnando la fiducia dei cittadini.

Nel caso italiano, il passaggio da una strategia più *soft* di sottovalutazione del problema pandemia ad una più *hard* (seppur abbastanza tardiva) di contenimento, implicante forme di distanziamento spaziale (non sociale!) e di segregazione domestica dei cittadini, ha comportato in tutta evidenza la necessità di legittimare a livello mediatico queste misure costrittive della privacy e delle libertà personali - a fronte di un'opinione pubblica tradizionalmente restia a tali forme di controllo sociale - in nome della sicurezza e della salute collettiva.

È comprensibile che tutto ciò abbia sollevato un serio problema sia in termini di privacy che di più generale controllo sociale. Un problema cui la sanità pubblica a livello internazionale ha risposto storicamente oscillando tra le due polarità opposte della preminenza delle libertà individuali (politiche neoliberaliste dei paesi anglofoni) o della costrizione pubblica (politiche autoritarie del capitalismo di sorveglianza nei paesi asiatici).

Se nel primo caso abbiamo assistito alla sostanziale impotenza delle politiche attuate dal governo britannico e da quello statunitense basate sulla mera persuasione dei cittadini, nel secondo caso le politiche conculcanti ogni libertà di movimento del governo cinese o quelle geolocalizzanti mediante la tracciabilità delle reti mobili e di altre informazioni personali del governo sudcoreano si sono rivelate sicuramente più efficaci. Non vi è dunque alternativa all'opposizione tra libertà inefficace e costrizione autoritaria ma efficace? Che il rischio sia anche, nel secondo caso, di veder utilizzate in modo

pretestuoso le motivazioni di sanità pubblica offerte dalla pandemia in atto per attuare forme di "democrazia" come quella di Orbán in Ungheria assumendo i pieni poteri per un tempo illimitato con una legge speciale, chiudendo il parlamento e imbavagliando l'opposizione, è un ulteriore elemento che ci deve far riflettere prima di sposare la "via asiatica" come l'unica possibile: "lo stato d'emergenza indefinito e incontrollato non può garantire il rispetto dei diritti fondamentali democratici" ha dichiarato il Consiglio d'Europa.

Come evitare, allora, che le pur sacrosante misure dal punto di vista della salute pubblica di "distanziamento sociale" al tempo della pandemia da COVID-19 si trasformino nello strumento per sperimentare quello "stato di eccezione" di cui ha scritto Agamben (2003), intendendo la sospensione dell'ordine costituzionale vigente effettuata da parte della stessa autorità statale che dovrebbe essere normalmente garante della legalità e del suo rispetto? Si tratta qui di contemperare due diritti: il diritto alla salute collettiva, e alla vita stessa delle persone da una parte; e i diritti civili di libertà, di circolazione, di espressione e di associazione dall'altra. Ma cos'è questo, in fondo, se non il nesso ineludibile che lega libertà e responsabilità (Cesareo e Vaccarini, 2006)?

Ci pare che l'elemento connettivo tra salute collettiva e libertà individuali consista nel ritenere la *solidarietà* l'interfaccia in grado di coniugare e contemperare quei due diritti solo apparentemente contrastanti, ma in realtà entrambi da perseguire anche in situazioni eccezionali d'emergenza come quella pandemica. E che cos'è la solidarietà se non l'espressione più compiuta dei principi fondativi che sono all'origine del cosiddetto modello sociale europeo?

C'è una figura fondamentale che la *social network analysis* (Borgatti *et al.*, 2009) ha messo in luce come un ruolo fondamentale nell'assicurare la possibilità di legittimazione delle scelte strategiche di un sistema come quello sanitario: quella del cosiddetto *social broker*, ovvero l'attore sociale in grado di interconnettere tale sistema con le

reti sociali dei diversi *stakeholders* implicati. Il sistema sanitario deve sapersi aprire al sapere e alle potenzialità d'intervento informale dell'ambito profano comunitario per attuare forme di attivazione e mobilitare e potenziare tutte quelle risorse, competenze, abilità, conoscenze che nel territorio di una comunità sono disponibili in quello spazio sociale di prossimità e di interconnessione reticolare in cui operano singole persone, famiglie, gruppi, associazioni, enti privati (*community care*).

Mediante l'attivazione di processi di *networking multistakeholders* in grado di mobilitare processi di costruzione di reti tra i diversi attori istituzionali e sociali, pubblici e privati coinvolti diviene possibile passare dall'algido "distanziamento sociale" tra individui amorfi a forme di controllo democratico tra soggetti capaci di bilanciare, in modo proporzionato ed equilibrato, la limitazione di un proprio diritto a favore di un altro nel contesto di un patto di solidarietà efficace ma non illiberale.

È nei momenti di crisi che si misura la reale capacità di tenuta di una democrazia.

Al termine di questo percorso, quali conclusioni possiamo allora trarre in merito alla valutazione complessiva delle modalità con cui il SSN italiano ha risposto alla pandemia da COVID-19? Nella cornice concettuale che abbiamo inizialmente adottato sono previsti tre livelli di resilienza crescenti a seconda della capacità di risposta di un sistema sanitario [Blanchet *et al.*, 2017:432]: *assorbente*, *adattiva* e *trasformativa*. Nel primo caso, il sistema si limita ad essere in grado di neutralizzare l'impatto dello shock prodotto dalla pandemia semplicemente cercando di continuare ad erogare lo stesso livello quali-quantitativo di cure e di protezione di una popolazione precedente utilizzando le medesime risorse e competenze disponibili. Poiché spesso ciò si rivela impraticabile, restano gli altri due esiti possibili.

Nel caso di *resilienza adattiva*, il sistema sanitario riconosce la necessità di praticare qualche forma di cambiamento adattivo (che potrebbe essere sia migliorativo che peggiorativo, a seconda dei punti di vista) che gli consenta comunque di sopravvivere

senza sostanziali cambiamenti. I quali invece vengono messi in campo nel caso di *resilienza trasformativa*, che comporta un sostanziale mutamento strutturale e funzionale del sistema stesso (anche questo potenzialmente sia migliorativo che peggiorativo, a seconda del punto di vista adottato) per meglio adattarsi al cambiamento intervenuto.

Nel caso italiano, ad una fase iniziale di tipo *assorbente* che ha cercato di mantenere il funzionamento del sistema inalterato sottovalutando il problema pandemia, ha poi fatto seguito una seconda fase di tipo *adattivo* che ha comportato una significativa riorganizzazione del sistema con rifunionalizzazione di reparti ospedalieri a reparti COVID-19, assunzione di nuovo personale medico e sanitario, potenziamento delle terapie intensive. Se poi nei prossimi mesi tutto questo potrà comportare anche l'ulteriore passaggio ad una forma di *resilienza trasformativa* in virtù di una ristrutturazione complessiva del SSN (ad es., con una parziale ricentralizzazione), è ancora presto per dirlo.



Quel che è certo è invece il fatto che la lezione fondamentale che possiamo trarre dalla pandemia di COVID-19 è il valore di aver avuto a disposizione un Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universalistico e gratuito, almeno per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, sia pure con tutti i problemi e le contraddizioni che abbiamo cercato di illustrare. Quella che possiamo considerare la maggior riforma realizzata nel dopoguerra, anche in questa circostanza si è rivelato infatti un bene prezioso, che ha consentito di mettere in atto le necessarie misure di emergenza, nonostante ritardi nelle scelte, indubbi errori ed evidenti carenze. Ma tutto ciò è in gran parte il risultato del

costante definanziamento cui il nostro SSN è stato sottoposto a partire soprattutto dal 2010, con una imponente riduzione della spesa sanitaria pubblica (37 miliardi di euro in meno) e del personale (38.000 unità in meno) (Gimbe, 2019), che ha gravato in particolar modo sul personale dipendente, sull'assistenza medico-generica da convenzione e sull'assistenza farmaceutica convenzionata. Tutto ciò a fronte di una spesa sanitaria privata che oggi rappresenta il 27% del complesso della spesa sanitaria, di cui l'86,1% *out-of-pocket* da parte delle famiglie italiane (Giarelli, 2017).

Se il paradosso di un SSN pubblico con una elevata spesa sanitaria privata (Giarelli, 2019) potrà finalmente divenire oggetto di ripensamento in seguito alla pandemia da COVID-19 lo potremo verificare nel dibattito politico dei prossimi mesi: nel frattempo, non possiamo che cercare di prepararci per la prossima futura pandemia (che certamente non mancherà, e anche abbastanza presto, considerando i tempi sempre più ravvicinati delle ultime) se vogliamo imparare a convivere meglio con esse. Con un auspicio: il significato di un sistema sanitario universalistico come il nostro SSN, di cui quasi nessuno sembrava essersi accorto in questi suoi primi quarant'anni, si è pienamente rivelato in un frangente come questo, nel quale speriamo che molti abbiano compreso il suo indubbio valore, così come il presupposto fondamentale che ne sta all'origine: l'idea di salute come *bene comune* e delle

cure come *diritto sociale*, e non come *merci* da vendere e comprare, che la mia salute dipenda dalla tua e viceversa, in una reciprocità vitale che solo gli ottusi e i neoliberalisti non hanno compreso o fingono di non comprendere.

BIBLIOGRAFIA

Agamben G. (2003), *Stato di eccezione, Homo sacer, II, I*, Bollati Boringhieri, Torino.

Blanchet K., Nam S.L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. (2017), "Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework", *International Journal of Health Policy and Management*, 6, 8: 431-435.

Borgatti SP., Mehra A. *et al.* (2009), "Network analysis in the social sciences", *Science*, 323 (5916): 892-895

Cesareo V. e Vaccarini I. (2006), *La libertà responsabile: soggettività e mutamento sociale*, Vita & Pensiero, Milano.

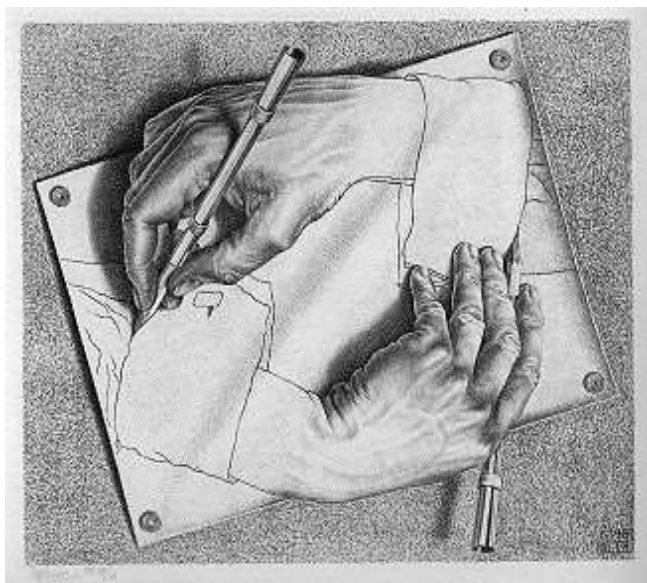
French M. e Mykhalovsky E. (2013), "Public health intelligence and the detection of potential pandemic", *Sociology of Health and Illness*, 35, 2: 174-187.

Giarelli G. (2017), "1978-2018: quarant'anni dopo. Il SSN tra definanziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione", *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, XL: 455-482.

Giarelli G. (2019), "Il SSN italiano tra paradossi latenti e sostenibilità problematica", in Giarelli G. e Giovannetti V. (a cura di), *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un'analisi comparata*, FrancoAngeli, Milano: 15-60.

Gimbe (2019), *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, Fondazione Gimbe, Bologna.

Rosenberg C.E. (1989), "What is an epidemic? AIDS in historical perspective", *Daedalus*, 188: 1-17.



Mani che disegnano (Escher, 1948)

per le non autosufficienze e per il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare (+20 milioni).

Si assiste così ad un rilancio, o per meglio dire, a un tentativo di rilancio, della sanità pubblica in Italia, tentativo che si traduce non solo in investimenti ma anche in reclutamento di personale, aumenti di posti letto, maggiore attenzione alla medicina del territorio.

Ma perché questo non è accaduto prima? Perché è stato necessario attendere di scontrarsi con una situazione di tale gravità? Perché si è aspettato così tanto prima di poter riconoscere in questa pandemia una “finestra di opportunità” e invece non si è lavorato prima perché questo si potesse evitare o, perlomeno, affrontare con maggiore efficienza e consapevolezza? Ricordo che dal 2005 è attivo il “Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale”, redatto dall'OMS, che definiva obiettivi ed attività da realizzare per evitare di trovarci travolti dalla pandemia; alcuni Paesi lo hanno seguito, ma non tutti!



Quello che sta accadendo ci ha dunque colti impreparati, da un punto di vista organizzativo e politico, ma anche da un punto di vista semantico e culturale.

Oggi, infatti, il mondo occidentale è pienamente inserito all'interno di quella che è stata definita la “Quarta fase della transizione epidemiologica”, una transizione che ha visto il passaggio dalle grandi pestilenze alle malattie acute, a quelle croniche e infine a quelle cronico-degenerative. Il paradosso che stiamo vivendo è che in un contesto in cui le *policies* si sono impegnate per anni soprattutto alla allocazione di risorse verso queste ultime, il mondo è

stato scosso nelle sue fondamenta a causa di un virus, un agente patogeno il cui controllo si pensava fosse appannaggio delle politiche dei Paesi in via di sviluppo, e che invece sta mettendo in crisi soprattutto le *affluent societies*.

Non è un caso che i luoghi a maggiore presenza pandemica siano le grandi città coacervo di relazioni e di scambi culturali ed economici: Milano, ma anche New York, Madrid, Londra.

Inoltre, dentro lo tsunami, le parole della pandemia hanno riempito i mezzi di comunicazione e le nostre vite senza soluzione di continuità. I flussi informativi dei canali istituzionali e dell'*infotainment* hanno generato una vera e propria “infodemia”. Ci siamo ritrovati ad ascoltare autorevoli capi di Stato che propongono una narrazione “bellica” dell'evento; e così, ci sono le trincee, gli eroi, e soprattutto, un nemico comune contro cui combattere, che sia il virus o l'untore di turno (Donald Trump continua a parlare di “virus cinese”, e un claim che di certo avrà grande successo nel prossimo marketing politico populista USA sarà: “*Ask China*”).

Abbiamo così imparato che i numeri, anche quelli delle fonti ufficiali, anche quelli aggiornati e attendibili, anche quelli che hanno pienamente superato i processi di *fact-checking*, non parlano da soli: il momento qualitativo, che interviene nella interpretazione del dato, è imprescindibile per il ricercatore sociale e per il cittadino per comprendere a fondo il senso delle analisi, ma anche il motore e il verso del cambiamento.

Per questo, parlare delle politiche sanitarie pre-pandemiche e soprattutto di quelle post-pandemiche, ovvero del mondo che ci lascerà questo tsunami, significa non poter prescindere da una prospettiva diacronica e di sociologia storica; senza questo sforzo, infatti, ogni analisi relativa al Servizio sanitario nazionale, alle comparazioni interregionali e internazionali, alla medicina ospedaliera e a quella distrettuale, mancherebbe di un *framing* che la contestualizzi e ne renda possibile una sua comprensione efficace.

La presentazione quotidiana dei dati da parte della Protezione Civile, quasi una liturgia nel nostro immaginario collettivo, ha avuto il merito di mostrare ai cittadini il volto democratico

del Paese, ma soprattutto quello di coinvolgere tutti in un processo di condivisione e in una logica di *communityship*. Quello che accade da anni, anche a livello politico, nel nostro Paese si è invece alimentato della narrazione quotidiana della paura e della demagogia, mettendo in discussione i punti cardine della comunicazione scientifica. Per questo, chiamare tutti noi ad uno sforzo di transumanza dalla *doxa*, l'opinione comune, alla *epistème*, la conoscenza scientifica, è da considerarsi come una conquista di non secondaria importanza.

La presenza di esperti che hanno affiancato le comunicazioni ufficiali ha dato autorevolezza al messaggio e ha costretto le persone a fare i conti con i dati basati sulle evidenze disponibili, e a superare i fuorvianti e pericolosi ricorsi alle politiche populiste dell'uomo forte al comando, del condottiero, del capitano senza macchia.

Ma oltre al dato, questa pandemia ha disvelato il potere politico della parola. La pandemia ci ha trasportato verso un modo sconosciuto, verso un problema inaffrontato, verso la ricerca di soluzioni impraticate. Ci siamo trovati catapultati nel mondo dell'*"unknown unknown"*, secondo una felice metafora utilizzata da Donald Rumsfeld per indicare l'*"incognito sconosciuto"* del caso iracheno.

In un contesto così ambiguo, in un mare così inesplorato, l'errore è la regola. E così, siamo stati bombardati di informazioni continue e spesso contraddittorie, che hanno messo in crisi anche il mondo delle fantomatiche scienze dure, a distanza di quasi un secolo da quello che il fisico tedesco Heisenberg aveva efficacemente individuato come *"principio di indeterminazione"*: nel momento in cui scrivo, sappiamo (*sic!*) che il virus è naturale e però proviene da esperimenti condotti in un laboratorio di Wuhan, che le mascherine vanno utilizzate sempre e però vanno utilizzate solo in casi particolari, che i metri precisi di distanziamento sono 1 e però anche fino a 8, che il virus si trasmette attraverso le *droplets* e però anche nell'aria attraverso il particolato, che il *lockdown* ha funzionato ma anche no, che i casi svedesi sono da prendere a modello ma anche da evitare assolutamente, e così via.

In fondo, questo virus ci sta mettendo alla prova anche in senso antropologico. Per questo, per parlare di politiche sanitarie che attraversano la pandemia nel nostro Paese, è necessario seguire un approccio di sociologia storica, per capire la basi e i prodromi da cui il nostro sistema è nato, e per poter meglio comprendere come dovranno cambiare le politiche in futuro. Prodromicamente, non si possono analizzare le politiche pubbliche e sanitarie nel nostro Paese senza comprendere su quali settori e riparti le spese sanitarie si sono concentrate negli ultimi anni. La situazione che ha trovato Covid quando ha cominciato ad annidarsi nelle nostre regioni del Nord era quella di una frammentazione delle politiche sanitarie, di un divario Nord-Sud sempre crescente, di sistemi sanitari regionali tanto diversi tra loro da configurare lo stato di un servizio che si può definire nazionale solo in via teorica e giurisprudenziale.

In prospettiva diacronica, il Servizio sanitario nazionale in Italia ha visto erodere il suo finanziamento in relazione al Pil di anno in anno: sebbene infatti il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale sia sempre salito negli ultimi venti anni (tanto che nel 2001 era di 71 miliardi di euro e nel 2019 era di 114,5 miliardi di euro), in realtà, a partire dal 2010, ovvero dopo le grandi crisi mondiali del 2009, esso ha visto erodere il suo potere rispetto al Pil in modo consistente, tanto che nel 2010 esso costituiva il 7% del Pil, mentre nel 2019 si riduceva al 6,6%, laddove l'Organizzazione Mondiale della Sanità pone al 6,5% il benchmark al di sotto del quale non è possibile fornire una sanità universale e di qualità.

La Fondazione Gimbe (Rapporto 2019) parla di una perdita secca nel decennio 2010-2019 di ben 37 miliardi di euro, una cifra enorme che rapporta il finanziamento del FSN (sempre crescente in valori assoluti) ad altri parametri relativi come il taglio di alcune manovre finanziarie e la riduzione di risorse rispetto ai livelli programmati. La cifra di 37 miliardi di euro è composta secondo la Fondazione Gimbe da due voci: da un lato, tra il 2010 e il 2015 sarebbero stati *"tagliati"* 25 miliardi di euro da varie manovre finanziarie; dall'altro lato, si sarebbero persi 12 miliardi di euro nel 2015-2019, in conseguenza del *"de-finanziamento"* che ha assegnato meno risorse al Ssn rispetto ai livelli programmati, per l'attuazione

degli obiettivi di finanza pubblica. Per i 12 miliardi di definanziamento avvenuto tra il 2015 e il 2019, sempre in base alle elaborazioni della Fondazione Gimbe (su dati della Corte dei Conti), nel 2015 sono andati al SSN dallo Stato 2,4 miliardi di euro in meno rispetto a quelli programmati dalle precedenti manovre; -4,4 miliardi nel 2016; -8,4 miliardi nel 2017; -11,5 miliardi nel 2018; e -12,1 miliardi nel 2019.

Ma non è tutto: il nostro sistema sanitario ha perso negli ultimi 20 anni circa 20.000 posti letto, soprattutto negli ospedali e soprattutto per acuzie, passando da 12 ogni mille abitanti nel 1975 a 6,5 ogni mille abitanti nel 1985 a 3,5 nel 2015. Secondo i dati OCSE, dal 2010 al 2017, l'Italia ha perso circa il 30% dei posti letto. Oggi siamo a 3,2 ogni 1.000 abitanti, due punti in meno della media europea.



Inoltre, i tagli finanziari si sono tradotti soprattutto in tagli al personale. Secondo l'ufficio parlamentare di bilancio, negli ultimi anni il SSN ha perso circa 42.000 dipendenti e tagliato circa 2 miliardi di Euro in spese di personale. Questa contrazione si è concentrata soprattutto sulle regioni che dal 2007 hanno sottoscritto i Piani di rientro, finalizzati a ristabilire l'equilibrio finanziario: Abruzzo, Lazio, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia e Molise. La riduzione non è dovuta solo a motivi finanziari, ma anche demografici e di politiche del lavoro. Quotidiano Sanità ha calcolato che da qui al 2025 mancheranno al SSN circa 16.500 medici, e FIMMG e ANAO stimano che ne mancheranno circa 45.000 entro il 2035. Infine, la spesa *out-of-pocket* (quella, per intenderci, dei cittadini di tasca propria) nel nostro

Paese equivale a circa il 23% della spesa totale in sanità, contro una media UE del 16% (Dati Eurostat 2019). Essa nel 2009 era il 21% del totale, e nel 2017 è aumentata al 23,5% (contro una media europea del 16%), per un totale di circa 32,2 miliardi. Si osserva la prevalenza delle spese per visite specialistiche ed interventi sul totale della spesa (oltre il 44%) a carico dei privati (di cui il 32% per visite odontoiatriche), farmaci 15% e ticket 10,3%. Se nel 2008 l'incidenza della spesa out of pocket (spesa diretta delle famiglie) sulla spesa sanitaria totale era sostanzialmente simile in Francia (21,8%), Germania (23,8%) e Italia (22,3%), nel 2017 il divario a sfavore dell'Italia è di circa 10 punti percentuali; Francia e Germania, nello scorso decennio, hanno perseguito politiche mirate ad incrementare il grado di copertura pubblica della spesa totale, mentre l'Italia l'ha ridotta, è ciò fa sì che l'Italia, pur avendo una spesa complessiva (pubblica e privata) inferiore del 57% a quella tedesca e del 42% a quella francese, abbia una spesa privata pro capite (655 euro) di poco inferiore ai livelli francese (665 euro) e tedesco (668 euro).

Cosa è successo?

Dall'inizio del nuovo millennio, i governi italiani hanno cominciato a preoccuparsi dei disavanzi delle regioni italiane, per la maggior parte costituiti da capitoli della sanità (può essere utile ricordare che mediamente il peso della spesa sanitaria sui bilanci regionali in Italia si aggira intorno all'80%). E così, si sono attuati alcuni interventi correttivi la cui portata e i cui risultati sono ancora oggi tangibili per molte regioni, come i Patti per la salute e i Piani di rientro. Questi si possono far risalire all'accordo Stato-Regioni del 2001. Alcune regioni tennero fede all'impegno, altre no. Quindi, Nel 2006 venne siglato il primo Patto per la salute: il governo si impegnava a trovare nuove risorse, ma solo se le regioni avessero sottoscritto un piano di rientro (di durata triennale) e avessero raggiunto l'equilibrio di bilancio. Se questo non accadeva, il governo avrebbe affidato la sanità di quella Regione a un commissario di nomina governativa.

Nel 2007, il disavanzo di tutte le regioni in Piano di Rientro era di 4,1 miliardi di euro, nel 2015 era sceso a 427,4 milioni di euro e nel 2016 è diminuito

a poco più di 300 mln. I Piani sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni. Un Piano di Rientro della spesa sanitaria, siglato da una Regione in disavanzo, è finalizzato a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione interessata.

La Legge Finanziaria 2005 e l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 hanno previsto il ricorso a forme di affiancamento, da parte del Governo centrale, alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i Piani di Rientro (PdR). Tale attività di affiancamento è stata resa operativa dalla Legge Finanziaria 2007, che ha previsto che l'accordo siglato dalle Regioni fosse assicurato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del SiVeAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria).

Qualora dall'esito delle verifiche dei tavoli di monitoraggio emerga il perdurare dell'inadempienza di una regione in Piano di rientro sia sotto il profilo economico finanziario che di erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il Consiglio dei Ministri, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione, nomina un Commissario "ad Acta" per l'intera durata del Piano di rientro. Il Consiglio dei Ministri, in occasione di ogni commissariamento, definisce un mandato con diversi obiettivi il cui raggiungimento viene valutato dai Tavoli di monitoraggio in occasione di ogni riunione periodica. Ma se possiamo dire che i piani di rientro e i commissariamenti hanno funzionato sotto il profilo economico, lo stesso non può dirsi per le cure. Attraverso il sistema di monitoraggio dei Lea, il ministero verifica continuamente lo stato di salute della Sanità del Paese e in alcuni casi i progressi non sono stati molti. Anzi, alcune Regioni hanno addirittura peggiorato i risultati. Insomma sul fronte dell'erogazione delle cure, i piani di rientro e i commissaria-

menti hanno mostrato molte lacune. I Piani di rientro, e ancor di più la disciplina dei commissariamenti, determinano infatti: tagli della spesa sanitaria, aumento delle imposte, e a medio-lungo termine, peggioramento dei servizi; innescando così un circolo vizioso ben espresso dal concetto di *pecking order*, alla lettera "ordine di beccata".

Il dibattito sulla regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, iniziato con la legge 386/1974, che vede oggi da un lato i "regionalisti" e dall'altro gli "statalisti"¹ - un dibattito destinato a durare giusto il tempo dell'emergenza - si affaccia nel panorama pandemico attraverso l'analisi critica delle modalità in cui l'emergenza è stata gestita; una analisi che non può prescindere dalla considerazione della differenza nucleare che esiste in Italia tra regioni in cui prevale un sistema "separato" di gestione della sanità e regioni in cui prevale invece un modello cosiddetto "integrato" (Toth, 2014). Con la Legge 70/2015 nel Paese si è definito un fabbisogno di 3,5 posti letto/1.000 abitanti per la degenza ospedaliera ordinaria da cui, secondo parametri standard, si ricava il numero degli operatori necessari (in Italia particolarmente basso: 3,3 addetti per posto letto). Ma se a questi posti letto non si affiancano punti di assistenza territoriale e tutto finisce in Ospedale, in periodi di emergenza non si disporrà mai di posti sufficienti. Questa constatazione fornisce una prima chiave di lettura circa la diversa evoluzione che l'epidemia da Covid-19 ha fatto registrare in due regioni inizialmente parimenti contagiate: mentre il Veneto ha potuto infatti contare su un'assistenza territoriale strutturata in distretti, limitando contagio ed ospedalizzazioni, la Lombardia, regione "più ospedale-centrica", ha risposto con l'aumento "in deroga" del 50% dei posti letto di terapia intensiva, allestendo in fretta un nuovo Ospedale di 400 posti letto alla Fiera di Milano e dovendo poi reclutare in urgenza il personale necessario, un ospedale che doveva essere una sorta di "maxi scialuppa di salvataggio" e che - notizia di queste ore - probabilmente va verso la chiusura definitiva.

¹ Fazioni che sembrano essere la prolessi politica ciò che accadde con la Legge 833/1978 e i successivi Decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, in cui invece da un lato si ponevano i "regionalisti" e dall'altro i "comunardi" /cfr. Taroni 2011).

In conclusione, le politiche sanitarie dovranno proporre nuovi modelli di innovazione sociale traendo spunto da questa dolorosa e totalizzante esperienza, che si configura come vero e proprio “fatto sociale totale”, nell’accezione di Marcel Mauss: si dovrà investire sempre più su processi di de-burocratizzazione del sistema, di dematerializzazione delle procedure, di territorializzazione dei servizi, di de-ospedalizzazione dei pazienti, di sviluppo della medicina territoriale, di integrazione socio-sanitaria e così via. Ma tutto questo avrà un senso politico e prospettico in termini di “visione” solo quando le *policies* sapranno affrontare le problematiche strutturali da cui derivano le *malpractices* del sistema e dei cittadini, e soprattutto solo quando sapranno affrontare i problemi sociali ed economici che fungono da variabili di sistema che impediscono lo sviluppo di un Servizio sanitario sostenibile, efficiente ed efficace. Prima tra tutte, la questione delle disuguaglianze sociali di salute. Si è detto che il virus è democratico, ma non è così: la capacità di resilienza, così come la *compliance*, la qualità della vita (anche in *lockdown*), le possibilità di connessione e teledidattica, la disponibilità di dispositivi per la protezione personale e così via, sono tutti aspetti legati oggi ancora alle condizioni sociali e allo status socio-economico delle persone, perché la vera pandemia, come ci ha ricordato recentemente papa Francesco, è soprattutto la pandemia sociale, che dovrà risvegliare per tutti noi il richiamo all’etica della responsabilità, pena un esiziale ritorno ad un definitivo esistenziale.

BIBLIOGRAFIA

Bordignon M., Coretti S., Turati G. (2019) *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?*. Disponibile in: https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studie-analisi-i-piani-di-rientro-della-sanita-regionale-quali-risultati-finora#_ftn1

Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2019) *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Rapporto n.6. Ministero dell’Economia e delle Finanze [Online]. Disponibile in: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf>

Fondazione GIMBE, 4 ° *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale* del 2019.

Forastiere F, Micheli A, Salmaso S, Vineis P. *Epidemiologia e Covid-19 in Italia*. *Epidemiologia & Prevenzione* (Editoriale), 24 (2), 2020.

Indicators, O. E. C. D. “Health at a Glance 2018”. *OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris DOI https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Maciocco G. *Emergenza Coronavirus: tempi di precarietà*. *Epidemie e globalizzazione*. welforum.it, 31.03.2020.

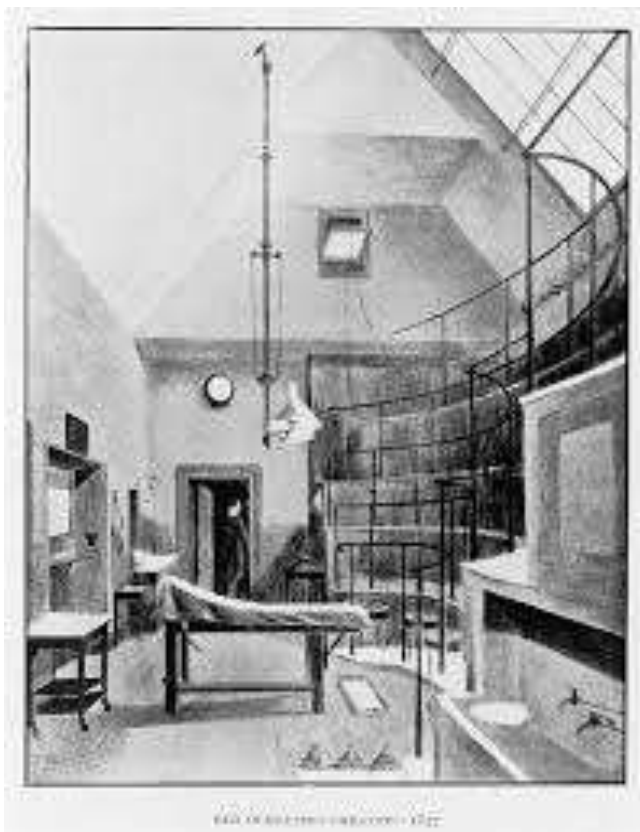
Ministero della Salute, *Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale* [PDF: 590 Kb] CCM – Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. 2008.

OECD, European Commission, *Health at Glance: Europe 2018, State of health in the EU cycle*, 2018.

Rapporto *Meridiano Sanità Le coordinate della salute* del 2019. The European House Ambrosetti, 2019.

Taroni F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, il Pensiero Scientifico, Roma 2011.

Toth F., *La Sanità in Italia*, il Mulino, Bologna 2012.



MAI COME PRIMA MUTAMENTI GLOBALI DOPO COVID19

Emilio Greco

Nessuno di noi si sarebbe mai immaginato all'inizio dell'anno 2020 di assistere a un cambiamento epocale legato al modo di relazionarsi e al modo di agire. Nessuno avrebbe mai potuto immaginare che un piccolo agente patogeno della specie Sars chiamato SarsCov-2, nel linguaggio comune Covid-19 sarebbe riuscito a mettere a nudo tutte le difficoltà presenti a livello globale, difficoltà non soltanto da un punto di vista economico e gestionale ma anche da un punto di vista strettamente pratico.



Il tutto ebbe inizio con le notizie che ci arrivavano da Wuhan una città sub provinciale della Cina, capoluogo e città più popolosa della provincia di Hubei. Si pensa che intorno a metà dicembre le autorità sanitarie cittadine, avevano riscontrato i primi casi di pazienti che mostravano i sintomi di una polmonite acuta era in qualche modo collegato al così detto “mercato umido” che si occupava della vendita all'ingrosso di pesce, polli, fagiani, pipistrelli e tanto altro ancora

veicoli anche in passato di altre malattie ma, non è questo il tema del nostro racconto, bensì di come la società si sia trasformata e dove ci porterà questo cambiamento, cambiamento che ha messo al centro del dibattito politico economico mondiale, la salute dell'uomo, vista non solo come l'assenza di malattie ma come una condizione dinamica di benessere fisico mentale e sociale.

Evoluzione della sociologia della salute

Ogni società, per sussistere deve assolvere a quattro prerequisiti funzionali: l'adattamento all'ambiente da cui il sistema sociale deve trarre le risorse fisiche da cui ricavare beni e servizi; il perseguimento selettivo degli scopi, che per la società si risolve nella funzione politica delle istituzioni; l'integrazione sociale, ovvero la diffusione dei valori e delle norme che devono essere socialmente condivisi ed interiorizzati, da cui anche la ricerca del consenso motivazionale all'adesione da parte dei membri ai ruoli sociali costituenti e funzionali alla società; la latenza, detto altrimenti controllo societario delle tensioni e delle devianze comportamentali rispetto alle aspettative sociali di ruolo.

Talcott Parsons¹ può essere definito il fondatore della Medical Sociology ma certamente non è stato il primo sociologo a essersi interessato del binomio salute/malattia; Émile Durkheim, nelle sue principali opere, affronta il tema della dicotomia tra normale e patologico, anticipando la Medical Sociology ma soprattutto aprendo la strada allo struttural-funzionalismo in sociologia. Autori come Ramazzini (addirittura sul finire del XVII secolo) e Virchow, se pure afferenti ad altre discipline, possono essere considerati dei protosociologi della salute per via dei loro studi rivolti a sottolineare l'impatto sociale di alcuni interventi (o mancati interventi) di tipo sanitario². Ritornando a Parsons, il suo pensiero è stato superato, così come lo struttural-funzionalismo, da altre correnti sociologiche che hanno criticato l'idea funzionalista di sistema sociale (teorici del conflitto e sociologia radicale), soffermando la loro attenzione sugli aspetti micro-sistemici (fenomenologia), e

adoperando il concetto di salute in senso olistico (modello correlazionale).

I teorici del conflitto (marxisti, marxiani e radicali) hanno adottato come base epistemologica la critica al sistema sociale di tipo funzionalista, promuovendo l'abolizione delle cose presenti per fare fronte a un sistema meno dipendente dal contesto economico-politico di stampo liberalista. La medicina è anch'essa criticata poiché istituisce forme di controllo sociale ed è anch'essa un'appendice della struttura economica; è «considerata come ideologia del controllo sociale, ossia come falsa coscienza diffusa da quei gruppi sociali che traggono da certe pratiche vantaggi particolari». L'attenzione dunque ricade sul conflitto di classe tra coloro che detengono i mezzi di produzione (borghesia capitalista) e coloro che vendono la propria forza-lavoro generando così differenze, disuguaglianze e ingiustizia. La salute è pertanto condizionata dal sistema sociale generatore di discrepanze tra una ristretta élite che detiene un potere di tipo coercitivo e la massa di individui. Anche il rapporto medico/paziente, pertanto, presenta una dicotomia in cui tra il medico e il paziente vi è una unilateralità della relazione: il medico agisce utilizzando il proprio sapere su un corpo, il cui individuo è inconsapevole della sua reale condizione. L'unidirezionalità (per non dire dominanza) è dettata anche dal fatto che i medici appartengono alla più alta classe sociale, mentre i pazienti sono prevalentemente proletari «sfruttati».

Karl Marx non ha mai scritto nulla inerente alla salute o alla malattia. Il suo pensiero per tal verso è riconducibile dunque al suo modello di struttura e sovrastruttura. Friedrich Engels, invece, coautore del Manifesto del Partito Comunista, ha redatto in giovanissima età una ricerca intitolata *La classe operaia nella Londra di fine Ottocento*. Un lavoro in cui il giovanissimo Engels descrive in modo dettagliato e preciso la vita del proletariato e del subproletariato inglese di metà Ottocento: una riproduzione fedele delle vere conseguenze sulla massa del cambiamento prodotto dall'industria-lizzazione selvaggia degli stili di vita, causa di incremento di alcune morbilità e mortalità fino ad allora poco incidenti.

Accanto al marxismo di tipo ortodosso si è fatta strada la cosiddetta sociologia radicale: la

differenza sostanziale tra le due correnti è che per la seconda l'alienazione non deriva principalmente dal capitalismo economico ma da un modello culturale di tipo industriale e burocratizzato; la dicotomia salute/malattia viene letta non solo in termini economico-politici ma seguendo tipologie di tipo illuministico ed esistenzialistiche.

Ivan Illich, sociologo di origine austriaca, sostiene che il potere della medicina nelle società industriali stia minando la libertà e la capacità degli individui di assumersi delle responsabilità. Egli vede nella medicina moderna letteralmente una forza nauseante che, in realtà, crea la malattia. Illich è un esponente di rilievo grazie al suo concetto di iatrogenesi, con cui intende una malattia causata dagli effetti secondari delle cure nelle società industriali in cui il soggetto è inerme dinanzi alla mole di stimoli persuasivi e suggestivi volti al consumismo, alla dominanza biomedica e farmaceutica nel campo della salute, ecc.

La fenomenologia, invece, ha «rivoluzionato» il modo di leggere e intendere la salute e la malattia poiché ha tentato, e per certi versi il tentativo è ben riuscito, di superare l'anacronistica dicotomia cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*, unificando dunque le due dimensioni. I fenomenologi, nelle differenti scuole, soffermano il loro interesse sul concetto di sé (self).

Goffman è uno studioso di origini canadesi, che ha una certa rilevanza per chiunque si occupi di sociologia, ma in particolare di sociologia della salute e della malattia.

In due sue opere, *Stigma* e soprattutto *Asylums*, il sociologo americano compie una accurata ricostruzione delle cosiddette istituzioni totali. Goffman con questo termine definisce non solo le carceri e i manicomi, ma tutta una serie di istituti, quali, per esempio, gli ordini religiosi di clausura, anche se l'ideal-tipo delle istituzioni totali sono quelle istituzioni coattive, dove l'individuo assume il ruolo di internato. Lo stigma è la traccia lasciata dalla croce sulle piaghe di Cristo (stimate), è il marchio a fuoco sulla pelle degli schiavi. Nella vita sociale la stigmatizzazione si sofferma sulle tracce di una malattia o di un incidente, sui segni dell'alcolismo, sul comportamento del drogato, sulla pelle del nero, sulla stella dell'ebreo, sui



costumi dell'omosessuale, ecc. Una cronica o reversibile è dunque stigmatizzata in quanto si protende a una esclusione, parziale o completa, dalla vita sociale. Nel soggetto affetto da una qualunque menomazione l'ambiente crea un mal-essere non solo di tipo biologico ma tale da condizionarne anche le performance e le capacità. La medicina, dunque, non può prescindere dall'«individualità» del paziente e deve instaurare un rapporto empatico tale da facilitare il ben-essere dell'assistito. È in questa prospettiva che autori come Twaddle (e poi Maturo) esplicitano le tre dimensioni della malattia: *disease*, *illness* e *sickness*, che stanno alla base della Narrative Based Medicine. La fenomenologia non basta per risolvere i problemi epistemologici della sociologia della fine del XX secolo. In questi ultimi anni sta avanzando l'approccio correlazionale.

La prospettiva connessionista è «una prospettiva multidimensionale ed interdisciplinare, che considera ed abbraccia svariati livelli analitici, coordinandoli ed interagendo con loro in una logica di co-integrazione teorica, culturale, metodologica, che favorisce il confronto plurilaterale tra differenti proposte e tra differenti livelli concettuali»³.

Il correlativismo si fonda su una logica correlazionale nella quale il legame che si instaura

fra le diverse variabili in gioco, il nesso che le congiunge e la co-variazione che si produce, negano legittimità euristica sia all'idealismo platonico costruttivista sia al realismo aristotelico positivista⁴. Per Costantino Cipolla, ogni conoscenza autentica diviene così correlazione nella misura in cui è co-prodotta, co-istituita, co-costruita secondo una pluralità di livelli analitici fra loro interconnessi che comportano la assunzione del molteplice, della variabilità, del mutamento, della multidimensionalità del proprio universo di rilevanza⁵. Con l'approccio correlazionale nasce la sociologia sanitaria. Fondatore in Italia di tale branca della sociologia è Achille Ardigò, uno dei più significativi sociologi italiani che ha dedicato una parte consistente della sua attività di ricerca e riflessione al tema della salute. Egli pone il sistema sanitario al centro di un quadrilatero ai cui angoli vi sono quattro elementi costitutivi il cui intreccio può spiegare le caratteristiche che hanno dato vita nel tempo ai principali paradigmi interpretativi della riflessione umana in questo campo: la natura esterna all'uomo, la natura interna all'uomo, il sistema sociale e la realtà psichica individuale⁶. L'intreccio tra scoperte scientifiche, progressi terapeutici e organizzativi in sanità e fasi del

pensiero sociologico porta così allo sviluppo di una nuova serie di passi del pensiero umano in tema di salute, che, secondo la schematizzazione di Ardigò, sono dominati dalle considerazioni che intercorrono tra sistema sociale e soggetto individuale come entità psichica. Ardigò intende mettere in luce proprio il peso della psiche e dei fattori sociali nel determinare lo studio dei fenomeni sanitari, e la loro spiegazione, nel periodo più vicino a noi.

Tutto ciò che avviene dalla fine degli anni Settanta del secolo scorso a oggi, e che viene così magistralmente descritto da Ardigò, è determinante per la nascita della moderna sociologia della salute, di quella disciplina con la quale per la prima volta in era moderna la malattia e le cure vengono spiegate non solo e non tanto alla luce delle loro causanti organiche, ma anche e soprattutto rispetto alle relazioni attinenti alle determinanti sociali e psicologiche, e a quelle più specificamente immateriali che intercorrono tra malato e medico, con tutte le connessioni evidenti con la dimensione antropologica ed economica dell'esistenza.

Oggi il nostro piccolo agente patogeno ci ha rifatto scoprire il significato di distanziamento sociale e distanziamento fisico. La comunicazione è sempre più influenzata dalla tecnologia basti pensare alle neo-lingue la presenza imperativa della tecnica determina un cambiamento radicale del nostro modo di comunicare.

Per esempio prima la comunicazione avveniva tramite le lettere scritte a mano, oggi invece vengono usate le mail. In realtà ci sono due tipi di cambiamenti: uno più superficiale che è quello dell'attesa e uno più profondo che è quello della perdita del tempo e dello spazio. Prima si sapeva in che luogo la lettera era scritta (basti pensare alle poesie di Leopardi) mentre oggi è andato perduto il luogo che è molto importante per la riflessione dell'uomo, perciò bisognerebbe ricostruire i contesti, i luoghi che aiutano l'interpretazione.

Corposanto nei suoi lavori è riuscito magistralmente a spiegare come ormai il termine distanziamento sociale non si riferisce alla realtà, in quanto la globalizzazione e i nuovi strumenti per comunicare, diversi fino a pochi anni fa, riescono ad azzerare le distanze, così da modificare il termine da distanziamento sociale

a un distanziamento fisico. Si apre così la strada alla sociologia della salute che centra la propria attenzione non su un particolare sottosistema sociale, ma tenta di analizzare aspetti della salute attraverso un'ottica multidimensionale, multidisciplinare e multifunzionale.

La sociologia della salute, come branca legata ai temi cardini della disciplina sociologica, ha assunto un ruolo importante nei processi di sviluppo e consolidamento del sistema di welfare e in particolare dei servizi sanitari e sociali.

Il Covid-19 ci ha fatto scoprire nuove condizioni di vita della persona, ma anche nuove relazioni sociali. Si analizzano i determinanti sociali della salute, si dà spazio alla ricerca sociale o alla gestione di progetti/interventi. Il sociologo della salute, in particolare, dovrà operare i suoi interventi in modo prioritario su alcuni ambiti, quali: fattori e relazioni sociali dell'individuo che producono salute/malattia, che promuovono, benessere e qualità della vita; fattori e relazioni sociali che producono salute/malattia, agio/disagio, inclusione/esclusione sociale, che promuovono benessere e qualità della vita nei diversi contesti ambientali, nei gruppi, ecc.; sistema delle relazioni sociali che producono salute/malattia, che promuovono benessere e qualità della vita, attraverso il rapporto fra rete degli attori sociali del welfare, servizi socio-sanitari, organizzazioni/istituzioni, gruppi, cittadini e territorio; sistemi comunicativi e relazionali, modelli organizzativi, processi di programmazione, gestione e valutazione nell'ambito della rete degli attori sociali del welfare e dei servizi socio-sanitari. Il sociologo della salute è finalmente diventato un osservatore che sospende le proprie conoscenze legate alla dimensione cognitiva e affettiva, non agisce sul corpo ma sul sistema delle rappresentazioni della persona, valuta le esperienze di vita del paziente dalla nascita in poi.

Il contributo della sociologia al sistema salute in generale è orientato alla valutazione della qualità, un apporto utile per l'ottimizzazione della gestione degli interventi sia di tipo medico-sanitario sia di tipo organizzativo-gestionale. Un notevole mezzo di valutazione per un efficiente riscontro della qualità è dato dalla soddisfazione dell'utenza e dalla raccolta di «storie di

vita». La sociologia, e di rimando, il sociologo della salute aprendosi alle altre scienze combina la propria metodologia con quella statistica, epidemiologica ed economica; il suo sapere si interseca con la medicina, la giurisprudenza e persino con la narrativa. Un modo eccellente di valutare struttura/processo/esiti dell'erogazione di un servizio sociosanitario.

Oggi come non mai ci si è aperta di fronte la strada della sociologia della salute che centra la propria attenzione non su un particolare sub sistema sociale, ma tenta di analizzare aspetti della salute attraverso un'ottica multidimensionale, multidisciplinare e multifunzionale.

La pandemia ha risvegliato da un sonno profondo gli addetti ai lavori, ricordando loro che i cambiamenti nel corso di cento anni sono stati tantissimi e ora come non mai la sociologia della salute si pone a sostegno di un nuovo modello di gestione della salute promuovendo il benessere sociale, fronteggiando le malattie, le disabilità e il malessere. Essa ha come obiettivo lo studio dei rapporti fra punti di vista, fra attori sociali, fra gruppi, fra istituzioni relativamente alla costruzione sociale del benessere finalizzata al miglioramento della salute e della qualità della vita dei soggetti e delle popolazioni.

In conclusione bisogna pensare a un eventuale piano di emergenza in attesa di un vaccino dove l'obiettivo fondamentale sarà quello di garantire il miglioramento continuo della qualità del servizio, di erogare un qualcosa che soddisfi la persona che lo riceve. Il sociologo della salute dovrà ulteriormente affrontare il tema della salute / malattia in senso olistico e non particolaristico. Il suo lavoro si dovrà basare nuovamente su una logica adduttiva in grado di superare la dicotomia induzione/deduzione.

Non ci troviamo più fossilizzati nella mera quantificazione di un fatto sociale né un cronista di piccoli eventi inquadrabili in tematiche generali. La metodologia e le tecniche di ricerca sociale adottate fanno sì che il prodotto del suo lavoro sia un valido strumento per indagini micro-macro strutturali nei vari subsistemi della società. In questi ultimi anni il sistema di welfare, e in particolare il servizio sanitario nazionale, si sono rivelati dei contesti molto rappresentativi in cui sia l'identità e le conoscenze della sociologia hanno potuto esprimersi concretamente, sia le capacità del sociologo professionale sono state utilizzate in termini operativi. Il mondo è cambiato, la società è cambiata, dobbiamo accettare il cambiamento.

BIBLIOGRAFIA

- Bertolazzi A., I paradigmi sociologici della salute, in *Manuale della sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano 2004, vol. 1
- Corposanto C., Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, Franco Angeli, Milano 2007
- Durkheim E., *Règles de la méthode sociologique*, Edizioni di comunità, Milano (1895) 1995
- Giarelli G., *Sistemi sanitari*, Franco Angeli, Milano 1998
- Greco E., *Sociologia della Salute. Prevenzione sociale e sanitaria delle malattie*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2016
- Maturo A., *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Franco Angeli, Milano 2007
- Migliorati L., *Un Sociologo nella Zona Rossa, Rischio, Paura, Morte e Creatività ai tempi del COVID-19*, Franco Angeli, Milano, 2020
- Parsons T., *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano (1951) 1964

¹ T. Parsons, *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano (1951) 1964, p. 440.

² E. Durkheim, *Règles de la méthode sociologique*, Edizioni di comunità, Milano (1895) 1995, p. 65.

³ A. Bertolazzi, *I paradigmi sociologici della salute*, in *Manuale della sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano 2004, vol. 1, pp. 85-86.

⁴ G. Giarelli, *Sistemi sanitari*, Franco Angeli, Milano 1998, pp. 90-91.

⁵ *Ivi*, p. 92.

⁵ *Ibidem*

SPAESATI. FRA APP E IMMUNITÀ DI GREGGE

Beba Molinari

Introduzione

L'Information and Communications Technology (ICT) già dai primi anni 90, sempre più in modo pervasivo con il trascorrere del tempo, ha modificato le nostre abitudini, il nostro modo di rapportarci al cibo, alla mobilità, agli acquisti di beni e servizi, a prefigurare nuovi scenari relazionali, ma le ICT ancor più negli ultimi anni sono intervenute anche nell'ambito della salute attraverso un'offerta sanitaria rivolta alla centralità dell'utente, alla riduzione dei tempi di attesa nell'usufruzione di servizi specifici (basti pensare all'invio in tempo reale delle analisi di laboratorio) fino all'allargamento di una visione più ampia orientata a modelli predittivi e offerte personalizzate.

Viviamo la nostra condizione di salute nell'ambito di una realtà di vita in cui è sempre più presente l'Internet of Medical Thing (IoMT) (Zhitao, Zefang, et al, 2019), o come altri citano il medical Internet of Thing (mIoT) (Volkov et al, 2017); la stessa e prestigiosa rivista medica Lancet nel 2019 ha annunciato una nuova area di approfondimento dedicata alla salute digitale. La voce di spesa dei bilanci regionali riferita alla salute rappresenta l'80% delle uscite delle regioni, la sfida dell'entrata a gamba tesa dei Big Data nel comparto sanitario – dalla proliferazione di applicazioni mobili, alla realizzazione di mappe geo-referenziate riferite a calamità naturali (terremoti, malattie, posti letto in strutture ospedaliere, etc.), alla diffusione di referti ed alla richiesta di consulti specialistici – è quella di essere in grado di monitorare un afflusso di informazioni tanto ampio nel rispetto della

sicurezza e della privacy di ogni singolo dato che circola in rete, in particolar modo nella gestione e nel controllo della diffusione della digitalizzazione. Quest'ultima in campo sanitario si concretizza con l'utilizzo di nuovi device come wearable device, medical IoT, applicazioni mobili di misurazione dei parametri di salute, etc., con l'obiettivo di incrementare la qualità della vita attraverso un supporto al monitoraggio di patologie specifiche. In uno scenario tanto vasto la concezione della presa in carico del paziente si è drasticamente modificata: dalla società 4.0 orientata all'information technology, stiamo transitando verso una società 5.0, in cui l'attenzione è posta verso l'attore sociale e la sua relazione con la tecnologia.

L'obiettivo è quindi quello di cambiare mentalità e individuare percorsi in cui il paziente è posto al centro, attorno al quale ruotano il progresso economico ed il benessere sociale grazie al supporto delle ICT, di modo che si instauri un incremento della qualità della vita, riducendo il più possibile le disuguaglianze nelle quali vertono ormai da molto tempo le classi sociali meno abbienti (Marmot 2006, 2012), (Crossley e McNamara 2016), senza però dimenticare le problematiche riferite al digital divide.

Se da un lato quindi quanto fino ad ora discusso è riferito ad una realtà legata alla quotidianità in usuali contesti di vita, ad oggi la realtà con la quale ci rapportiamo giornalmente è cambiata a causa del Covid-19.

L'incremento dell'utilizzo delle ICT è evidente, dalle lezioni online dei tanti studenti dalla scuola primaria agli studenti universitari, allo smart working, agli aperitivi digitali con gli amici. Secondo quanto evidenziato in un articolo pubblicato il 9 aprile 2020 dal Sole 24 Ore nel mese di marzo 2020, mese del lockdown italiano, da uno studio condotto dalla società Akamai, l'incremento dell'utilizzo della rete è pari al 30% in più rispetto allo stesso arco temporale dell'anno precedente.

A disdetta di molti, la rete ha sostenuto questo incremento, le connessioni sono state più lente in alcune aree del paese e in alcuni orari di maggior

usufruzione, ma ci hanno permesso di cercare di mantenere una sorta di normalità lavorativa, scolastica e relazionale.

Considerati tali cambiamenti e la rilevanza che i Big Data hanno acquisito nel periodo di quarantena, l'autrice si è interrogata in merito a come i Big Data intervengono a supporto e/o ad ostacolo in questo particolare periodo storico.

Un'attenzione particolare è stata dedicata alle Applicazioni Mobili (App) divenute discussione comune e parte integrante della prima e della seconda fase. Le App sono al centro di un dibattito internazionale per il contrasto al Coronavirus, sono altresì lo strumento attraverso il quale si produce il maggior numero di Big Data da parte del singolo utente in modo consapevole e inconsapevole.

Quanto sarà discusso di seguito porrà una particolare attenzione alla pervasività dei Big Data ed alle App, con un focus specifico al caso italiano con l'App Immuni ed a come questa applicazione possa contribuire al contrasto nella diffusione al Covid-19. Approfondiremo gli aspetti legati alla geolocalizzazione ed alle diverse forme con le quali si presentano i Big Data, con i relativi risvolti pratici di utilizzo per i singoli e come supporto nella definizione di politiche sanitarie di intervento.

Big data e geolocalizzazione

Prima di entrare nel merito di come le App apportino il loro contributo al contrasto al Coronavirus è necessario chiarire la definizione adottata per Big Data. Quest'ultima infatti varia molto a seconda della disciplina presa a riferimento (computational science, statistici, informatici, etc. etc), al riguardo per Big Data si è deciso di adottare una definizione largamente condivisa nell'ambito delle scienze sociali, che parte dal presupposto che i Big Data si distinguono dai più comuni dati, secondo quanto definito da Burrow e Savage (2014, p.1) e da Kitchin (2014 p. 262), rispetto a: ampiezza del volume, elevata velocità, varietà, esaustività, alta risoluzione, relazionalità, flessibilità. All'interno di questa definizione rientrano quindi grandi basi di dati amministrativi (OMS, Istat, Eurostat, etc.), tracce



elettroniche che le persone lasciano nel web attraverso acquisti di beni e/o servizi oppure l'utilizzo di carte fedeltà ed ancora acquisti online, alla nuova frontiera dei self-tracked data (dati acquisiti attraverso l'utilizzo di smartphone e/o apparecchiature portatili di diversa natura), alla comunicazione online.

In particolar modo è d'interesse il self-tracked data, quella che è più comunemente conosciuta come geolocalizzazione, che prevalentemente avviene attraverso il tracciamento dei nostri spostamenti con smartphone.

Alla luce di quanto fino ad ora argomentato è necessario considerare due ordini di discussione differenti: una riferita agli spostamenti e quindi alla mobilità dei singoli ed una ulteriore

problematica riguardante la privacy, ad oggi nel mirino delle discussioni riguardanti l'App Immuni. Ma andiamo con ordine ed evidenziamo alcune specificità riguardanti il concetto di mobilità. A parte la condizione di lockdown nella quale siamo stati costretti a convivere in tutta la fase 1 ed alla progressiva riapertura che caratterizza la fase 2, prima della pandemia circa un terzo del consumo di energia nei paesi europei è riferito alla mobilità di cose e persone. La tecnologia è andata di pari passo con il crescente bisogno di mobilità, sono nati quindi differenti tipologie di sensori volti alla raccolta di Big Data sui nostri spostamenti al fine di realizzare una rete di monitoraggio dei sistemi spaziali mai avvenuta prima d'ora. Le implicazioni di una tale mappatura riguardano quindi sia aspetti economico-scientifici sia culturali.

Siamo quindi nell'era dell'Internet-of-Things in cui il rilevamento, la trasmissione e il tracciamento delle informazioni, e aggiungerei anche dei nostri spostamenti, è senza precedenti ed avviene grazie al supporto di algoritmi predefiniti, in cui monitoraggio, diagnostica e prognosi sono all'ordine del giorno. Considerata la rilevanza della tracciabilità del Covid-19 i Big Data forniscono un valido supporto e rientrano a pieno titolo nelle politiche di contrasto al virus, in un modello virtuoso in cui le App svolgono un'azione di contact tracing a cui debbono seguire per chi fosse a rischio di contagio i tamponi e tutto ciò che ne consegue. In quest'ottica si è mosso il Ministero per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione che con la Call for Action *Innova per l'Italia* ha chiamato le aziende, l'università, gli enti e centri di ricerca pubblici e privati, le associazioni, le cooperative, i consorzi, le fondazioni e gli istituti a progettare strumenti che consentano o facilitino il monitoraggio, la prevenzione e il controllo del Covid-19. La nostra produzione di tracce digitali quindi è continua, anche mentre dormiamo, la gran parte dei sistemi operativi Android e IOS hanno già al proprio interno App dedicate alla salute, tra cui il monitoraggio delle attività sonno-veglia, la quantità di passi svolti durante l'arco della giornata, l'ultimo luogo in cui abbiamo parcheggiato l'automobile, solo per elencarne

alcuni. Con questi semplici esempi è estremamente evidente quanto di fatto la nostra tracciabilità con GPS sia continua nell'arco delle 24h.

Il gregge e le App

Di App si è discusso moltissimo fin dai primi giorni della pandemia, il governo cinese, come molti altri paesi asiatici, si è dotato della tracciabilità del virus attraverso l'applicazione Alipay Health Code che potremmo definire "una nuova forma di controllo sociale", in quanto notificherebbe il rischio di contagio attraverso l'ausilio del GPS del cellulare ed al contempo invierebbe direttamente agli organi preposti eventuali notifiche su coloro che violano la quarantena. Vi sono poi altri paesi come la Corea del Sud che all'App hanno aggiunto la videosorveglianza. Sicuramente la progettazione delle App è differente a seconda del paese e del livello di democratizzazione, tale differenza si riscontra in particolar modo rispetto alle modalità relative alla tracciabilità della persona.

Entra in gioco la differenza tra geolocalizzazione e mappa di prossimità.

L'Unione Europea il 15 aprile 2020 nel documento dal titolo eHealth Network - Mobile applications to support contact tracing in the EU's fight against COVID-19 Toolbox for Member States ha pubblicato una serie di raccomandazioni, otto per l'esattezza, tra cui spicca la preferenza nell'utilizzo della tecnologia Bluetooth Low Energy, piuttosto che la tracciabilità con GPS con ulteriori delucidazioni in merito alle problematiche riferite alla privacy. Si tratta quindi di realizzare un contact tracing che sviluppi una mappa di prossimità piuttosto che una geolocalizzazione il che andrebbe a non ostacolare la privacy dei singoli. La rilevanza nell'individuare una serie di suggerimenti in merito alle App è riferita ad un discorso molto più ampio che l'Unione Europea ha intrapreso già dal 2018 in merito all'e-Health. Il quadro regolatorio prende in considerazione gli aspetti legati all'innovazione tecnologica con il *Progetto di orientamenti etici per un'intelligenza artificiale affidabile* ed ancora alla comunicazione della Commissione su *L'intelligenza artificiale per l'Europa* [COM (2018) 237]. Negli anni a seguire vi

sono stati altri documenti riferiti alle nuove tecnologie rispetto agli ambiti di salute. Di fondo vi è la necessità di garantire che l'invio di dati sanitari, quindi estremamente sensibili e personali, sia congruo con un piano etico stilato nel rispetto della privacy e della sicurezza stessa del dato.

La tecnologia Bluetooth Low Energy fa sì che la persona non sia geolocalizzata, ossia nel momento in cui sarà notificato l'eventuale contatto con persone positive non ci sarà dato sapere dove abbiamo incontrato tale persona, in quanto il sistema non registra la tracciabilità degli spostamenti, bensì la vicinanza con altre persone che utilizzato il dispositivo Bluetooth Low Energy attraverso degli id non identificabili per il singolo utente, ma registrati all'interno di un Cloud.

Nella visione idealtipica l'App dovrebbe ridurre la diffusione del virus se accompagnata ad un'azione tempestiva di tamponi a tutti coloro che hanno ricevuta una notifica dall'App stessa. La tanto temuta ondata di ritorno dovrebbe in tal modo essere monitorata attraverso l'individuazione di nuovi focolai.

Siamo nell'ambito di un'App che di fatto già rientra, nonostante i dovuti accorgimenti riferiti alla diagnostica, nel mercato della salute digitale. Molte e diverse tra loro sono le App dedicate alle condizioni di salute dei singoli con parametri clinici riferiti al tipo di patologia a cui intendono rivolgersi. Entriamo quindi in un altro ambito d'interesse, che esula la tracciabilità, ma è orientata verso la nuova frontiera della diagnostica robotica, strada per altro intrapresa da Israele, paese abituato a gestire situazioni di emergenza continue. Nello specifico la persona ha la possibilità di ridurre il triage attraverso la compilazione di questionari online nel quale sono inseriti i parametri clinici tipici del Coronavirus con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa e adeguare l'invio di task force mediche verso coloro che si trovano in maggiori condizioni di bisogno. Il monitoraggio delle condizioni cliniche dei singoli tramite Big Data di fatto è una realtà che già esiste da diverso tempo.

La diagnostica a distanza è un ulteriore aspetto degno di interesse che le applicazioni volte al

contrasto al Coronavirus dovrebbero possedere, oltre alla mappa di prossimità.

Big data e Immuni: dove inizia e finisce lo spaesamento

La call for action del Ministero per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione tra 300 applicazioni presentate ha scelto la App Immuni della società milanese Bending Spoon, tra le maggiori aziende italiane presenti sul mercato che operano in questo settore.

La scelta di Immuni rispetto alle altrettante applicazioni è da considerare strettamente connessa ai due aspetti di estrema rilevanza presentati precedentemente: privacy e mobilità.

Discutendo di App riferite alla salute è emerso altresì un ulteriore aspetto di interesse in merito alle funzioni previste per l'applicazione: oltre al contact tracing sarebbe stata necessaria un'area dedicata alla diagnostica a distanza, di modo che le due funzioni fossero complementari tra loro per accrescere l'efficacia e l'efficienza del dispositivo. Immuni ha entrambe le funzioni, la parte relativa alla diagnostica a distanza è riconosciuta come "Diario di salute". Ad oggi, già nella fase 2 da circa una settimana, l'applicazione non è ancora disponibile, quindi non ci è dato sapere in che termini l'area del Diario di salute sia organizzata, quali parametri diagnostici siano richiesti e quali attività siano previste per coloro che risultano essere stati in contatto con persone positive.

È fondamentale fare una premessa in merito all'App, il messaggio che troppo spesso è passato nei giorni successivi alla presentazione dell'applicazione è stato quello di considerare Immuni come uno strumento innovativo, e aggiungerei esclusivo, di contrasto al virus, tanto che la stessa società Bending Spoon e diversi organi di governo, sui mezzi stampa hanno ribadito che l'azione di contrasto deve essere supportata da una serie di ulteriori azioni a carattere prettamente sanitario.

Ma andiamo per ordine e vediamo come funziona Immuni e per quale motivo sia stata preferita alle altre proposte.

Immuni si avvale della tecnologia Bluetooth Low Energy, così come suggerito dal già citato

documento dell'Unione Europea, parrebbe che gran parte delle altre App presentate nella Call for action prevedessero un uso misto tra tecnologia Bluetooth Low Energy e GPS. L'Italia si è uniformata quindi all'orientamento degli altri stati membri in linea con quanto stilato nel documento dell'EU, soltanto la Repubblica di Cipro e la Norvegia hanno preferito un metodo misto (Bluetooth Low Energy e GPS).

Al riguardo è necessario precisare che la tracciabilità del virus attraverso la geolocalizzazione avrebbe rese nettamente migliori sia rispetto alle azioni di contrasto, sia per quanto concerne la funzionalità della portata dei sistemi operativi della maggior parte degli smartphone in uso nella cittadinanza. La geolocalizzazione però andrebbe a intaccare fortemente la privacy dei singoli, mentre l'utilizzo del Bluetooth garantisce una maggiore riservatezza dei dati attraverso la continua generazione di Id numerici generati dal sistema, che verrebbero successivamente scaricati all'interno di un Cloud. Un algoritmo elabora i dati in base a dei parametri prestabiliti, ad oggi non meglio definiti, se non riguardo alla vicinanza ed al tempo di contatto.

Entriamo quindi nel vivo della discussione poiché la tecnologia Bluetooth nasce con altre finalità, quindi è *prestata* al contact tracing, non nasce per la tracciabilità delle persone. Emergono infatti una serie di problematiche di non poco conto. Non tutti i dispositivi Bluetooth hanno lo stesso raggio d'azione e prevalentemente vanno oltre il metro di distanza. Non tutti i Bluetooth si *parlano* tra di loro, non tutti i sistemi operativi degli smartphone sono predisposti con tecnologie Bluetooth di ultima generazione, alcuni sistemi operativi pongono problematiche di conflitto. Tali difficoltà rendono meno efficace ed efficiente l'App stessa, ancor più se consideriamo che l'utilizzo di Immuni è ad adesione volontaria, maggiore è il numero delle persone che la utilizzano maggiore è la resa dello strumento in termini di contrasto al virus, ma di questo aspetto discuteremo più avanti. Quindi l'algoritmo che determina il livello di rischio di contagio definito in base a criteri di vicinanza e tempo, considerate le problematiche appena descritte, da soli non possono bastare. A seconda

del livello di contagio determinato dall'algoritmo la persona riceverà una notifica con un protocollo da seguire stilato dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), anche di questo ad una settimana dalla seconda fase non abbiamo alcun tipo di riscontro. Le problematiche sono molto differenti tra loro: di trasparenza delle scelte e dei criteri di analisi, di copertura del Bluetooth, di riconoscimento tra sistemi operativi, della gestione e stoccaggio dei dati attraverso Cloud, etc. La risposta rispetto alle problematiche di tipo tecnico sono già in corso, vi stanno lavorando sia Google che Mac per quanto concerne la gestione degli API (application programming interface), chi si occupa di Big Data ben conosce la rilevanza che rivestono gli API, senza i quali sono precluse tutta una serie di analisi sui Big Data.

Immuni non è la prima App che viene utilizzata per la lotta al Covid-19 in Italia, diverse regioni, quelle a maggior livello di digitalizzazione in sanità, hanno risposto con App dedicate, alcune di queste sono state ri-organizzate rispetto alle necessità dettate dal Coronavirus, in-house alle regioni, inserendo parametri medici specifici, definendo tempi di attesa per i tamponi, etc, altre invece sono state realizzate ad hoc in tempi estremamente ridotti. L'Unione Europea intende rispondere con un Progetto Comune capitanato dall'European Centre for Disease Prevention and Control¹ che ha l'obiettivo di realizzare un'unica App per tutti i paesi membri. Sorge quindi spontaneo chiedersi se questa nuova App sostituirà a livello europeo la neonata Immuni, e tutte quelle che sono in procinto di essere predisposte dagli altri paesi membri, oppure se le App interagiranno tra loro. Questo aspetto è di estremo interesse soprattutto al fine di limitare la diffusione nella seconda fase, ancor più se consideriamo che la diffusione del Covid-19 varia molto non solo a livello territoriale, ma ancor più rispetto agli andamenti dei singoli paesi.

Entriamo ora nel merito della copertura, ossia della diffusione di Immuni nella popolazione. L'App ha destato un grande clamore mediatico la penultima settimana di aprile in cui è uscita la notizia sulla scelta della società, molto si è discusso della necessità che l'applicazione sia installata, e ovviamente in uso a titolo gratuito e volontario, da



almeno il 60% della popolazione. Al riguardo tra le diverse ipotesi in merito agli incentivi si è parlato molto della riduzione della mobilità per coloro che decidono di non utilizzarla. Ad oggi siamo già nella fase due, Immuni non è ancora scaricabile dagli store dei cellulari e la notizia rispetto alla riduzione della mobilità è caduta nell'oblio e non si ipotizzano ulteriori incentivi.

Vi è una considerazione da fare a favore di Immuni, sin dal principio si è discusso di un periodo di sperimentazione, prevista in alcune regioni pilota oltre che nelle sedi di Maranello e Modena nella nota casa automobilistica Ferrari, nell'ambito del progetto Back on Track. È probabile che in questo periodo riferito alla prima settimana della seconda fase Immuni sia in corso di sperimentazione, questa è soltanto un'ipotesi da addetta ai lavori, sarebbe auspicabile che vi fosse notizia diretta a mezzo stampa dagli organi di governo.

Immuni e la coperta di Linus

Vi sono diversi aspetti su cui riflettere in merito a quanto discusso fino ad ora.

Alle difficoltà di ordine tecnico riferite alla carica della batteria, alla disponibilità di memoria, alle problematiche di diversa natura riguardanti l'App (incompatibilità con sistemi operativi, etc.), connessione ad internet, questioni strettamente connesse alla tecnologia Bluetooth, affidabilità del Cloud nel quale saranno registrati gli Id che ci

rappresenteranno, vi sono ulteriori difficoltà più prettamente connesse al digital divide. Al riguardo secondo quanto rilevato da Auditel-Censis (ultimi dati disponibili 2018), il 97,2% dei 18-34enni e l'85,8% dei 35-64enni possiede uno smartphone, contro il 27,8% degli ultra 65enni, tra l'altro la fascia d'età maggiormente a rischio per eventuali conseguenze dovute alla severità della malattia. Anche su questo aspetto ci sono state discussioni controverse per far sì che anche coloro che non posseggano uno smartphone possano essere parte della mappa di prossimità, si è a più voci ipotizzato il braccialetto elettronico per giovanissimi² ed anziani. Rispetto alla percentuale minima per la copertura del contact tracing, Immuni dovrebbe essere scaricata almeno dal 60% della popolazione, ovvio che fatte salve tutte le considerazioni fino ad ora argomentate è ancor più evidente l'importanza di considerare Immuni come uno tra gli strumenti utili al contrasto alla diffusione del virus.

Un ulteriore ordine di discussione riguarda la diagnostica a distanza e come i parametri inseriti all'interno del Diario di salute possano essere riconosciuti dal nostro SSN che deve essere al passo con e-Health per poter dare una risposta concreta attraverso azioni mirate. In primis abbiamo già considerato le perplessità riferite ai parametri adottati per il calcolo dell'algoritmo che determina il livello di rischio di contagio ed abbiamo altresì discusso di come questi due soli parametri (vicinanza e tempi di esposizione) possano avere non poche problematiche se connesse alla tecnologia Bluetooth. Ciò significa comunque che collateralmente dovrebbero avvenire due azioni differenti: un'azione diretta di supporto a coloro che risultano possibili contagiati secondo quanto definito dai parametri clinici con sintomatologia evidente, la seconda azione è di notifica a tutti coloro che sono stati in contatto con tali persone.

L'e-Health dovrebbe attraverso meccanismi virtuosi sostenere con azioni di triage a distanza il monitoraggio dei primi sintomatici ed in una fase successiva con la conclamazione della malattia porre in essere un monitoraggio in tempo reale dei parametri di salute. In tal modo si andrebbe ad alleggerire il lavoro degli operatori sanitari, ma

affinché questo possa essere possibile è necessario che il SSN sia pronto attraverso la digitalizzazione sanitaria su larga scala, aspetto sul quale il nostro paese ha ancora molto da lavorare. Una risposta in tempi brevi può avvenire invece delegando le Aziende Sanitarie Locali, attraverso la supervisione del Sistema Sanitario Regionale, alla gestione delle informazioni fornite da Immuni sia rispetto alla mappa di prossimità, sia in merito a quanto rilevato nel Diario di salute.

Per concludere il livello di efficacia ed efficienza della mappa di prossimità e del Diario di salute presentano complessità tali per cui l'utilizzo di tecnologia Bluetooth pare più una coperta di Linus che non una risposta concreta, troppe sono le variabili intervenienti affinché l'App svolga il proprio compito nel migliore dei modi. La geolocalizzazione avrebbe risposto in modo adeguato a buona parte di tali complessità, d'altronde ritornando all'incipit iniziale noi produciamo tracce digitali e geolocalizzazioni continue consapevolmente e inconsapevolmente. L'auspicio con il quale si conclude è che data la velocità con la quale le tecnologie cambiano e migliorano le proprie performance, nel momento in cui sarà disponibile Immuni molti, e aggiungerei troppi, dei nodi di cui abbiamo discusso siano



risolti, o per lo meno, siano al vaglio ulteriori strade da percorrere.

BIBLIOGRAFIA

Burrows R., Savage M. (2014), After the Crisis? Big Data and the Methodological Challenges of Empirical Sociology, In *Big Data and Society*, n. 1, pp.1-6, doi: 10.1177/2053951714540280

Crossley S. A., McNamara D.S. (2016), *Adaptive Educational Technologies for Literacy Instruction*, Routledge, London.

Kitchin R. (2014), Big Data, New Epistemologies and Paradigm Shifts, In *Big Data & Society*, I, pp. 1-12, doi: 10.1177/2053951714528481.

Marmot M. (2006), Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: Are Determinants Within Countries the Same as Between Countries?, in *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol . 896, Issue 1, The New York Academy of Sciences, New York.

Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08102.x>

Marmot M. et al (2012), WHO European review of social determinants of health and the health divide, in *The Lancet*, Volume 380, Issue 9846, 15-21 September 2012, Pages 1011-1029, Elsevier, Amsterdam.

Volkov A. Muhathanna A. et al (2017), SDN Approach to Control Internet of Thing Medical Applications Traffic, in *Communications in Computer and Information Science*, Springer

Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-66836-9_39

Zhitao G., Zefang L. et al (2019), Achieving data utility-privacy tradeoff in Internet of Medical Things: A machine learning approach, in *Future Generation Computer System*, Vol. 98, september 2019, pp. 60-68

Doi: <https://doi.org/10.1016/j.future.2019.01.058>

Le immagini del testo sono state gentilmente concesse da Cleto Corposanto (Vietnam, 2018 – Myanmar, 2019).

¹ Per ulteriori informazioni in merito alle finalità e agli obiettivi istituzionali dell'European Centre for Disease Prevention and Control si consulti il seguente link: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_it

² Al riguardo l'asilo di Castellanza nell'hinterland milanese sarà il primo in Italia ad adottare questo accorgimento per riaprire le aule agli studenti più giovani.

#LOCKDOWN VITA QUOTIDIANA TRA DE-COINCIDENZA E DIGITALIZZAZIONE

Veronica Moretti

Da quando il covid-19 è entrato a fare parte delle nostre vite siamo costretti giorno dopo giorno a capovolgere le nostre attività quotidiane e le priorità. Gli effetti della pandemia sulla vita domestica sono di certo enormi. È in particolare il regime spazio-temporale ad essere stato modificato, vale a dire la nostra possibilità di organizzare e vivere il tempo e lo spazio sia a livello individuale che collettivo.

L'Italia è stata infatti protagonista di quello che il sociologo tedesco Hartmut Rosa (2015) definirebbe come una vera e propria *decelerazione sociale*, in opposizione alle profonde forme di accelerazione a cui siamo stati lungamente esposti. Soprattutto durante la prima fase di lockdown (8 marzo – 4 maggio 2020) abbiamo rinunciato alla progettualità (dalle vacanze estive al nostro futuro) e sospeso il funzionamento di alcune consuetudini, nonché messo in stand-by molte delle nostre attività.

Questa condizione presenta naturalmente degli effetti sulla nostra persona e sul modo in cui ci relazioniamo con il mondo esterno, ad oggi praticamente inaccessibile se non attraverso dispositivi digitali.

Per leggere la complessità del fenomeno, o almeno una parte di questa, con il presente contributo mi concentro su due aspetti: la de-coincidenza e la digitalizzazione della nostra vita domestica. Se quello di de-coincidenza rispecchia la parte

esistenziale del fenomeno covid-19, la digitalizzazione si inserisce come aspetto con cui mantenere attive le nostre attività e, in parte, le nostre relazioni.

A fianco di considerazioni teoriche, riporto uno studio esplorativo condotto con Antonio Maturo (sociologo presso l'Università di Bologna) durante le prime tre settimane della fase di lockdown. In particolare, mostrerò alcuni dei risultati emersi rispetto al ruolo che il digitale sta ricoprendo nelle vite degli intervistati sia nel mitigare il senso di angoscia prodotto dalla condizione sia nell'esacerbare l'egemonia tecnologica da cui, attualmente, non riusciamo ad uscire (e non possiamo neppure farlo).

De-coincidere...

Per descrivere la situazione odierna sembra quanto mai adeguato ricorrere al romanzo, quasi profezia potremmo dire, di Roberto Calasso *L'innominabile attuale* dove, cito l'autore, "La sensazione più precisa e più acuta, per chi vive in questo momento, è di non sapere dove ogni giorno sta mettendo i piedi". Avere informazioni adeguate su una certa condizione consente agli individui di crearsi aspettative conformi e prevedere in che modo le circostanze andranno ad influenzare la loro vita.

Per utilizzare un termine del sociologo inglese Anthony Giddens (1991), conoscere il contesto entro cui viviamo contribuisce a rafforzare la nostra "sicurezza ontologica", quel senso di continuità ed ordine negli eventi. La sicurezza ontologica è l'atteggiamento esperito dalla maggioranza delle persone che confidano nella conoscenza del proprio ruolo nel mondo circostante. Rientrano in questo senso i legami famigliari, religiosi, la fiducia nella scienza, la stabilità della nostra vita quotidiana. Per questo l'ambiente sociale e le varie relazioni diventano fondamentali attraverso la certezza delle pratiche routinarie.

Poter contare su le piccole evidenze che definiscono la nostra vita ci fornisce un senso di solidità. Giddens suggerisce che questo senso di narrazione continua – quella che chiama *continuità biografica* – favorisce la stabilità

dell'“esistenza di sé” e la fiducia nella sua interazione sociale. Mantenere una continuità biografica stabile è necessario tanto agli individui quanto alle società. Tuttavia, alcuni eventi possono cambiare radicalmente le nostre vite, alterando profondamente il modo in cui la società funziona e, quindi, il senso di sicurezza individuale e collettivo nello stabilire norme e routine.

L'attuale pandemia di Coronavirus è uno di questi eventi che ha già avuto un impatto enorme su come ci comportiamo, come apprendiamo, come lavoriamo e come socializziamo e pianifichiamo le nostre attività e routine. Per spiegare questa inedita condizione ho deciso di utilizzare un concetto per la verità slegato dalla sociologia e preso a prestito dagli scritti filosofici: la de-coincidenza.

Il concetto è stato teorizzato da François Jullien (2017), filosofo presso l'Università di Parigi VII Denis Diderot, che ne parla come quel processo di “apertura” che lascia emergere risorse precedentemente inimmaginabili a causa di un nuovo ordine che si è instaurato. Si tratta quindi di un'uscita dai cardini, dalle giunture delle cose o, per dirla in altri termini, da una condizione prestabilita a cui eravamo abituati. Jullien applica la de-coincidenza all'esistenza dell'uomo (de-coincidere implica l'uscita dall'adeguamento del sé) mentre in questo caso ne propongo l'applicazione ad un *sé sociale*, un individuo calato nel contesto di riferimento che non riesce più ad orientarsi in esso.

Jullien spiega come ogni nuova fase che si presenta nella nostra vita inizi proprio con l'incrinatura di un precedente adeguamento, generando una crepa nella connessione delle cose precedenti. Quando l'8 marzo è stato dichiarato il lockdown in tutto il Paese, i cambiamenti non hanno riguardato solamente gli spazi entro cui muoversi (la casa e non l'esterno), il tempo (scandito ora da nuovi ritmi) ma anche le abitudini. Secondo Rita Felski, professoressa presso la University of Virginia, questa tripartizione (spazio/tempo/abitudini) costituisce il fondamento della vita quotidiana dei soggetti che, come già pubblicato da molti sociologi *à la page*, è stata stravolta in modo inatteso e totale. Come ci racconta Lorenzo

Migliorati, in quella che potremmo definire la sua “auto-etnografia”, con l'opera *Un sociologo nella zona rossa*,

I dieci giorni successivi [del lockdown] hanno sconvolto ogni nostra abitudine: siamo stati letteralmente sigillati nelle nostre case, abbiamo svolto le nostre attività (chi ha potuto) da remoto, abbiamo abitato le nostre vite in strettissima promiscuità con quelle dei nostri familiari, le webcam sono entrate nelle nostre case e in quelle dei colleghi, degli amici, dei familiari. La nonna dei miei figli ha riscoperto le favole al telefono (Migliorati, 2020, p. 20)

In sostanza un intero popolo si è improvvisamente trovato a de-coincidere con tutte le pratiche e le certezze della vita quotidiana. Questo processo determina un sentimento di angoscia per il nuovo adattamento dal momento che farlo non significa soltanto manifestare una rottura, liberarsi di norme e vincoli sconvolgendo le convenzioni attese per ricrearne di nuove, bensì significa mettere in campo una fase creativa del sé e delle sue abitudini, dal momento che il soggetto è esposto all'aleatorio. In questa fase gran parte delle persone ha avvertito il disagio proveniente da questo scollamento, considerato che de-coincidere significa anche rimanere orfani di ogni attaccamento, stabilità e sicurezza. Molte delle nostre certezze sono crollate, generando un senso di smarrimento. Ma allo stesso tempo siamo stati chiamati ad utilizzare nuove risorse per assimilare velocemente il lockdown e le nuove norme di comportamento richieste per la gestione dei contagi (dal distanziamento sociale alla restrizione della nostra libertà di movimento). Parafrasando Giddens, ci troviamo oggi *sospesi biograficamente* poiché abbiamo perso gran parte della nostra sicurezza ontologica.

...e digitalizzarsi

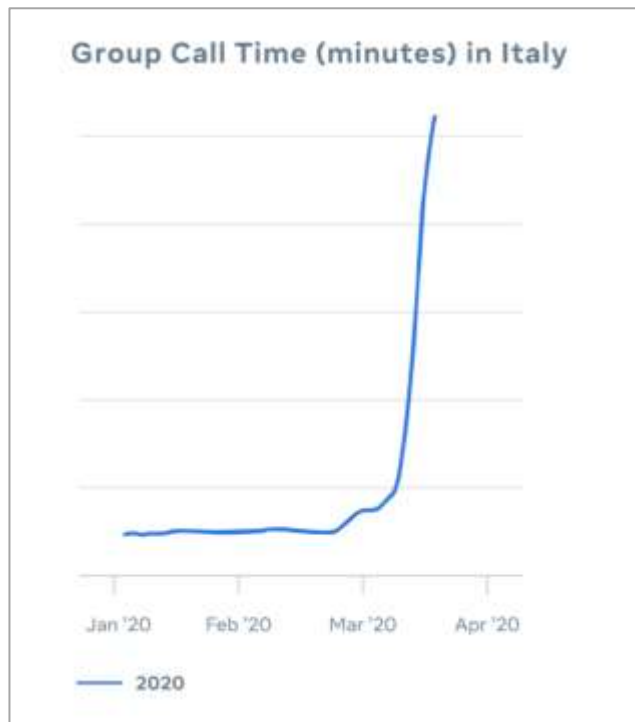
Era il 2012 quando sul palco di Ted – una serie di conferenze focalizzate su tecnologia, design cultura e tutto ciò che appartiene al mondo scientifico – si presentò la sociologa Sherry Turkle, fresca della sua ultima opera *Alone together* (“Insieme ma soli”). La Turkle si è occupata lungamente di tecnologia nella sua carriera,

pubblicando già nel 1995 il libro *Life on the Screen* e proponendo in modo certamente avanguardistico come computer e altri dispositivi tecnologici riescano ad influenzare il nostro modo di pensare e di relazionarci. Con il passaggio alla seconda opera, la Turkle approfondisce l'intimità uomo-robot ed evidenzia il risvolto drammatico della relazione tra organizzazione sociale del lavoro, sviluppo tecnologico, benessere economico e costruzione di nuove identità virtuali.

Le nostre ferie sono accompagnate spesso da reperibilità e iper-connessione; i nostri figli sono esposti a dispositivi digitali spesso più che a libri o interazioni e durante i nostri incontri di persona abbiamo imparato a scrivere messaggi ed email senza guardare lo schermo del telefonino. Abbiamo sviluppato una *tecno-dipendenza* che si sostanzia nella costruzione di una realtà artificiale in cui esperire nuove forme di intimità e solitudine.

Se, come spiega Luciano Floridi, professore di Filosofia ed etica dell'informazione presso la Oxford University, i soggetti vivono oggi in una realtà ibrida senza barriere tra reale e virtuale, con il lockdown è stata quasi del tutto azzerata la dimensione offline in favore della condizione online. Gli italiani si sono abituati a rimanere a casa bevendo un "aperitivo online" (foto 1) con gli amici e, in generale, mantenendo le relazioni sociali a livello virtuale. Intere palestre si sono trasferite nelle varie piattaforme in rete, aule universitarie sono diventate schermi vuoti e i

Aperitivi online



Fonte : <https://about.fb.com/news/2020/03/keeping-our-apps-stable-during-covid-19/>

ricercatori hanno ristrutturato le tecniche di raccolta dati muovendosi nel cyber spazio. C'è chi organizza le sedute con lo psicologo su zoom e chi sospira utilizzando la chat di tinder. Inoltre, la rete è diventata anche il solo modo per stare vicini ai propri cari se ospedalizzati. In pratica un'intera società si è spostata dalla strada agli schermi di un pc, dall'analogico al digitale.

Questa digitalizzazione della realtà quotidiana, prendendo a prestito il titolo del libro di Michele Bonazzi (2014), è in grado di modificare le nostre relazioni, le nostre percezioni e la costruzione stessa della nostra identità; d'altro canto, e come visto, il digitale è in grado di connettere individui superando le barriere cronotopiche e far realizzare (quasi) tutte le attività nello spazio virtuale. Nella fase di pandemia questa situazione ha assunto tratti inediti e mai affrontati. È aumentato il traffico della rete fissa, l'utilizzo di rivenditori e delle comunicazioni online. In un post del 24 marzo i due vicepresidenti di Facebook, Alex Schultz e Jay Parikh hanno dichiarato che il tempo trascorso dagli italiani su alcune app –

Facebook, Instagram, Messenger e WhatsApp – è aumentato del 70 per cento dall'inizio della crisi. Il grafico che riporto mostra in modo preciso l'impennata di digitalizzazione del Paese. In poche parole, i nostri dispositivi tecnologici (pc, smartphone, tablet) sono diventati – ancora di più, se possibile – il mezzo con cui lavoriamo, facciamo sport, intratteniamo le nostre relazioni e passiamo il tempo libero.

Digitalizzarsi per ri-coincidere?

Queste poche pagine hanno avuto lo scopo di inquadrare due aspetti (de-coincidenza e digitalizzazione) che possono essere applicati alla contemporanea situazione.

Assegnando a queste condizioni una validità empirica, propongo una loro integrazione sulla base di alcune considerazioni tratte da una ricerca esplorativa condotta nelle prime tre settimane di lockdown (8 marzo – 29 marzo) su 20 partecipanti di età compresa tra i 29 e i 36 anni, di entrambi i sessi (11 ragazze e 9 ragazzi) che risiedono nel Nord Italia. Nessuno dei nostri intervistati ha figli e in media il titolo di studio dichiarato è piuttosto elevato. La scelta di non coinvolgere individui con figli si origina principalmente dal fatto che la gestione della vita quotidiana con dei bambini assume caratteristiche completamente diverse rispetto a chi deve gestire le proprie attività in autonomia pensando solo alla propria giornata (o a quella del partner).

La ricerca è stata condotta con l'obiettivo di inquadrare le nuove caratteristiche della vita domestica che, come visto, hanno subito un significativo mutamento. Sulla base delle premesse esplicitate nei primi due paragrafi, mi sono posta le seguenti domande: quanto la digitalizzazione della realtà quotidiana è in grado di mitigare il senso di de-coincidenza che il lockdown sta producendo nei soggetti? Quanto conviviamo comodamente con gli artefatti tecnologici? In altri termini, quanto sono radicali le tecnologie nel plasmare la vita quotidiana e il senso di appartenenza alla realtà durante il lockdown? Comprendendo le difficoltà epistemologiche nel fornire risposte esaustive alle domande di ricerca, e nonostante le promesse del

web di connettere in modo continuo, molti degli intervistati hanno sottolineato la fragilità dello strumento digitale nel mantenimento delle relazioni sociali. Spesso si fatica a rispettare i turni di parola e pur essendo collegati tendiamo comunque ad isolarci per fare altre cose e non ci sentiamo mai veramente integrati. Curiosamente anche all'interno della rete si può verificare il phubbing, l'attività che si riferisce all'atto di ignorare o trascurare il proprio interlocutore in un contesto sociale concentrandosi sul proprio smartphone.

Come riportato da questa intervistata:

Va bene che si fanno questi aperitivi, queste cene online e ne stiamo facendo anche parecchie, però in realtà sento che sono un po'...chiacchiere un po'...a parte tutta la complicazione del sentirsi non benissimo, quando si è in tanti, poi è difficile un po' capire i turni di parole. Cioè ieri sera per esempio siamo stati 2 ore e mezza connessi con 4/5 amici...però francamente non riesci minimamente a parlare nello stesso modo. Cioè almeno questa è l'esperienza che ho avuto io in queste occasioni e un po' mi dispiace...anche perché continuavo a fare delle altre cose per dire...mentre ascoltavo quello che dicevano ed erano perlopiù un po' cavolate.

Il digitale può anche dare vita a forme di esasperazione o, meglio, di irritazione specialmente in quei casi in cui il bisogno di socialità si esprime in modo forzato. L'invito a mantenersi connessi ce lo ricorda anche il famoso hashtag **#distantimauniti** che è diventato il *leitmotiv* di questo periodo di lockdown. Tuttavia, come si evince dalle parole di questo intervistato, queste forme di solidarietà digitale non sempre sono vissute in modo positivo:

Se continueranno queste restrizioni per molto tempo probabilmente penserò a fare qualche videochiamata magari con persone che non vedo da tanto ma francamente ripeto che non capisco il fare chiamate video con persone vicine a te di casa con le quali magari vi eravate visti da poco, ritengo ci sia una forma di esagerazione in tutto ciò, è come voler ostentare questo pensiero nel dire "ce la faremo!". Si deve dare il giusto

valore ai rapporti interpersonali, non possono andare a finire nel giro di una settimana.

Il bisogno di socialità può diventare ulteriore elemento di stress se esperito con persone con cui non ci sarebbe stato nella dimensione offline:

Organizzare aperitivi sulla chat. Tante volte non ho visto le mie amiche per due o tre settimane e mai abbiamo fatto aperitivi on line. Ora c'è questo bisogno di tenersi costantemente in compagnia. Stasera un mio compagno delle medie ci ha chiesto di fare una chiamata su Skype. Ma quando mai ci eravamo sentiti? Non era mai successa questa cosa.

Oppure, come ci spiega questo intervistato, generare angoscia:

No a quello non sono ancora arrivato [aperitivi online] in quanto la cosa mi mette un po' di malinconia all'idea

Tuttavia, la digitalizzazione delle relazioni può anche favorire una riconciliazione di alcune crepe del sé sociale che si sono verificate durante la fase di lockdown ed allargare, in alcune circostanze, la visione dei propri rapporti:

Questa dimensione che per me è bella mi dà piacere anche in considerazione della lontananza che ci separa, ma della possibilità oltre che sentirsi, nel potersi vedere. Proprio questo tipo di sensazione positiva infatti mi ha fatto notare che prima di questa emergenza non utilizzavamo mai questo tipo di metodo per contattare i nostri familiari, semmai preferivamo sia io che mio marito fare ad esempio un aperitivo per conoscere persone nuove o una cena, ci limitavamo ai contatti solo con la famiglia più stretta. Adesso si riesce ad allargare di più la nostra visuale.

Infine, un ultimo aspetto da menzionare riguarda il cambiamento che le nostre identità digitali possono aver subito durante il periodo di lockdown. Trascorrendo la quasi totalità del tempo a casa, si modificano anche i contenuti condivisi

Dal punto di vista del mio utilizzo da osservatore dei social quindi posso dirti che il tempo che ci passo non

è diminuito mentre il mio utilizzo da contributore ad alimentare la piattaforma è in parte diminuito proprio per la mancanza del materiale da posta

La digitalizzazione della nostra vita quotidiana può dunque creare diversi effetti nella nostra fase di uscita da schemi prestabiliti. Se, da un lato, le relazioni online possono dunque costituire un rimedio agli effetti che il lockdown sta avendo sulla nostra persona, dall'altro lato possono altresì risultare come un canale che amplifica la de-coincidenza, creando una deriva selettiva delle relazioni una volta terminata la fase online di queste.

Considerazioni finali?

Sin dagli esordi della pandemia, siamo stati chiamati a modificare la nostra vita quotidiana in modo radicale e tempestivo diventando diligenti e partecipativi. Siamo usciti bruscamente da tutti gli schemi prestabiliti per dare forma a un nuovo adattamento sociale. Un po' sulla scia della storica locuzione di Augusto "Festina Lente" (affrettiamoci lentamente) ma meno gradevole. Le nostre vite sono state alterate e radicalmente trasformate. Per questo, si è scelto di lasciare un punto interrogativo in quelle che di solito sono le conclusioni di un articolo, dove non si dovrebbe aggiungere nulla di nuovo se non ripercorrere quanto già affrontato nel testo. Il periodo in cui ci troviamo a scrivere non lascia spazio ad una chiusura definitiva, a causa della profonda insicurezza che regola le nostre vite e attività. Il senso di incertezza che il covid-19 ha introdotto non è presente solamente sui social network degli italiani che si trovano a rinegoziare molte delle convinzioni che questo "male invisibile" sta producendo. Sono molte le identità professionali, i cosiddetti esperti, ad essere in difficoltà rispetto alle previsioni sul futuro. Il 21 aprile 2020, il *New England Journal of Medicine* e la Harvard School of Public Health hanno tenuto un simposio dal titolo evocativo e molto indefinito: "Where do we go from here?". I partecipanti, esperti mondiali di public health, hanno sottolineato il senso di frustrazione nel non essere ancora in grado di scegliere tra tutti i potenziali trattamenti, farmaci e reagenti standardizzati che sono già presenti. E

questo per la velocità con cui la pandemia si è diffusa e ha battuto sul tempo la scienza e i suoi strumenti. Sulla base di queste (in)certezze ho proposto che questa nuova condizione sanitaria (pandemia) e sociale (lockdown) possa essere inquadrata ricorrendo al concetto filosofico di de-coincidenza, che presuppone una uscita (seppur temporanea) dai propri confini (bordi) individuali. Una sorta di scollamento dal sé, in cui non coincidiamo con il contesto entro cui siamo inseriti. Per descriverlo con una immagine (foto 2), la de-coincidenza presuppone una rottura con gli schemi ordinari della nostra vita, in cui il soggetto non può essere in linea con il mondo in cui si trova. In altri termini gli elementi non sono in armonia tra loro e risultano fuori contesto.



foto 2 – de-coincidere

È altresì vero che la de-coincidenza è qualcosa di necessario per Jullien dal momento che spesso nella vita di tutti i giorni cerchiamo spesso di de-coincidere per vivere meglio: cambiare rituali ed abitudini o, semplicemente, mostrando forme di resistenza e rifiuto per alcune dinamiche. Viene dunque rifiutata l'idea di un sé stabile e stagnante soggetto ad estreme forme di abitudine. Una

concezione quasi negativa della ripetizione degli eventi e delle caratteristiche individuali. Metaforicamente, queste considerazioni si poggiano su quello che raccontava Proust nel sesto volume de *Alla ricerca del tempo perduto*, parlando della scomparsa di Albertine, celebre amore del Narratore e perenne *être de fuite*, ovvero un personaggio la cui vita rimane misteriosa e per certi aspetti opaca. Secondo lo scrittore francese spesso l'abitudine va considerata come un veleno a cui a poco a poco ci si abitua per sopportare a realtà. Questo veleno crea degli anticorpi che ci aiutano a tollerare le sofferenze cui il nostro spirito è sottoposto e la pesantezza dello scorrere del tempo. Analogamente la nuova condizione di lockdown ci richiede un notevole sforzo per conformarci alle nuove abitudini e alle nuove forme di realtà.

Una volta lo scrittore Philip Dick ha definito la realtà come “quella cosa che, anche se smetti di crederci, non svanisce”; questa frase risulta quanto mai applicabile al contesto che tutti noi stiamo oggi condividendo.

BIBLIOGRAFIA

- Bonazzi M. (2014), *Digitalizzazione della vita quotidiana*, FrancoAngeli Milano
- Calasso R. (2017), *L'innominabile attuale*, Adelphi, Milano
- Giddens A. (1991), *Modernity and Self-Identity*, Blackwell Publishers, Oxford.
- Jullien F. (2017), *Il gioco dell'esistenza. De-coincidenza e libertà*, Feltrinelli, Milano.
- Migliorati L. (2020), *Un sociologo nella Zona Rossa. Rischio, paura, morte e creatività ai tempi di covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Rosa H. (2015), *Accelerazione e alienazione*, Einaudi, Torino.
- Turkle S. (1995), *Life on the Screen*, Touchstone, New York.
- Turkle S. (2012), *Alone together*, Basic Books, New York.



A TAVOLA COL VIRUS IL CIBO NELLO SCENARIO PANDEMICO

Francesco Saverio Caruso

Nei picchi più alti della diffusione epidemica, il bene più prezioso e introvabile - per il quale si è arrivato a creare in alcune città una sorta di mercato nero, con farmacisti e distributori nel ruolo di spacciatori semi-clandestini in piccole dosi - è stato il Dispositivo di Protezione individuale per eccellenza in questa emergenza Covid, cioè la famigerata mascherina.

Quando nel mese di gennaio l'estesa comunità cinese acquistava in blocco le mascherine a dieci

centesimi l'una, sembrava semplicemente un vezzo culturale orientale, al massimo rinfocolato dalle notizie sull'ennesimo strano virus che si stava espandendo - come avvenuto a più riprese negli ultimi anni - nel loro grande e lontano Paese.

Ma anche il bene più indispensabile per la sopravvivenza umana - il cibo - è stato ossessivamente ricercato, al centro di una preoccupazione collettiva strisciante che si è palesata in modo schizofrenico con le code ai supermercati durante il *lock-down*: la sola ipotesi di chiusura temporanea o festiva dei punti vendita, accennata in modo ambiguo da alcuni attori istituzionali, scatenava a più riprese la corsa all'accaparramento dei generi alimentari.

Dal frigo alla conserva: i tempi lunghi della cucina

In verità la produzione agroalimentare non ha subito forti rallentamenti: è lo stesso Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali a sottolineare come nel trimestre febbraio/aprile 2020 si sia continuato a produrre "1,86 milioni di

cosce di prosciutto marchiate; 3,8 milioni di vaschette di prosciutto; 1,35 milioni di forme di formaggio marchiate e 6,27 milioni di Kg di formaggio grattugiato; oltre un milione di litri di olio DO/IG; quasi 15 milioni di Aceto balsamico di Modena; mezzo milione di kg di riso, 1,3 milioni di kg di ortofrutta".

Tuttavia, sebbene il settore agroalimentare non abbia mai registrato cali significativi della produzione, restando escluso dalle politiche di contenimento del virus, diversi prodotti sono rimasti per settimane di difficile reperimento, a causa dell'impennata della domanda e della forsennata corsa all'accaparramento.



Personalmente, per dare seguito all'organizzazione di una campagna di raccolta di generi alimentari per le fasce sociali bisognose, ho avuto modo di interfacciarmi con alcune piattaforme di vendita di alimentari all'ingrosso, con l'intento di reperire quantitativi ingenti di beni di prima necessità.

Le risposte dei responsabili contattati sono state abbastanza eloquenti. I pastifici non sono riusciti a far fronte all'aumento irrazionale della domanda (*"ho chiesto 10 bancali al noto marchio italiano, me ne hanno mandati 4, che dopo due ore erano già finiti. Fino a poco fa succedeva il contrario: chiedevi 4 e te ne mandavano 8. Ho chiesto alla nostra centrale a Bologna, ma due tonnellate di pasta non c'è modo in questo momento di trovarli"*), così come la distribuzione del latte fino alla fine di aprile ha risposto in modo altalenante all'aumento di domanda sia del prodotto fresco, ma soprattutto di quello a lunga conservazione (*"i punti vendita mi chiamano per prenotare il latte anche una settimana prima, prima invece venivano qui e prendevano quanto ne volevano"*).

Se la pasta e il latte sono comunque rimasti nella disponibilità dei singoli consumatori, altri prodotti sono invece risultati introvabili sugli scaffali e ancora oggi restano di difficile reperimento: in primo luogo il lievito è diventato merce rara al pari delle mascherine in gran parte delle città italiane.

Il secondo prodotto più introvabile è sicuramente la farina: le prime rilevazioni di mercato, ci parlano di un aumento vertiginoso delle vendite (+ 98% rispetto allo stesso periodo del 2019), spia di una ritrovata propensione all'autoproduzione domestica di alcuni cibi.

Nei cambiamenti delle abitudini alimentari uno dei dati certamente più significativi è il salto del centro gravitazionale dal frigo alla dispensa: si è in pratica sacrificata la fragranza del fresco a favore dei prodotti a più lunga scadenza, per cui nell'ortofrutta crescono patate e carote a discapito delle fragole e della frutta a più rapido deperimento; così come gli affettati si prendono confezionati e non al banco frigo, anche per l'insofferenza dei tempi di attesa all'interno dei punti vendita.

Più in generale si riscopre l'importanza della lunga conservazione, con la riscoperta anche di prodotti ormai quasi in disuso, come le conserve di carne o le minestre liofilizzate; un ritorno al passato che si ritrova anche nella riscoperta dei tempi lunghi della cucina, dei cibi fatti in casa, dell'impasto e della lenta lievitazione, della rottura seppur temporanea degli imperativi baumaniani del consumo immediato e istantaneo. Altro che quarta, quinta e sesta gamma...

Il ritorno del salumiere

Ma nella pandemia è cambiata non solo la composizione del carrello, ma il carrello stesso.

La distribuzione e la vendita dei beni alimentari, che un tempo avveniva nei mercati, nel corso degli ultimi anni è avvenuta in "non-luoghi" ai quali si è aggiunto qualche prefisso superlativo (super, iper) per magnificarne la potenza.

Le filiere di oggi dell'agroalimentare sono quasi sempre *buyer-driven*, cioè con un ruolo centrale delle imprese committenti nella realizzazione e gestione di una estesa base di fornitori selezionati, sulla quale costruire sistemi di distribuzione: la

crescente complessità gestionale di reti mondiali di approvvigionamento ha determinato una concentrazione del potere di controllo delle catene del valore nelle mani di poche grandi imprese.

Nello specifico contesto italiano, solo 19 imprese gestiscono il 97% del mercato della GDO che a sua volta ormai controlla quasi il 70% dei consumi alimentari.

Si è assistito per anni ad un allargamento progressivo delle superfici di questi punti vendita: i supermercati sono diventati grandi supermercati, grandi supermercati sono diventati ipermercati, gli ipermercati a loro volta si sono allargati in una costellazione di negozi e servizi di ristoro, intrattenimento, fino a diventare centri commerciali, cioè quei superluoghi diventati sempre più spazio egemonico e fagocitante della vita sociale (o asociale?) e pulsante delle nostre città.

Queste cattedrali del consumo oggi sono spazi deserti, il cui senso di vuoto è accentuato dalla loro possenza e spettacolarizzazione immobiliare. E probabilmente lo resteranno ancora a lungo: le folle in un ambiente chiuso e con scarso ricambio d'aria difficilmente ritroveranno il livello di vitalità che hanno conosciuto nelle società pre-coronavirus.

Le prime rilevazioni Ismea sono abbastanza eloquenti: si è assistito in queste settimane nella riscoperta del “negozio di prossimità”, i piccoli alimentari – ormai in via di estinzione per la soverchiante potenza delle grandi superfici, frequentati da anni solo per piccoli acquisti sbrigativi di emergenza – ritornano ad essere punti di riferimento per i quartieri, il vicinato, i piccoli centri abitati.

Le limitazioni negli spostamenti, il timore per i luoghi affollati e per le code, hanno fatto riscoprire il valore sociale, comunitario si potrebbe dire, del “salumiere”, quale figura qui simbolicamente rappresentante di quelli che in gergo professionale sono definiti “liberi servizi”, cioè punti vendita di ridotte dimensioni: il balzo compiuto da questa categoria di esercizi commerciali rispetto allo stesso periodo del 2019 è impressionante, con vendite aumentate del 40% su base annua, a differenza della sostanziale tenuta dei supermercati e del crollo degli ipermercati.

Nelle settimane del *lockdown* il salumiere è diventato una delle poche interfacce umane al di

fuori dell'ambito familiare ristretto e dall'accumularsi vorticoso delle relazioni digitali.

Inoltre la prossimità fisica e la conoscenza personale, ha anche permesso ai commercianti di prossimità, a fronte della saturazione della capacità di consegna delle catene della GDO, di ripristinare e allargare l'attività di “consegna a domicilio” dapprima riservata a pochi clienti anziani fidelizzati.

L'altro vero terremoto è stata la penetrazione dell'e-commerce nel settore alimentare: se nel corso degli ultimi venti anni le piattaforme digitali hanno progressivamente sussunto la vendita di gran parte dei beni di consumo, il cibo è rimasto sempre ai margini della virtualizzazione delle relazioni commerciali. Oggi invece alcune grandi catene distributive hanno dichiarato di aver fatto transitare in questa modalità fino al 20% del loro fatturato settimanale, mentre il mercato “on line” alimentare valeva in Italia ad inizio anno appena l'1%.

Di contro, è grave il disagio che ha vissuto e vivrà a lungo la ristorazione. Quello che si sta compiendo è una vera e propria disintegrazione del settore.

Stop a tavolini e tavolate, agli aperitivi e ai banchetti dei riti di passaggio: una parte importante della socialità e dell'aggregazione ruotava intorno a questi momenti e questi luoghi pubblici della convivialità del cibo.

Gli strumenti della misurazione della distanza, i vetri divisorii, le mascherine (a tavola?!) e il gel disinfettante difficilmente potranno restituirci il desiderio dell'assembramento che ha orientato la riconfigurazione degli spazi del recente passato, rifondandosi in continuazione nella frenesia della “movida”.

Difficilmente i giovani abbandoneranno le discoteche affollate di Ibiza per ritrovarsi in qualche remoto punto di ristoro della Sila, ma in ogni caso la disponibilità di spazi soleggiati, ampi e aperti potrà rappresentare un punto di ripartenza per la ricostruzione di un equilibrio tra socialità e salute pubblica.

Il valore del sole e del verde acquisiranno necessariamente ulteriore slancio e forza: e probabilmente da questa prospettiva, le latitudini meridiane e i bassi livelli di urbanizzazione

diventeranno un valore aggiunto rispetto alla densità di popolazione, di inquinamento e di maltempo che caratterizzano altre regioni. Nel mancato sviluppo industriale o nella marginalità territoriale si potranno intravedere non più solo problemi, ma anche soluzioni.

Verso una crisi dei paradigmi del cibo globale?

La capacità di garantire in tutta Italia un flusso continuo di forniture alimentari è diventata per diverse settimane una delle principali preoccupazioni degli attori istituzionali durante la pandemia. Le file interminabili ai supermercati dei grandi centri urbani che a più riprese si sono registrate durante il *lock-down*, non sono state solo il frutto di una cattiva informazione pubblica o di forme irrazionali di psicosi collettive, ma anche il risultato della consapevolezza di un equilibrio complesso e astruso sul quale si reggono oggi le sempre più lunghe filiere alimentari.

Nel corso degli ultimi anni infatti i processi di globalizzazione e la conseguente espansione del commercio internazionale hanno trasformato radicalmente il settore agroalimentare: l'ipermobilità del capitale, il global sourcing, la liberalizzazione dei mercati, l'articolazione di sistemi logistici integrati e flessibili hanno allungato la distanza from the farm to the fork, configurando una vasta e capillare rete mondiale di interconnessione di approvvigionamento alimentare per le quali il valore strategico della compressione spazio-temporale è ancor più accentuato a causa della naturale deperibilità del prodotto.

E così migliaia di tonnellate di pescato giapponese, pompelmi israeliani, banane colombiane, avocado peruviano, kiwi neozelandesi, carni argentine, si muovono ogni giorno da una parte all'altra del pianeta: questa dinamica si è ovviamente scontrata con le misure di contenimento e controllo della diffusione del coronavirus, quando le frontiere nazionali che sembravano essersi dissolte sotto i colpi della globalizzazione sono state rialzate e fortificate, per cercare di difendersi dalla propagazione del virus. L'esplosione anticipata della diffusione del virus in Italia rispetto agli altri Paesi europei ha complicato non poco il flusso di movimentazione delle merci: gli 80 chilometri di fila di camion il 12 marzo al

valico del Brennero è stata solo la punta dell'*iceberg* di un rallentamento della complessa gestione delle reti internazionali della distribuzione.

Anche se la Commissione Europea il 22 marzo ha deliberato la predisposizione di apposite "*Green Lanes*" per garantire la circolazione delle merci essenziali (tra le quali ovviamente i beni alimentari), la logistica ha subito evidenti rallentamenti, determinati in particolare dalle modalità di



trasporto "*one-way*", dagli obblighi normativi di controllo sanitario, dall'appesantimento delle operazioni doganali.

La chiusura delle frontiere ha inoltre bloccato gran parte dei flussi migratori stagionali dall'Est Europa e dai paesi del Maghreb, causando ulteriori ritardi e inceppi nelle filiere soprattutto ortofrutticole, fortemente condizionate e dipendenti dalla specializzazione etnica del lavoro agricolo. Come per il salumiere, si è anche in questo caso riscoperto l'importanza e il valore del lavoro bracciantile, di chi raccoglie i frutti della terra che poi arrivano sulle nostre tavole.

Così come la riconversione industriale per la produzione di mascherine è diventata un obiettivo specifico del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica, anche il tema dell'autoapprovvigionamento agroalimentare è tornato con prepotenza nell'agenda pubblica del Paese.

I bilanci di approvvigionamento dei principali prodotti ci descrivono una situazione di dipendenza dall'estero, che si riflette anche nel deficit della bilancia commerciale agroalimentare: dietro la retorica del tanto decantato "*Made in Italy*" in verità

vi è una forte specializzazione verso le produzioni alimentari ad elevato valore aggiunto che però dipendono in modo significativo dall'importazione di materia prima.

Anche per questo un ripiegamento "autarchico" è allo stato attuale impensabile, ancor più nella fase attuale dello sviluppo capitalistico.

Vi è tuttavia un fenomeno ancor più interessante della banale *rinsaldatura* dei confini nazionali ed è la riscoperta e valorizzazione delle filiere corte: una molteplicità di reti di piccoli produttori, gruppi d'acquisto, consumatori, hanno gestito canali di distribuzione alternativi, così come l'autoproduzione alimentare è diventata oggetto di specifiche decretazioni volte a preservarne, anche prima di molte altre attività, lo svolgimento.

Dentro la crisi pandemica attuale, malgrado il paradossale divieto per i mercati contadini all'aperto, tantissimi piccoli produttori hanno rafforzato le proprie reti di vendita e di consegna dei prodotti agricoli, costruendo un ponte tra la campagna e la città. E così, come il salumiere e il bracciante, anche al contadino la crisi epidemica ha restituito un valore

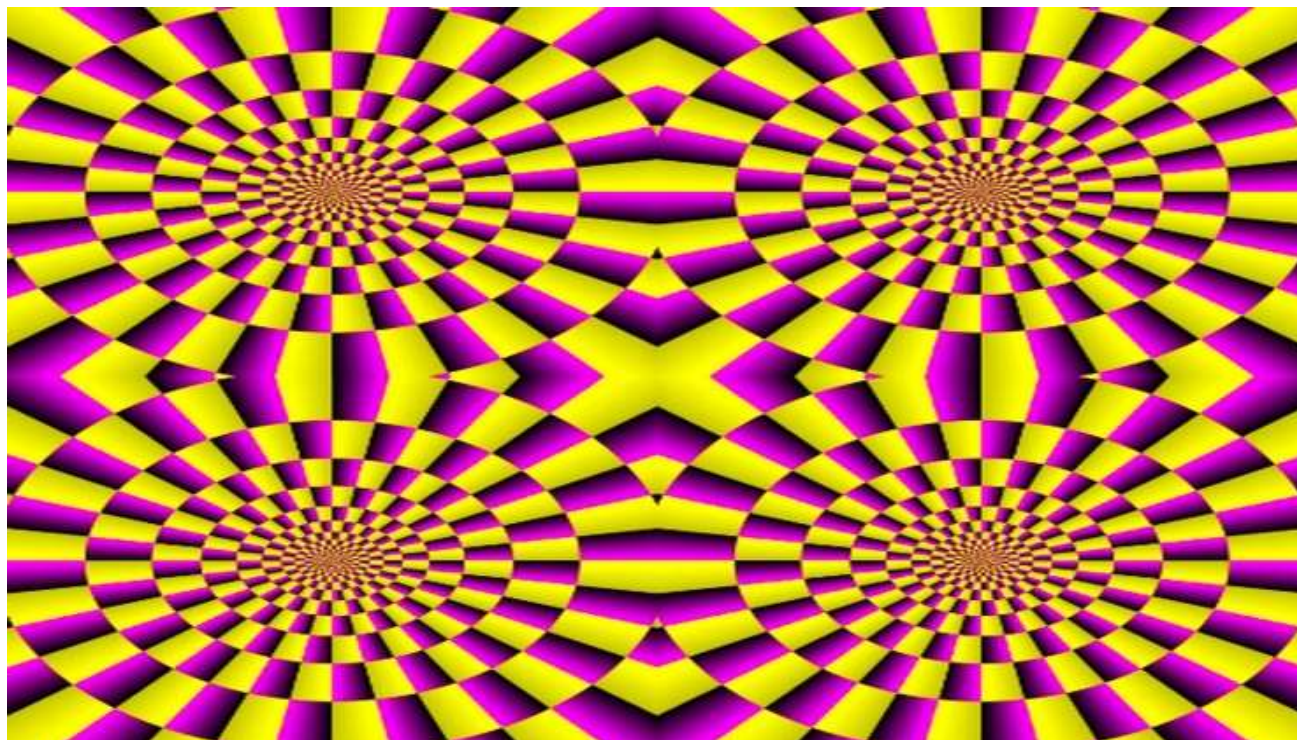
bracciante, anche al contadino la crisi epidemica ha restituito un valore sociale che la società moderna gli aveva progressivamente negato.

Del resto recentemente si è discusso sul ruolo dell'intensivizzazione della produzione agricola e zootecnica nell'incubazione e nascita del virus: la semplificazione genetica forzata rispetto alla naturale complessità dei sistemi ecologici, l'uso e l'abuso di prodotti agrochimici e biotecnologici, sono stati ipotizzati come causa o concausa dello spostamento di agenti patogeni dai loro habitat naturali al bestiame locale e poi all'uomo.

Pur in mancanza di evidenze scientifiche, queste ipotesi suggeriscono comunque di evitare di puntare frettolosamente il dito sul mercato di Wuhan per cercare un'autoassoluzione.

Già abbiamo fatto impazzire le mucche, poi abbiamo fatto prendere la febbre ai suini, ora dobbiamo ancora capire con il coronavirus cosa è successo: nel frattempo, forse è il caso di ascoltare i salumieri, i braccianti, i contadini e ricercare anche nelle sane abitudini del passato, qualche risposta per il futuro.





Esempio di illusione ottica

IL VIRUS DI RORSCHACH

(illusioni e altre considerazioni minime)

Umberto Pagano

«Il macchinone sociale era capace di macinare instancabilmente, indefinitamente; purché non si bloccasse un solo attimo. O la continuità ininterrotta o la decomposizione immediata. Secondo la sua stessa logica non dovrebbe potersi riprendere. Ma ci si può fidare?» (Guido Morselli, Dissipatio H.G.)

Il Covid-19 tra contestualizzazione storica e macchie Rorschach

In tutta questa esuberante (talvolta ridondante) *ri-flessività* che si è sviluppata in questi due mesi di inedito contesto pandemico, è evidente l'esistenza di un *egocentric bias* di fondo. Come un malato che riflette su sé stesso, su cosa lo aspetti e su come si

svolgerà la sua futura esistenza, la società si è ritrovata malata – in senso stretto, letterale, medico – in una condizione di spiazzamento e di angoscia. Di conseguenza le considerazioni che si fanno in questo clima talvolta non sono lucide: si riferiscono ad un fenomeno ancora molto caotico, difficilmente decifrabile nella sua portata, e in esse spesso l'oggettività della riflessione lascia spazio all'emotività.

Ma questa iniziale precisazione non è un “mettere le mani avanti”, non è un “*disclaimer*”, tutt'altro. L'*egocentric bias* emotivo, va esplicitato e, nei limiti del possibile, controllato, ma anche, per certi versi, valorizzato. Questa situazione emergenziale è una sorta di “*stress test*” per le scienze sociali, una condizione assolutamente straordinaria in cui esse sono chiamate a dare un contributo immediato, concreto, qui ed ora, nel mezzo della tempesta, non poi, non dopo. Ora.

La nostra generazione è una generazione storicamente egocentrica. Ci sentiamo al centro della storia. Questo, per certi versi, è inevitabile e scontato. Ogni generazione si sente al centro della storia e, in termini relativi, lo è: passato e futuro, in

fondo, non esistono di per sé, esistono come percezione e costruzione sociale nel presente.

Eppure, per cominciare a capire socialmente il fenomeno *Covid*, è imprescindibile una sua parametrizzazione storica. Vista dall'interno ci sembra qualcosa di assolutamente nuovo e devastante, di unico. E per noi è così. Ma non è, ovviamente, la prima pandemia della storia. Eppure in questo periodo non si è esercitata abbastanza questo tipo di riflessione e ciò ha comportato distorsioni significative in molte delle considerazioni elaborate e proposte nelle ultime settimane.

La storia delle epidemie, per quanto lugubre, è molto istruttiva, perché si incrocia inestricabilmente con il mutamento sociale e con la storia economica. Per il ragionamento che cerco di avanzare qui, basta attingere da essa solo qualche semplice elemento.

Per molti versi, la pandemia più simile a quella in corso, è stata la cosiddetta “*influenza spagnola*”, per altro anch'essa causata da un coronavirus, esattamente cento anni fa. In quel momento il mondo contava una popolazione di poco meno di 2 miliardi di persone; la *spagnola*, secondo le stime epidemiologiche, contagiò 500 milioni di individui (1/4 della popolazione mondiale) e uccidendone 50 milioni. Nelle ore in cui scrivo queste righe il *Covid* ha determinato 3,5 milioni di contagi e 260mila decessi¹. Certo, in questo momento non possiamo avere alcuna certezza sulla sua evoluzione epidemiologica (e i contagi cresceranno, purtroppo, di molto).

È stato osservato, per altro correttamente, che le epidemie di un tempo, in contesti molto meno interconnessi e molti meno “accelerati”, si diffondevano molto più lentamente. Ma nonostante la lentezza della società, la “*peste nera*” intorno alla metà del Trecento, causò in Europa tra i 20 e i 25 milioni di morti su un totale di 80 milioni di abitanti (1/3 della popolazione). Fatte le dovute proporzioni... è come se oggi morissero circa 20 milioni di persone solo in Italia, 130 milioni in Europa. L'epidemia di peste del 1630 (che ancora in quel caso si accanì sul lombardo-veneto), quella di manzoniana memoria, per capirci, falcidiò – letteralmente – le popolazioni: dei circa 4 milioni di abitanti dell'Italia del

Nord, oltre un milione morirono per l'epidemia. Milano, in quegli anni, contava 250mila abitanti, circa 190mila morirono per l'epidemia: il 75% della popolazione.



Arnold Böcklin, *Die Pest (La peste)*, 1898

Come accennavo, è stato evidenziato il ruolo della globalizzazione e della rapidità della vita contemporanea nella diffusione del virus. Si tratta di una posizione forte e ben argomentata.

Il collasso dello spazio, l'implosione delle distanze, l'interconnessione e la rapidità dei fenomeni della società contemporanea sono tutti elementi che hanno concorso alla diffusione pressoché immediata del contagio².

Ma è altresì vero che, rispetto al passato, è molto più veloce anche la risposta dei sistemi sanitari e delle policy pubbliche. Una risposta che, a noi – angosciati, reclusi, malati – può apparire caotica (e in parte lo è stata) e lenta ma, per quanto critica-

bile e imperfetta, al di là delle retoriche demagogiche, è stata infinitamente più rapida rispetto al passato.

Le grandi epidemie del passato hanno spesso rappresentato un significativo impulso di cambiamento sociale, talvolta profondissimo. La *peste nera*, alla metà del Trecento, ebbe un effetto sulla struttura socio-economica; tanto che diversi storici preferiscono utilizzare come “pietra miliare” per marcare l’inizio dell’*era moderna* proprio la fine dell’epidemia di peste in Europa³.

Per la dimensione che ha assunto la pandemia di *Covid* e per la radicalità delle politiche messe in atto in molti Stati, appare inevitabile una profonda crisi economica, molto meno prevedibile è la sua durata. Mentre ancora totalmente incerte sono le ripercussioni che si avranno sugli aspetti economici strutturali, su quelli geopolitici e sui modelli di organizzazione e comportamento sociale a medio e lungo termine.

Come sarà il mondo post-*Covid* tra 2 anni? Tra 5 anni?

È su questo terreno che vanno registrate innumerevoli reazioni di iper-egocentrismo storico e ideologico. Le cause e gli sviluppi della pandemia si sono trasformate in una sorta di schermo vuoto su cui proiettare i propri timori, le proprie speranze, le proprie convinzioni, le proprie fedi, spesso anche senza il benché minimo supporto scientifico, storico o del semplice buon senso. Molto rare sono state le “conversioni”, i ripensamenti di posizioni precedenti ma finanche le emersioni – o almeno le manifestazioni – di timidi dubbi sulle proprie granitiche certezze. alla luce di quanto è accaduto. Innanzitutto e per lo più, l’avvento di questo coronavirus viene ad essere fonte di rinvigorimento, radicalizzazione e di pretesa “dimostrazione” di quanto ognuno già professava, prevedeva, temeva, *sapeva*, una “evidente” conferma della correttezza di quanto ciascuno andava già da tempo affermando. L’incertezza sull’origine del virus e sui suoi effetti socio-economici, fa sì che si crei una sorta di oggetto misterioso e ambiguo, neutro e malleabile, uno spazio vuoto in cui

ognuno può proiettare le proprie certezze e le proprie paure, le proprie visioni, le proprie narrazioni.

Ed ecco che si sentono in giro le ipotesi più strambe. Il virus è l’evidente risultato degli squilibri ambientali! Ma no, è l’inevitabile effetto dei cambiamenti climatici! Ma niente affatto: è la prevedibile conseguenza della nostra scriteriata abitudine di cibarci di animali. Nemmeno a pensarci: la pandemia è chiaramente riconducibile alla deforestazione! Ma no, come si fa a non vedere che il *Covid* è la punizione divina per la diffusione dei matrimoni omosessuali⁴? Niente di tutto questo: la diffusione del virus è la logica ripercussione dell’organizzazione maschilista e patriarcale della società! Senza arrivare a scoperchiare il vaso di Pandora del più fantasiosamente sfrenato complottismo, operazione nella quale credo sia devastatamente improficuo impegnarsi.

Tutto questo è semplicemente ridicolo da un lato, estremamente interessante e istruttivo dall’altro, perché consente di disporre di una sorta di efficace reattivo “ideo-diagnostico”. Questo virus è, insomma, è una sorta di macchia di Rorschach, di schermo bianco sul quale ognuno proietta il suo *credo*. Per i più non è un’occasione per scalfire certezze ma per renderle più tetragone. Per lo più, non si sviluppa “ragionamento” ma si veicolano messaggi proselitistici, propagandistici, di bassa lega, nel caos comunicativo di un *overload* informativo anarchico e *virale*.

“Dimmi com’è nato il coronavirus e ti dirò chi sei!”, insomma. E ancora di più “Dimmi come sarà secondo te il mondo post-*Covid* e ti dirò chi sei!”. E allora, eccoci piombare in un’orgia di balorde ipotesi eziopatogenetiche, di deliranti teorie complottistiche, di distopiche o utopiche visioni futuristiche, che di scientifico (ma spesso anche di semplicemente sensato) hanno poco o nulla.

E al festival non si sono sottratti prestigiosi scienziati sociali o capi di Stato e leader politici... Tutti ad iscriversi al concorso per l’idea più bella o più interessante o più originale o più apocalittica o più allucinata (ci sono evidentemente diverse categorie

di gara...) per un mondo *post-covidico*. Avanti: progetta anche tu il tuo mondo post-covidico. *A new life awaits you in the post-Covid World*⁵.

Ed ecco tutt'un pletorico fermento di discorsi sulla *fine*: la fine di un'era della storia umana, la fine del turbo-capitalismo finanziario, la fine del paradigma neo-liberista, di fine della globalizzazione, la fine *della città verticale*, la fine del calcio... E sugli *inizi*: dall'avvento di una *nuova società* basata su valori diversi o di un nuovo ordine mondiale di cooperazione e serenità, a quello della società comunista o a quello della società totalitaria della sorveglianza.



La tavola n. 4 del "test di Rorschach"

Personalmente non credo che avverrà nulla di tutto questo. Forse – ma anche questo non è molto probabile – alcuni di quelli che erano stati assiomi della globalizzazione potrebbero essere ripensati criticamente (in realtà avvisaglie di scricchiolamenti del paradigma iperglobalista e iperliberista erano già nell'aria da un po'...).

Per come io vedo il mondo e la società, molti degli squilibri della società contemporanea sono ascrivibili all'accelerazione dei ritmi dell'esistenza individuale e collettiva. Auspicio che il trauma *Covid* inneschi un periodo di ri-umanizzazione dei tempi di vita, la ricerca di un tempo (di ritmi) perduti. Ma nel dirlo sottolineo come sia appunto e nient'altro che un auspicio. Non una previsione basata su un'analisi sociologica ma una speranza, per altro assai flebile. Mentre se mi si chiede di muovermi nel solco del rigore scientifico, devo confessare di

non intravedere affatto i mutamenti di grande portata che da più parti si danno per scontati.

Molto dipenderà dalla durata della pandemia ma, in linea di massima, mi sembra che si stia nettamente sottovalutando la capacità di adattamento degli esseri umani. In fondo, ci siamo adeguati al regime comportamentale abbastanza "estremo" del *lockdown* in poche ore. Sono più che certo che, allorquando verranno ripristinate le consuete condizioni di socialità, in breve tempo ci si riadatterà tornando ai ritmi, agli eccessi, all'insensatezza della quotidianità pre-virale. Mentre a livello macro la soluzione sarà riprendere la strada precedente, piuttosto che pensarne e costruirne di nuove.

È una considerazione sociologicamente basilica, "minima", non roboante e non appariscente, e che a molti potrà sembrare triste e rassegnata. Ma qualche volta (raramente per la verità) le cose possono essere più deludentemente semplici di quanto pensiamo, meno "rivoluzionarie" e nettamente più tristi e ordinarie di come vorremmo fossero.

La quotidianità *covidica*: alcune considerazioni minime

La quotidianità del *lockdown*, invece, delle quarantene e del distanziamento, quella l'abbiamo già sperimentata e ne stiamo vivendo gli ultimi, già attenuati, scampoli. E su di essa si può fare qualche riflessione meno rocambolesca, meno arbitraria e meno improbabile di quelle sul futuribile mondo post-covidico.

Ciò che stiamo vivendo mi ricorda i cosiddetti "esperimenti di rottura" di Harold Garfinkel: situazioni in cui un soggetto mette in atto comportamenti destabilizzanti, radicalmente fuori dagli schemi impliciti, consolidati della vita quotidiana, per generare uno spiazzamento e analizzare le conseguenti reazioni altrui. Sembra di essere cavie di un gigantesco *esperimento di rottura* collettivo, nel quale un demiurgo sociologo abbia sapientemente alterato la quotidianità per studiare i nostri comportamenti. Se ne potrebbe parlare a lungo (e si farà) ma qui intendo soffermarmi su alcuni

aspetti in merito ai quali ho letto e sentito posizioni, e narrazioni, spesso superficiali e non prive di un certo potenziale di nocimento.

Primo. Mi sembra pacifico che gli ambiti maggiormente destabilizzati dal *lockdown* siano quelli della produzione e del consumo, del lavoro e dello studio. La sfera delle relazioni interpersonale è quella che sta risentendo di meno dell'emergenza. Il perché è semplice da capire. Bisognerà prima o poi pur dirselo con chiarezza: tutto ciò che era colloquio con l'altro, confidenza all'altro, scambio di opinioni, relazione emotiva ecc. ecc. è già da tempo quasi completamente virtualizzato.

La gente ormai comunica, si racconta e si scambia opinioni molto più attraverso tutto l'apparato dei social e della comunicazione a distanza che non attraverso forme di comunicazione "in presenza". Commenti, scherzi, ironia, corteggiamenti... si erano già ampiamente spostati nell'ambiente digitale. Anzi, il paradosso degli ultimi anni è che anche in ambienti fisici tradizionali l'interazione in presenza è in qualche modo costantemente "contaminata", integrata, dalla dimensione fantasmatica digitale: sulle panchine e ai tavoli dei ristoranti, tra i banchi di scuola... continuiamo a scambiarci contenuti elettronici, *meme* e *whatsapp* con una frequenza disarmante, perfino per comunicare con chi abbiamo di fronte in quel momento, con cui condividiamo materiali audiovisivi, per supportare la comunicazione diretta.

Sfido chiunque a dire che questa emergenza sta costituendo un fattore di severa crisi comunicativa tra gli individui. La digitalizzazione della comunicazione interpersonale è ormai avanzatissima, dilagante. Questo ha effetti positivi (alcuni) e negativi (svariati) che gli scienziati sociali studiano da tempo. La reclusione covidica ha solo evidenziato e potenziato un fenomeno ormai non emergenziale ma "strutturale" dell'interazione umana contemporanea. Oserei dire che per molti, in termini di regime comunicativo e di scambio emotivo con il prossimo, il distanziamento fisico ha cambiato poco o nulla; mentre più marcati, chiaramente, sono gli effetti sulle "operazioni" relazionali che implicano in maggior misura l'uso del corpo, come

il sesso (la cui versione distanziata e virtualizzata mantiene aspetti di significativa differenza rispetto ai modi "tradizionali").

Secondo. Nelle situazioni di crisi riemerge puntualmente e prepotentemente l'importanza di certi lavori, in genere non connotati da tratti di prestigio sociale, ai quali ordinariamente non diamo peso, magari perché non sono appariscenti o perché non sono esteticamente fotogenici. Appena cominciano a scarseggiare la frutta e la verdura sulle nostre tavole ci accorgiamo che, in fondo, i braccianti migranti che si spaccano la schiena nelle campagne ci servono e come, al pari dei netturbini, dei camionisti e così via... Ma questa non è una novità. E, nonostante girino riduttivi e sensazionalistici slogan in merito, nessuno dotato di buon senso, ha mai seriamente affermato che la progressiva digitalizzazione (che è un fenomeno reale) eliminerà ogni lavoro fisico.

Non è questo il punto. D'altro canto però, le cose sono spesso più complesse di come sembrano. Ad esempio, istintivamente si potrebbe pensare che alcuni lavoratori sono chiamati a sacrificarsi di più ad esporsi di più al rischio di contagio e, dunque, sono svantaggiati rispetto ad altri. Ma è altresì vero che sono quelli che stanno mantenendo i livelli occupazionali. Nel contesto covidico (quello emergenziale acuto, almeno) il commesso del supermercato non perde il lavoro, il corriere che fa consegne a domicilio nemmeno... coloro che lavorano nei musei, nei teatri, nei cinema, nei centri estetici... beh, sono più al sicuro a casa ma probabilmente molti di loro perderanno il lavoro o andranno incontro ad importanti diminuzioni del reddito.

Il commesso del supermercato, rispetto al *receptionist* di un albergo, in questa specifica situazione di crisi, è da considerarsi "privilegiato", perché continua a lavorare e guadagnare, o piuttosto svantaggiato, perché più esposto al rischio di contagio? La risposta ad un interrogativo di questo tipo può dipendere in modo determinante anche dall'orientamento ideologico del rispondente. Ma la domanda, di per sé, ci fa comprendere bene come alcune questioni siano più complesse di

come appaiono e bisogna rifuggire letture riduzionistiche e partigiane.

Terzo. Le emergenze, generalmente, pongono come non mai questioni di disuguaglianza. Bisogna diffidare della retorica buonista del senso di comunità rigenerato, della solidarietà, dei buoni sentimenti, degli eroi e degli angeli... Sono narrazioni spesso patetiche, parole solo parole, chiacchiere che durano il tempo di un *flash-mob* balcone. Nelle crisi chi è più debole soffre di più. Quasi sempre. E le disuguaglianze aumentano. Quasi sempre. Un esempio? Questa sbornia di didattica a distanza, che vede dipanarsi un gigantesco dispositivo retorico di glorificazione, che la eleva a strumento salvifico. C'è un'iperbolica misura di propaganda in questo, e di superficialità di giudizio. Due elementi letali quando lavorano in sinergia. Ci si vuole una situazione in cui il sistema scolastico ha risposto alla situazione di emergenza con prontezza ed efficacia, e ciò ci fa scoprire quanto è bella e quanto è buona la didattica a distanza, quanto è rimasta finora ingiustamente e inopinatamente sottoutilizzata e inespresa. Invoco equilibrio di giudizio! Propugno una critica della ragione teledidattica! Che la tecnologia stia consentendo di proseguire, in qualche modo, le attività didattiche nella maggior parte delle scuole italiane, è un dato di fatto. Ma "a bocce ferme" andrà pur intavolato un discorso serio, meno entusiasticamente favolistico, meno bovamente supino alla retorica della tecnologia amica e intelligente. Andranno distinte situazioni diverse, risultati diversi, efficienza diversa, andranno fatti dei ragionamenti critici, insomma. Le differenze tra l'offerta di didattica a distanza tra scuole sono enormi, e questo già crea una ingiusta frattura tra studenti. Molti istituti hanno attivato sì la didattica a distanza ma più per un fattore di immagine o di necessario adempimento burocratico che altro. Sono moltissime le situazioni in cui per le scuole elementari e medie, alle 5 ore quotidiane (o 8 ore in caso di tempo pieno) si sono sostituite – e dopo diverse settimane – poche ore di didattica a distanza al giorno, per le elementari spesso pochi minuti, talvolta brevi video "asincroni". Ma una disuguaglianza ancora più profonda è tra studenti di

diversa collocazione sociale rispetto alle modalità di fruizione della didattica a distanza. Quest'ultima, come pure il lavoro a distanza, amplifica alcune dimensioni di disuguaglianza dovute alle possibilità di accesso alle nuove tecnologie. C'è bisogno di computer performanti, di collegamenti veloci, di 3 o 4 PC per famiglia, di spazi adeguati. C'è un'enorme differenza tra fare teledidattica in una casa popolare, senza collegamento veloce, con 1 computer scalagnato per 4 persone (magari con 1 genitore o 2 genitori in telelavoro e due bambini in didattica a distanza), oppure in una abitazione ampia e confortevole, dotata di collegamento in fibra ottica, e un PC performante per abitante.

E allora, va bene la didattica a distanza per "mettere una toppa" ad una situazione di straordinaria emergenza, ma attenzione a magnificarla, a celebrarla come "il futuro". Non si dimentichi che gli aspetti prettamente contenutistici sono solo una porzione del *διδάσκω*⁶. Inoltre, la didattica a distanza nel caso di bambini implica un'assistenza non marginale da parte di un adulto. Una situazione del genere può funzionare con i genitori, o almeno uno dei due, che non vanno a lavoro per il *lockdown*, ma se le altre attività lavorative riprendono e le scuole non riaprono, che si fa? La didattica in presenza poi, per sua natura, è più democratica a partire dallo spazio fisico nel quale avviene; essa "muove" gli studenti dal loro contesto e li fa convergere verso un luogo dove le disuguaglianze tendono ad essere smorzate, chiaramente mai annullate ma attenuate sì.

Attenzione: non sto sostenendo la necessità di riaprire le scuole ora, la sospensione delle attività didattiche era ed è sacrosanta (anzi forse è stata disposta con qualche giorno di ritardo, si poteva fare con maggior prontezza). La didattica a distanza va però ridimensionata a utile strumento palliativo per limitare gli impatti, uno strumento con qualche luce e molte ombre. Si sentono in giro toni eccessivamente trionfalistici del tipo "finalmente abbiamo capito la potenza delle nuove tecnologie applicate alla didattica", che non vorrei si traducessero in una deriva tendenzialmente "distanzialista" anche dopo la cessazione dell'emergenza. Se

uno scenario di questo tipo è, tutto sommato, improbabile per l'istruzione scolastica, si intravedono rischi più concreti in ambito universitario.



Installazione dell'artista francese Ben, sulla facciata di un palazzo di Parigi

Quarto. Sempre più insistentemente si sentono formulare le domande, essenzialmente equivalenti: “Che sarebbe successo senza le tecnologie di comunicazione digitale?”, “Che sarebbe successo senza i social?”; seguite da considerazioni oscillanti tra il risibile e l'insopportabile, del tipo: “Meno male...le tecnologie ci hanno salvato! E pensare che fino a qualche tempo c'era chi le criticava, chi ancora non ne aveva capito l'importanza, l'indispensabilità”. Volete sapere cosa sarebbe successo senza gli *smartphone* e senza i *social*?

Proprio nulla. Nulla di particolare. Innanzi tutto, non conoscendoli e non essendone “*addicted*”, non ne avremmo sentito la mancanza. E poi... avremmo parlato per ore al telefono con amici (beh... sì... uno alla volta), avremmo letto giornali quotidiani, qualche libro in più (...qualcuno buono, qualcuno pessimo) avremmo visto tanta televisione in più, forse saremmo andati a dormire un po' prima la sera... sicuramente ci saremmo risparmiati vagonate di *fake-news*. Sì, perché ora sembra assurdo e

incredibile – i *millennials* aborriscono al solo pensiero di cotanta barbarie – ma c'è stato un tempo in cui non avevamo gli *smartphone*, non c'era *Whatsapp* e nemmeno *Instagram*. E sapete cosa? In fondo non era nemmeno tanto male! Abbiamo sognato e abbiamo studiato lo stesso. E ci siamo innamorati lo stesso. E qualcuno di noi ha scritto patetiche lettere d'amore alla compagna di classe e ha aspettato una risposta per mesi... E quella risposta spesso non arrivava mai, ma nel frattempo si imparava una cosa immensa che gli *smartphone* ci hanno portato via: l'attesa.

Quinto. La narrazione dei social e della comunicazione digitale come tecnologie salvifiche la trovo superficiale e inaccettabile. È evidente come nella contemporaneità non ci sia *igiene comunicativa*: dati e informazioni vengono compulsivamente consumati come oggetti di consumo istantaneo, con essi ci nutriamo in modo bulimico. Il confinamento domestico, ovviamente, non ha cambiato questa dinamica ma la ha semmai esasperata, perché abbiamo fatto convergere sul consumo di informazioni anche la “forza consumo” che generalmente applichiamo ad altri ambiti che in questo momento troviamo bloccati. Ciò amplifica le caratteristiche della comunicazione digitale, sia nei suoi aspetti positivi (capillarità, proattività, prosumerismo) che in quelli negativi: (pervasività, *overload informativo*, *fake-news*, *nomofobia*⁸, *infodemie*).

Sesto. C'è un altro ambito che va analizzato con estrema attenzione e sul quale credo si debba tentare di decostruire, di smontare, i dispositivi retorici, i concetti e le parole subdolamente “a lavoro” e, ancora una volta, coinvolge le tecnologie di comunicazione digitale, in questo caso in relazione al così detto “*smart working*”. Innanzi tutto, ma questa è un'idiosincrasia personale, trovo fastidioso il termine “*smart working*”. Più in generale, trovo insopportabile questa deriva alla *smartificazione* del mondo e del linguaggio. Siamo circondati dalla *smartness*: auto *smart*, *smartphone*, *smart-city*, *smart-watch*, *smart-shopping*, perfino *smart-toilet*... E *smart work*, ovviamente. Fino a qualche tempo fa si usava il termine tele-lavoro, molto più neutrale, descrittivo: “lavoro a distanza”. Di questo

si tratta. L'aggettivo "smart", quando si *sostantivizza* va ad incorporarsi nella denominazione stessa dell'oggetto, lo connota ideologicamente, implica un giudizio di merito. Cosa sottende "smart-work"? Che il lavoro in presenza è "stupid"? Lo *smart-work* non è più "semplicemente" lavoro a distanza, è lavoro "intelligente", è lavoro "furbo". Viene operata un'esaltazione del positivo e una censura del negativo, una negazione della negatività. E invece, come sempre, ci sono aspetti positivi e aspetti negativi del telelavoro. E in questa "garfinkeliana" reclusione emergenziale, ancora una volta, sono chiaramente emersi entrambi. Ma di quelli positivi taccio, perché se ne parla già tanto; su quelli negativi ci sarebbe molto da approfondire, mi limito qui a citarne uno che in questi giorni pandemici appare in tutta la sua potenza. Con la disgiunzione del lavoro dal "posto di lavoro" si generano delle libertà ma si generano anche apparenti libertà che fanno presto a trasformarsi in costrizioni, coazioni. Il lavoro non è più circoscritto, tende ad invadere tutto il tempo e gli spazi dell'individuo.

Se per un verso lo "smart-work" concilia i tempi familiari con i tempi di lavoro, dall'altro esso si

spande viralmente, *contagia* il tempo di non-lavoro⁹. Nella cattività pandemica se alcuni lavori si sono dovuti necessariamente fermare, quelli con maggiore attitudine alla "smartificazione", quelli "tele-possibili" in sostanza, stanno debordando in una irrefrenabile pragmafrenia: è tutt'un turbinio di "call" e di videoconferenze che si incastrano, si sovrappongono e tendono a soffocare i tempi e gli spazi della vita familiare, ben oltre l'ordinario tempo lavorativo e con un'accelerazione ulteriore rispetto ai già poco sostenibili ritmi "normali". Altro che rallentamento!

Anche questi sono indizi che, verosimilmente, sono enormemente sovradimensionate e ingenuamente le previsioni, le speranze, le utopie di una palinogenesi dei valori e dei paradigmi nella società post-covidica. Nient'altro che proiezioni "rorschachiane". Illusioni.

Dimenticheremo presto.

1 Fonte: John Hopkins University – Coronavirus Research Center, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, consultata il 7 maggio 2020.

2 È oramai accertato che quando le autorità sanitarie in Lombardia e Veneto cercavano il "paziente 0", il virus circolava già da settimane in quell'area (e in diverse altre in Europa) e il "paziente 1" era già il contagiato "n-mila".

3 Per un approfondimento: Bergdolt, K. (1994), *Der Schwarze Tod in Europa. Die Große Pest und das Ende des Mittelalters*, C.H. Beck, München 1994; trad. it. *La peste nera e la fine del Medioevo. La storia della più spaventosa epidemia che abbia mai attraversato l'Europa*, Piemme, Milano, 1996.

4 Mi riferisco, in particolare, alla dichiarazione riportata il 25 marzo scorso da molte agenzie di stampa, secondo cui il patriarca ucraino Filaret avrebbe dichiarato che «*l'esplosione del Coronavirus sul pianeta è da attribuire a gay e lesbiche. Mi riferisco, in primo luogo, proprio ai matrimoni omosessuali. Ricordatevi che Dio bruciò Sodoma e Gomorra*».

5 È una parafrasi del famoso slogan pubblicitario diffuso dai megaschermi che campeggiano in Blade Runner (di Ridley Scott, 1982). L'originale è: «*A new life awaits you in the Off-world colonies. The chance to begin again in a golden land of opportunity and adventure*» (Una nuova vita vi attende nelle colonie Extra-Mondo. Un'occasione per ricominciare in un Eldorado di nuove occasioni e di avventure).

6 Insegnare, istruire, imparare.

7 Creata nel 1993, e tutt'ora in posa, l'opera consiste in due operai che installano un'enorme lavagna su cui è scritto «*Il faut se méfier des mots*» (Bisogna diffidare delle parole).

8 Neologismo che abbrevia (e italianizza) la frase «*no-mobile phobia*»: è il disagio (che può degenerare in stati di sofferenza e di paura) di essere "disconnesso" dalla rete, di rimanere senza "mobile devices".

9 Per approfondimenti: Pagano, U. (2011), *L'uomo senza tempo*, FrancoAngeli, Milano; Han, B.C. (2013), *Im Schwarzwarm. Ansichten des Digitalen*, trad. it. *Nello sciame. Visioni del digitale*, Nottetempo, Milano, 2015.

L'ORA PIU' CHIARA

LE CONTRADDIZIONI GLOBALI E IL COVID-19

Mario Caligiuri

Premessa

Durante la seconda guerra mondiale Winston Churchill affermò “È l'ora più buia”. Per similitudine oggi potremmo affermare che “È l'ora più chiara”. Infatti, di fronte a una situazione inedita e sottovalutata, stanno diventando evidenti tutte le contraddizioni della globalizzazione, dell'Unione Europea e del sistema nazionale. Appunto per questo, potrebbe essere utile riflettere sulle reali conseguenze di quanto sta accadendo in funzione del prossimo futuro. Infatti, quella attuale potrebbe essere la prima di una serie di pandemie globali nel XXI secolo, come peraltro previsto¹. Sui limiti della globalizzazione, il punto di vista di Slavoj Žižek tende a dichiarare una morte del capitalismo, che però è ben lungi dal realizzarsi².

L'Unione Europea messa di fronte a responsabilità collettive ha dimostrato, da questo punto di vista, di essere un castello di carta, mentre a livello nazionale il sistema politico, burocratico e sanitario, tre centri di potere fondamentali, dimostrano crepe profonde, anche se la macchina della propaganda, sostenuta senza sosta dai media di élite, sembra finora funzionare³. Esamineremo alcune di queste dinamiche a cominciare dalla prospettiva dell'intelligence, cioè della selezione delle informazioni rilevanti per perseguire l'interesse nazionale.

L'interesse nazionale e l'intelligence

L'Italia ha definito i suoi fattori di potenza nella legge 124/2007 sulla riforma dei servizi di intelligence individuandoli negli aspetti politici, militari, economici, industriali e scientifici⁴. Appunto per questo la Società Italiana di Intelligence, che si propone di fare riconoscere questa disciplina nelle università del nostro Paese, ha redatto uno studio per analizzare le ricadute della pandemia in atto nell'arco di un anno⁵. La chiave di lettura è appunto quella dell'intelligence, intesa come capacità di interpretare la realtà e prevedere i futuri possibili. Sostenere le scelte pubbliche con adeguate informazioni è determinante, poiché è interesse dello Stato evitare che i

decisori pubblici gestiscano la crisi come opportunità per loro stessi e non come problema della collettività. Non per nulla, l'intelligence deve cercare di cogliere i segnali deboli che non vengono adeguatamente percepiti. Infatti, per comprendere quello che ci circonda è fondamentale selezionare le informazioni rilevanti e contestualizzarle in profondità, unendo i punti. Circostanza non semplice poiché la dismisura della disinformazione crea un corto circuito cognitivo nelle persone, allontanandole dalla sempre difficile comprensione della realtà⁶.



Il fantasma del disagio sociale

L'aspetto centrale è questo: la tenuta sociale del nostro Paese dipenderà dall'equilibrio che si determinerà tra le persone che diventeranno indigenti e quelle che manterranno un pur ridotto benessere. Pertanto il disagio sociale sarà la conseguenza più probabile e più grave, che si accompagna all'ulteriore invadenza delle mafie, che utilizzeranno questa altra crisi, così come quella del 2008, per infiltrare ulteriormente le attività economiche⁷.

Di fronte a uno scenario non semplice sarebbero necessari interventi strutturali, a cominciare da quelli sui costi della politica, compresi quelli dell'alta burocrazia statale e regionale. Compensi che non corrispondono a nessuna utilità sociale, nessuna ragionevolezza e nessun confronto con il resto del mondo⁸. Si tratta di somme che incidono poco sul bilancio complessivo dello Stato ma significano molto per avvicinare le élite ai cittadini.

Il rischio della secessione del Nord

Questa crisi accentuerà sicuramente i divari territoriali, fino al punto che le aree più sviluppate, che coincidono con quelle più colpite dalla pandemia, potrebbero presto essere tentate di riprendere l'idea di un'autonomia più accentuata rispetto al Sud. Tendenza che si aggiunge alla percezione dell'Unione Europea, in questo momento considerata ostile rispetto alle necessità nazionali. Infatti, gli italiani sembrano accarezzare una *Italexit*: secondo SWG solo il 27% "ha fiducia" nell'Europa⁹ e secondo Euromedia Research così com'è l'Unione Europea per il 59% degli intervistati "non ha più senso".¹⁰

Questa crisi inoltre sta facendo emergere la necessità di un riequilibrio dei poteri tra Stato e Regioni. A prescindere dai risultati che si stanno ottenendo in questo momento in Veneto, va rilevato che il 70% dei bilanci regionali sono collegati alla sanità e i risultati dimostrano che di fronte a uno stress non riesce a reggere neanche il sistema più celebrato come quello lombardo¹¹.

Inoltre, le politiche che si stanno approntando potrebbero rappresentare un non ottimale spreco risorse, poiché non si interviene sui nodi strutturali ma esclusivamente sull'emergenza che, una volta terminata, potrebbe produrre maggiori squilibri nel diritto alla salute dei cittadini.

Che fare?

Per tutelarci a livello economico e industriale, nell'immediato occorrerebbe aggiornare la normativa del *golden power*, impedendo in questa fase la vendita delle aziende strategiche.

Sebbene sia complesso ma necessario, andrebbero create le condizioni sia per il ritorno delle attività italiane delocalizzate all'estero e sia per il rientro delle sedi fiscali delle aziende.

A livello scientifico, occorre proteggere i nostri asset nei settori dell'innovazione industriale, del farmaceutico, della ricerca universitaria, dell'intelligenza artificiale. Va in questo momento richiamata l'importanza di bilanciare il ruolo degli scienziati con quello dei decisori politici, poiché si è passati da una iniziale sottovalutazione degli esperti a fare dipendere da loro anche parte rilevante delle scelte politiche. Infine, non va sottolineata l'emergenza educativa che può ulteriormente indebolirci nella competitività globale, accentuando il solco già vasto tra Nord e Sud. Infatti, sono milioni di studenti, nelle scuole e nelle università, che non hanno potuto seguire le lezioni on line, a prescindere dalle effettive ricadute di questa trasmigrazione forzata dei processi educativi sulla Rete, stanti i limiti organizzativi, tecnologici e, soprattutto, della formazione degli insegnanti.

Sono tutti temi rilevanti e non certamente semplici ma forse, in condizioni di emergenza, si potrebbero affrontare i nodi strutturali del Paese. In tale quadro, occorre fronteggiare una crisi che, se non ben governata, rischia di acuire sempre di più le disuguaglianze e le contraddizioni nazionali, fino a una possibile implosione sociale, politica e istituzionale.

Che geopolitica sarà

Sul piano geopolitico il nostro Paese dovrà considerare gli attori in campo: l'Unione Europea, gli USA, la Cina e la Russia. Pertanto, va subito inquadrato un più chiaro posizionamento italiano rispetto alle alleanze internazionali, avendo come punto di riferimento l'interesse nazionale, poiché gli aiuti sanitari sono una cosa e le alleanze strategiche un'altra. Sul piano militare, il probabile ridimensionamento dei fondi nel bilancio pubblico potrebbe incidere sul settore della difesa, indebolendo la NATO, con la conseguente crescita della presenza nel Mediterraneo di Russia e Cina.

Inoltre, va posta attenzione alla protezione del perimetro di sicurezza cyber nazionale e alla prevenzione di minacce nucleari, biologiche e chimiche, considerato che il rischio pandemico potrebbe ripresentarsi nei prossimi anni.



Conclusioni

In definitiva, il coronavirus sembra fare emergere tutti i nodi irrisolti degli ultimi decenni del nostro Paese, sistematicamente rinviati nella cosiddetta Seconda Repubblica sorta sulle ceneri della Prima, crollata con le inchieste giudiziarie e per due ragioni politiche di fondo: l'eccesso del debito pubblico e la corruzione. A distanza di quasi trent'anni il debito pubblico è ancora maggiore e

la corruzione, stando alle classifiche internazionali, è ulteriormente aumentata¹².

Occorrerebbe, pertanto, una strategia ampia che abbia come riferimento la sicurezza e l'interesse nazionale. Compito appunto delle istituzioni politiche e burocratiche, attualmente fiaccate da una selezione che probabilmente non sta selezionando e facendo emergere i migliori.

Il Governo è tenuto a decidere (e lo sta facendo, tra qualche fondata polemica), il Parlamento dimostra una funzione principalmente formale (ne è testimonianza che chi lo rappresenta è individuato con meccanismi elettorali assai discutibili), le regole costituzionali lasciano il tempo che trovano (quello che incide è la loro pratica attuazione e dipende appunto da chi rappresenta le istituzioni), la Comunità dell'intelligence segue gli indirizzi della politica (pur rappresentando il *deep state*, che prescinde dall'alternarsi delle maggioranze)¹³.

Questo insieme di fattori non può che confermare come di fronte alle emergenze complesse ci dimostriamo (ma non solo noi) impreparati. Ma è proprio nei momenti di difficoltà che si tocca con mano la reale organizzazione del Paese, l'efficacia dei sistemi di governo e la consistenza delle élites¹⁴.

FONTI

CALIGIURI M. (a cura), *Post Covid-19. Analisi di intelligence e proposte di policy 2020-2021*, Allegato a "Formiche", maggio 2020.

CALIGIURI M., *Come i pesci nell'acqua. Immersi nella disinformazione*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2019.

CALIGIURI M., *La formazione delle Élite. Una pedagogia per la democrazia*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2008.

CARACCILO L., *Elogio dell'anticamera*, in LIMES, *Stati profondi. Gli abissi del potere*, n. 8/2018.2.

MOSCA C., SCANDONE G., GAMBACURTA S., VALENTINI M., *I servizi di informazione e il segreto di Stato*, Giuffrè, Milano 2008.

NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL, *Global Trends 2025: A Transformed World*, Novembre 2008.

<https://arxiv.org>.

<https://www.eunews.it>

<https://www.italpress.com>

<https://www.rt.com>

<https://www.transparency.it>

NOTE

¹ NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL, *Global Trends 2025: A Transformed World*, Novembre 2008.

² Slavoj Žižek: *Biggest threat Covid-19 epidemic poses is not our regression to survivalist violence, but BARBARISM with human face*, 19.3.2020, <https://www.rt.com/op-ed/483528-coronavirus-world-capitalism-barbarism/>.

³ Un sondaggio IPSOS riportato sui quotidiani del 9 maggio 2020 assegnano al premier Giuseppe Conte un gradimento del 65 per cento.

⁴ C. MOSCA, G. SCANDONE, S. GAMBACURTA, M. VALENTINI, *I servizi di informazione e il segreto di Stato*, Giuffrè, Milano 2008.

⁵ M. CALIGIURI (a cura), *Post Covid-19. Analisi di intelligence e proposte di policy 2020-2021*, Allegato a "Formiche", maggio 2020. Lo studio è stato curato da Mario Caligiuri insieme ai ricercatori della Società Italiana di Intelligence Luigi Barberio, Francesco Napoli, Roberto Macheda e Luigi Rucco.

⁶ M. CALIGIURI, *Come i pesci nell'acqua. Immersi nella disinformazione*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2019.

⁷ SIMONETTA B., *I padroni della crisi. Come la recessione nutre le mafie*, il Saggiatore, Milano 2013.

⁸ Inascoltato al tempo R. COSTA, *L'Italia degli sprechi. Dalla A alla Z enciclopedia delle spese assurde a carico dei contribuenti*, Mondadori, Milano 1998; R. COSTA, *L'Italia dei privilegi. Dalla A alla Z dizionario delle persone e delle categorie trattate meglio dei comuni cittadini*, Mondadori, Milano 2002.

⁹ N. CORDA, *Sondaggi, l'Europa crolla nella fiducia degli italiani. Germania nemico numero uno*, Eunews, 8.4.2020. <https://www.eunews.it/2020/04/08/sondaggi-leuropa-crolla-nella-fiducia-degli-italiani-germania-nemico-numero-uno/128811>

¹⁰ ITALPRESS, *Coronavirus, un sondaggio: per 59% intervistati UE non ha più senso*, 15.4.2020. <https://www.italpress.com/coronavirus-un-sondaggio-per-59-intervistati-ue-non-ha-piu-senso/>

¹¹ D. CEREDA, M. TIRANI, F. ROVIDA, V. DEMICHELI, M. AJELLI, P. POLETTI, S. MERLER, *The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy*, Italy. 20.3.2020, <https://arxiv.org/abs/2003.09320>.

¹² L'Indice di Percezione della Corruzione 2019 classifica l'Italia al 51° posto nel mondo con un punteggio di 53/100. <https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione-2019/>. M. CALIGIURI, *La formazione delle Élite. Una pedagogia per la democrazia*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2008.

¹³ L. CARACCILO, *Elogio dell'anticamera*, in LIMES, *Stati profondi. Gli abissi del potere*, n. 8/2018, pp. 7-29.

¹⁴ M. CALIGIURI, *La formazione delle Élite. Una pedagogia per la democrazia*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2008.

RELIGIONE E LITURGIA UN RAPPORTO PANDEMICO

Domenico Bilotti

Covid e diritto: la debolezza delle fonti legislative

Nello Stato costituzionale di diritto, il potere legislativo è quello che tipicamente produce le norme destinate alla generalità dei consociati, diversamente dal potere giudiziario, che ne garantisce l'applicazione a processo, risolvendo controversie in diritto, e da quello esecutivo, cui generalmente spettano le funzioni amministrative che sovrintendono all'esecuzione degli atti. Soprattutto per settori di particolare rilevanza e impatto sociale, o per ragioni di incolumità, la legislazione presuppone la necessaria assunzione di responsabilità politica in capo al soggetto legislatore – nel nostro ordinamento, alla lettera del dettato costituzionale, i due rami del Parlamento o, in circostanze e modalità testualmente previste, gli organi dell'esecutivo.

Se la politica consiste nella scelta strategica – in particolar modo, la politica pubblica e la scienza

delle finanze – e la politica legislativa è selezione degli interessi, secondo criteri direttivi, questo ruolo non può che essere esercitato nel contesto di un potere pubblico. Un'emergenza sanitaria, definita come "pandemia" dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, soprattutto nel momento del violento *outbreak* dei contagi, accanto al senso di responsabilità della cittadinanza, non può che sollevare l'intervento pubblico-statale.

Non sembra esservi spazio alcuno per teorizzare la compresenza formale di gruppi terzi nell'attivazione dei processi regolativi. È in forza di questi evidenti caratteri universalistici e collettivi della salute che ammettere una cabina di regia espressiva di interessi particolaristici sarebbe lesivo dello Stato di diritto e dei suoi principi.

Nella transizione tra le prime misure emergenziali di contenimento del contagio da Corona-virus e la successiva, necessaria, fase di convivenza regolamentata e pacifica con l'epidemia, la disciplina restrittiva contenuta, tra gli altri, nei DPCM del 26 aprile e del 4 maggio, ha sollevato la reazione ufficiale della Conferenza Episcopale Italiana (già con un duro comunicato del 27 aprile e con gli interventi a titolo personale di alcuni suoi esponenti fino alla settimana seguente). I vescovi italiani lamentavano, in particolar modo, l'impossibilità, al tenore testuale delle norme, di celebrare l'Eucarestia domenicale, i funerali in Chiesa e tutti gli altri sacramenti alla presenza di più persone.

La rigida presa di posizione, per quanto apparisse particolaristica o addirittura intempestiva rispetto a una ancora troppo tenue normalizzazione della curva dei contagi (in alcune Regioni all'epoca particolarmente allarmante), intercettava tuttavia due sentimenti diffusi nella comunità dei fedeli. Innanzitutto, fotografava il desiderio di una parte non marginale di questi ultimi a ritornare alla celebrazione del rito "con il popolo", intesa spesso, anche a un livello pregiuridico e prereligioso, come il ritorno alle ordinarie e forse tranquillizzanti abitudini di vita. La nota della Conferenza dei vescovi coglieva, in secondo luogo, la ampia e condivisibile percezione di una modulazione inesatta e inefficace dei divieti amministrativi approntati (le attività



commerciali interdette e quelle consentite, gli spostamenti ammessi e a quali condizioni, le condotte personali non consentite anche se apparentemente non ricollegabili all'emergenza sanitaria).

Quella presa di posizione tuttavia, oltre a rappresentare un motivo di tensione tra il governo e la Chiesa, non riscontrava piena adesione nella comunità dei cattolici; al contrario, parte dell'associazionismo cattolico rivendicava la continuità con i numerosi inviti rivolti dal Pontefice durante le diverse celebrazioni svolte, sin dal periodo pasquale ad oggi, improntati alla prudenza, al rispetto del distanziamento sociale, all'obbligo della temperanza e, se del caso, del sacrificio, contro la tentazione della fretta, della superficialità e dell'incoscienza.

La querelle ha trovato soluzione con un Protocollo d'Intesa firmato il 7 maggio alla presenza del Presidente del Consiglio dei Ministri, del Ministro dell'Interno e del Presidente della Conferenza Episcopale Italiana. Il documento, dai contenuti non imprevedibili, statuisce ed esplicita le modalità per assicurare le celebrazioni liturgiche a partire dal 18 maggio. Non mette qui conto analizzare dettagliatamente le limitazioni e le avvertenze contenutevi, alcune delle quali rientranti in una buona profilassi che forse si sarebbe potuta e dovuta attivare anche in assenza di una fonte espressa. Si segnalano piuttosto con maggiore scetticismo le giravolte di quella parte di opinione pubblica che ha vissuto il rapido ma, acceso, contenzioso formale alla stregua di una minaccia alla libertà di religione di tutti (ma ancora non risultano adeguati atti omologhi nei confronti delle altre espressioni del sentire religioso organizzato), suggerendone una pronta soluzione inderogabilmente bilaterale. Anzi, si è considerato come la bilateralità dovesse essere necessaria sin dalle prime misure di contenimento. Questo secondo ordine di critiche sembra meno sostenibile: in una fase in cui le norme non sono state proposte in una fonte di legge bensì in atti dell'esecutivo, si sarebbe contemporaneamente potuto e dovuto attivare un meccanismo di concertazione bilaterale rafforzata? Che piaccia o meno trarre la giusta conclusione dalla successione delle diverse fonti "emergenziali", essa purtroppo certifica la crescente marginalizzazione della legge dai processi decisionali e la frequente scorciatoia di atti governativi, salvo il caso

dell'intervento (e della pressione) di soggetti terzi rispetto ai poteri dello Stato.

Appare tecnicamente inavveduto credere che il diritto alla salute *ex art. 32* della Costituzione debba diventare tacitamente *res mixta* tra lo Stato e la Chiesa, come se necessariamente le norme adottate in materia dovessero essere oggetto di una previa consultazione bilaterale. Non vi sono obblighi di questo tipo nel Concordato lateranense del 1929, né nei suoi Accordi di modifica del 1984; nessuna indicazione in tal senso giunge dalle intese che lo Stato ha stipulato con le confessioni religiose diverse da quella cattolica.

Ben diversa è l'idea che lo Stato e le formazioni sociali, che agiscono nel suo ordinamento, abbiano dei rapporti dialogici e non conflittuali, basati su una forte etica cooperativa a vantaggio del bene comune. Ciò risulta chiaramente dal dovere di ciascuno a concorrere al progresso materiale o spirituale della società (art. 4 Cost.); ne è revocabile in dubbio che pure le confessioni religiose rientrino nel novero di quelle formazioni sociali espressamente tutelate dal precedente art. 2: anche in esse, l'individuo svolge la sua personalità ed esercita i propri inviolabili diritti.

Un conto è, perciò, affermare le virtù di un'azione sinergica dello Stato e dei corpi intermedi, ordinata secondo un comune beneficio dei cittadini; ben altro sarebbe pretendere l'attivazione di negoziazioni formali per ogni settore dell'ordinamento in cui anche solo ipoteticamente potessero sorgere profili di comune interesse tra lo Stato e una confessione religiosa.

Ciò risulterebbe particolarmente problematico perché ogni argomento potrebbe alla fine prestarsi a una lettura di questo tipo, incidendo i rapporti tra la coscienza, la fede, la religione e le norme (tra gli altri: la bioetica, i diritti civili, le prestazioni di lavoro, la tassazione, il diritto sanitario). Dovrebbe dedursene altrimenti che c'è margine di operatività per l'esercizio del potere legislativo dello Stato solo se previamente autorizzato da una pattuizione bilaterale negoziata con le Chiese; il che appare, per più ragioni, democraticamente insostenibile.

È nozione profondamente differente quella invece cui prima si accennava, di un rapporto proficuo e

collaborativo tra gli organi statali centrali o, per migliori ragioni di prossimità, periferici e le associazioni religiose e i loro enti esponenziali, nonché l'associazionismo di cultura filosofica e non confessionale, come espressamente riconosciuto dal III paragrafo dell'articolo 17 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea. Questo rapporto dialogico potrebbe del resto concretizzarsi in forme di protocolli, memorandum, dichiarazioni, documenti programmatici, atti di consultazione. Strumenti di questo tipo, per la loro duttilità e flessibilità, meglio si presterebbero a restare fonti di *soft law*, non munite cioè dell'efficacia tipica della disposizione legislativa ordinaria, o di quella atipica rafforzata delle fonti bilaterali *ex artt. 7 e 8* della Costituzione propriamente dette.

Nel contesto di un'emergenza di carattere transnazionale, che la fonte giuridica tipica sia quella della legge approvata dal Parlamento sembra invero principio doveroso, anche se la modesta qualità del drafting legislativo, i suoi tempi e i suoi processi redazionali hanno spinto da tempo – e ancor più durante il lockdown – a un plastico rovesciamento di questa procedura democratica. Si è preferito, nell'immediato, rivolgersi a uno strumento esecutivo come il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, ad esito, peraltro, dei pareri assunti da entità tecnico-scientifiche non sempre giuridicamente riconoscibili (come invero al più è l'Istituto Superiore di Sanità, ente pubblico per il ministero competente), ma più spesso qualificati in modo assolutamente atecnico: *task-force*, *equipe*, gruppi di lavoro, tavoli di esperti e così via.

L'utilizzo di una fonte esecutiva in un procedimento sostanzialmente anomalo di adozione ha soppiantato l'uso costituzionalmente orientato del provvedimento legislativo, discusso e votato in aula, oppure approvato dal Consiglio dei Ministri in attuazione di una specifica legge di delega. Agendo così, il governo e la maggioranza che vi garantisce la fiducia hanno non del tutto a torto suscitato l'immagine di un esecutivo e di una coalizione parlamentare esclusivamente votati a un'isolata e referenziale assunzione di decisioni. Non stupisce affatto, perciò, che, non appena i drammatici numeri di vittime e contagi ai



quali ci avevamo abituato i mesi di marzo e di aprile si sono contenuti, pressoché tutte le più rappresentative formazioni sociali di ogni ambito dell'agire giuridicamente rilevante (sindacale, ideologico, economico, finanziario, religioso) abbiano avanzato la pretesa di poter intervenire nella selezione delle decisioni qualificanti della cd. "fase due".

Liturgia e gerarchia: governo del popolo *versus* governo sul popolo

La questione da affrontare non riguarda in principio la legittimità di quelle richieste di intervento. È la loro modalità che le qualifica, non la generica istanza di partecipazione alla formazione delle decisioni che i gruppi intermedi costantemente mediano, ancorché talvolta facendosi portatori di opportunismi, più che di interessi in senso stretto. È più utile vedere come le limitazioni e la pretesa talvolta intempestiva di estenderle o limitarle, secondo i casi, abbiano impattato la fenomenologia del fatto religioso durante la pandemia.

È bene chiarire che non si procede con convinzione di esaustività, ma è altrettanto chiaro che alcune considerazioni generali possono esser fatte. Le forme organizzate della religiosità che meno conoscono nel proprio diritto interno momenti celebrativi comuni mediati dalla figura di un ministro di culto sono anche quelle che hanno meglio tollerato le lunghe fasi di stallo, sin qui imposte. Quelle esperienze del sacro, che spesso non hanno natura propriamente ecclesiastica e

forse nemmeno strettamente religiosa (basti pensare al buddhismo e al confucianesimo, nonostante la presenza in essi di alcuni riti pubblici), sono pure quelle che consentono nei momenti celebrativi una maggiore esplicitazione delle libertà individuali e del contributo personale dell'individuo all'esperienza quotidiana della fede.

È curioso notare come etimologicamente liturgia significhi approssimativamente azione del popolo (di Dio): il *leiton* greco, luogo degli affari che si svolgono in pubblico e tra tanti, condivide la radice del *laos* (popolo); l'*ergon* è l'azione messa in opera, è, per richiamare le parole di Agamben, la proprietà di effettività dell'effetto.

Una liturgia senza popolo, difficilmente configurabile ma non impossibile in alcuni statuti confessionali, sul piano linguistico è un problematico ossimoro. È del pari interessante l'etimologia, giuridicamente rivelatrice, del lemma "gerarchia", che si costituisce come *governo del sacro*, forma stabilmente organizzata e diretta della rappresentazione del sacro.

Chi è a capo del sacro, tra le altre attribuzioni, ne amministra i riti – il sintagma "ministro di culto" proprio a ciò rimanda: alla funzione di amministrazione sacramentale che si svolge nel culto. L'idea che nel rito religioso convivano la presenza di un popolo e la guida di un officiante è particolarmente radicata in due delle culture confessionali che hanno palesato le maggiori perplessità a organizzare la propria componente rituale al tempo del *lockdown*: quella cattolica e quella ortodossa, ad esempio.

In realtà, l'antropologia religiosa giustamente tiene in sospetto la devoluzione delle celebrazioni al web, ma ci pare che da questo punto di vista uno sguardo responsabile sulla società costringa a dire che il web è sempre strada obbligata, se e solo se le circostanze di fatto sospingono alla diluizione o all'esclusione del contatto fisico ed umano.

La carica emotiva della liturgia è svuotata dal web e dalla sola digitalizzazione delle funzioni, in modo non troppo diverso da come la carica umana di una lezione universitaria o l'afflizione

di giustizia di un processo penale vanno in crisi quando al contatto dell'aula si sostituisce a tempo indeterminato la connessione sullo schermo. Ciò verosimilmente nasce da un errore di prospettiva nel recepimento collettivo delle tecnologie, che ha trasformato la figuralità della rete da strumento a fine, da mezzo per conoscere a modo dell'apparire radicalmente sostitutivo dell'essenzialità dell'essere.

La religiosità, tanto intesa come conseguenza dell'adesione individuale a uno stile di vita o a un modo di pensiero, quanto considerata nella sua valenza estrinseca collettiva, nella tradizione giuridica dei monoteismi, occidentali e orientali, almeno da Tertulliano in poi, necessita, sbrigativamente, di una certa *serietà*. È l'assunzione di un *animus*, più che solo di un *habitus*. Origina una cultura, non soltanto un precetto confessionale.

Ed è perciò ovvio che la prospettiva di una religione basata solo sul web, sulla scelta di canali audiovideo, sulla condivisione di foto o di stati d'animo tramite cam, rischi di apparire la perfetta concretizzazione di quanto preconizzava la dottrina nordamericana negli anni Novanta, quando bonariamente ammoniva sul rischio di un *religious self market*.

Ben altra cosa, come sottolinea Sara Domianello, è la libera competizione delle idee nella procedura democratica, in base alla quale, nel confronto tra nozioni e posizioni, possono prevalere in un ordinamento dato delle impostazioni di derivazione religiosa su altre di contenuto irreligioso. Radicalmente antitetica a questa prospettazione è la situazione per cui ciascuno possa confezionarsi fungibilmente le alternative di vita che meglio crede, sulla base però di forme invasive e manipolative di propaganda, magari con l'espresso scopo di ledere le altrui libertà fondamentali.

Questa superficialità, che appunto nei casi peggiori integra condotte antiggiuridiche, nulla ha a che vedere con quel sincretismo religioso che nasce più spesso *in interiore homine*, e invero talvolta con istanze di organizzazione culturale collettiva (basti pensare al sufismo o allo shintoismo), e che seleziona analiticamente, con consapevolezza, le riserve valoriali cui attingere per il proprio serbatoio etico. L'insostenibile senso di irrealtà che viene da una vita organizzata, vissuta e partecipata, soltanto

tramite piattaforma è poi esso stesso, si potrebbe obiettare, visione di parte.

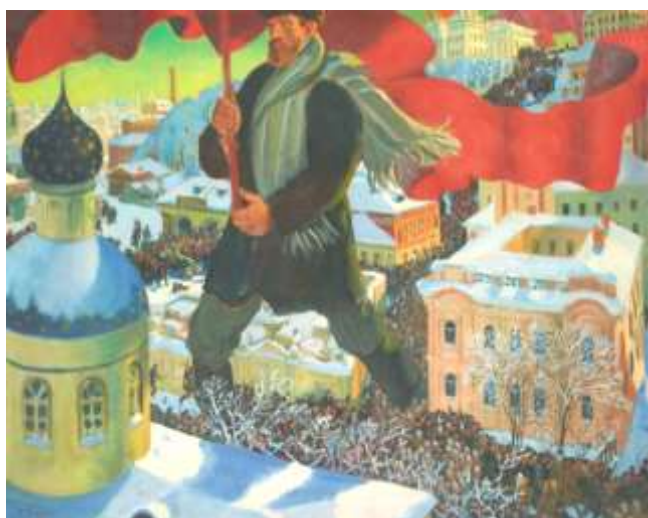
La criminologia contemporanea, ad esempio, da tempo ammonisce contro i reati a sfondo sessuale che avvengono tramite la rete, segnalando con drammaticamente lucida appropriatezza come per il soggetto agente molte volte la dimensione virtuale porti in lui una rappresentazione mentale più forte di ogni contatto di realtà.

Ci pare però che accentuazioni così forti della potenzialità iperrealistica del digitale debbano ritenersi eccezionali, sconsigliabili, conseguenza di percezioni alterate del vissuto concreto.

È chiaro inoltre che i riti collettivi che si è abituati a vivere in uno spazio fisico definito, e con la partecipazione di altri, necessaria ancorché non definibile in partenza, non si ha facilità a metterli in parentesi sol perché le circostanze li sconsigliano o li vietano giuridicamente.

Più che il rito come manifestazione esteriore della libertà religiosa costituzionalmente protetta, del resto, a venire alla luce è la possibilità che i riti (e alcuni più di altri) si facciano vettori di contagio di massa.

La consuetudine ortodossa del bacio delle icone, nella più parte delle Chiese autocefale sostanzialmente riconosciuta come uso canonico, ha delle potenzialità infettive notevoli, soprattutto per i virus, come quelli delle vie respiratorie, che si trasmettono con la saliva e che aggreiscono per tale via le mucose orali.



Prendere atto di questa evenienza non è una lesione della libertà religiosa, né la conseguenza di una visione meramente meccanicista del vivere; può anzi essere uno strumento di protezione soprattutto a beneficio della comunità dei fedeli che sceglie di interrompere pro tempore la pratica pericolosa per la salute.

È particolarmente attuale proprio il caso della Chiesa ortodossa russa. Nella Federazione russa, nonostante il clima ancora freddo nel primo trimestre dell'anno o gli alti livelli di inquinamento condeterminati da una legislazione industriale meno vincolistica, il numero dei contagi da Covid-19 era stato, anche per difetti informativi e diagnostici, tendenzialmente ridotto nelle prime settimane della pandemia.

Ci si è chiesti, anche da parte di autorevoli esponenti di quella Chiesa, se i baci alle icone, tra persone, nella somministrazione non protetta di sacramenti, fossero stati un fattore ulteriore nella tardiva ma forte propagazione del virus – molti archimandriti e vescovi ortodossi hanno peraltro subito il contagio in prima persona, perdendovi la vita.

Ed è forse anche in ragione di ciò che il patriarca di Mosca Kirill ha disposto misure di controllo e di diagnosi nei confronti del clero ortodosso, arrivando peraltro ad esigere ufficialmente dai fedeli la piena e teologicamente indispensabile obbedienza alle norme di prevenzione (sia quelle statali, sia quelle interne all'organizzazione della Chiesa russa). Sono peraltro molto incisive le sanzioni canoniche previste, visto che la violazione delle disposizioni di contenimento può essere punita nei confronti dei chierici fino alla riduzione allo stato laicale.

Ci sono poi casi in cui la crescita esponenziale dei contagi da contatto nelle comunità religiose non ha alcun riferimento specifico all'osservanza dei riti ecclesiali. Nei quartieri ortodossi di Gerusalemme, gli assembramenti coattivamente sciolti dalle locali forze dell'ordine hanno solo in parte riguardato la celebrazione di funerali e matrimoni e assai più spesso feste e attività private, compiute anche da esponenti delle scuole rabbiniche ultra-ortodosse.

In quel caso, più che la religione, il fattore legittimante dell'assemblamento è l'imposizione di un'interpretazione comunitaria dell'appartenenza religiosa, per cui persino il momento della festa o si declina in quanto conferma della comune affermazione o si presta ad accuse di separazione, licenziosità, immoralità, infedeltà. La pandemia, allora, checché se ne sia detto, più che proporci interrogativi di nuovo conio, dà forme nuove a problematiche già esistenti, che consentono di prefigurare sin dalla prima ora l'esistenza di un rapporto bidirezionale tra il rito e la gerarchia nei processi pandemici. Si misurano, in altre parole, due istanze perfettamente descrittive della religiosità nella sua storia moderna: la richiesta di riconoscimento delle libertà individuali, anche in materia culturale, e l'inevitabile rilevanza pubblica della libertà associativa. Nell'uno e nell'altro caso, non mancano le interpretazioni abusive: le prime violano spesso norme di diritto confessionale; le seconde, con pari frequenza, rischiano di confliggere con norme di diritto pubblico.

E, persino in questo caso, quei comportamenti scorretti e/o pericolosi (ad esempio, assemblamenti in violazione di norme igieniche per lo svolgimento di celebrazioni funebri) troveranno dalla propria un margine, nemmeno irrilevante, di consenso sociale. In una società che ha spogliato i propri riferimenti ideologici ordinanti e che perciò costringe alla fatica proficua di scriverne di nuovi, la carica identitaria dell'estremismo religioso sembra ad alcuni la comoda antitesi alla ragione indifferente, compulsiva e funzionalista del potere politico-finanziario. Non è cosa diversa da quanto succede pure in Italia, dove gli interventi pontifici sono ormai più un capitolo della cronaca politica (quando il Papa offre accorati appelli di amplissima natura sociale: lavoro, detenzione, ambiente) che non un vissuto direttamente proiettato e condiviso nella mentalità di tutti i praticanti. Queste distopie purtroppo impoveriscono ulteriormente il diritto-dovere di scelta della politica – quest'ultimo inteso sia come dovere della politica, sia come diritto-dovere dei cittadini a scegliersi la politica da voler perseguire.

Nell'arretramento incondizionato del minimo di prestazioni sociali ottenute dalla cittadinanza e nell'indiscriminato mantenimento di logiche

particolaristiche che rispondono a connivenze, compiacenze o gruppi di pressione, è facile che una proposta politica voglia confezionarsi emulando il messaggio religioso di un pontefice. E perciò genericamente dichiarare: più reddito, più accoglienza, più ecologia. La politica del diritto, però, è la fatica, da troppi rifiutata, di metter ciò in pratica.

Con tenacia, con norme.



Le immagini nel testo sono di:

- David Alfaro Siqueiros, Autorretrato (Museo Nacional de Arte, MUNAL – Ciudad de México)
- Michelangelo Merisi, detto il Caravaggio, Cena in Emmaus (National Gallery – London)
- Boris Michajlovič Kustodiev, Большевик (Galleria di Stato – Moskva)
- Portale votivo, Amantea (CS), Immagine di M. Fotino

GLI AUTORI

Domenico Bilotti

Insegna “Storia Contemporanea e delle Religioni” all’UMG di Catanzaro. Ricerca su: dimensione giusprivatistica del diritto interculturale, storia delle fonti delle religioni abramitiche, tutela della libertà di coscienza nel costituzionalismo contemporaneo. Autore di varie monografie tra cui: *Diritto e potere nei rapporti tra le giurisdizioni civili e le autonomie confessionali* (Pellegri, 2014).

Mario Caligiuri

Presidente della Società Italia di Intelligence e professore ordinario all’Università della Calabria, dove dirige il Master in Intelligence, promosso nel 2007 con Francesco Cossiga. È stato tra i primi a introdurre lo studio scientifico dell’Intelligence negli atenei italiani. Nel 2016 ha pubblicato *Cyber Intelligence: Tra libertà e sicurezza* (Donzelli).

Francesco Caruso

Assegnista di ricerca presso UMG di Catanzaro. Collabora con il Centro di ricerca sulle migrazioni dell’Università di Almería. Autore di saggi sui temi dell’agricoltura e delle migrazioni. Tra le sue più apprezzate pubblicazioni, il testo *La politica dei subalterni* (DeriveApprodi, 2015).

Julio Echeverria

Professore all’Università Centrale dell’Ecuador, ha insegnato “Sociologia dei sistemi complessi” e “Teoria della cultura e dell’urbanistica”. È stato direttore dell’Istituto de la Ciudad, ente responsabile della ricerca e della produzione di conoscenza nella città di Quito. Tra le sue recenti pubblicazioni: *Ensayo sobre la política moderna* (UASB, 2018), *Ciudad y Arquitectura (Trashumante)*, 2019).

Maurizio Esposito

Professore associato all’Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, insegna “Sociologia generale” e “Metodologia della Pianificazione Sociale” e “Politiche della Sanità” alla LUISS di Roma. Si occupa di Sociologia della salute, mondi vitali, marginalità sociale, disuguaglianze e fasce deboli della popolazione. Annovera molte pubblicazioni, tra cui *Il Doppio Fardello. Narrazioni di solitudine e malattia di persone detenute* (Cedam, 2016).

Emilio Gardini

Insegna “Sociologia Generale” e “Politiche Pubbliche e per la Sicurezza” presso l’UMG di Catanzaro. Tra le pubblicazioni recenti: *Coscienza e alienazione. La politica del capitalismo sulla soglia del sé*, apparso su «*Im@go. A journal of the social imaginary*», (2019); *Salute pubblica, libertà individuale e controllo sociale. Le vaccinazioni obbligatorie in Italia* in «*Salute e Società*» (2020).

Guido Giarelli

Ordinario di Sociologia all’UMG di Catanzaro. Primo sociologo italiano chiamato in una Facoltà di Medicina. Ph.D alla *London School of Economics*, si occupa di sistemi sanitari comparati. Tra le sue pubblicazioni recenti: *Sofferenza e condizione umana. Per una sociologia del negativo nella società globalizzata* (Rubbettino, 2018).

Emilio Greco

Professore associato di Sociologia a LinkCampus University di Roma. Ph.D in Scienze Infettivologiche, Microbiologiche e di Sanità Pubblica. La sua attività scientifica riguarda la Sociologia della salute e della medicina. Tra le sue pubblicazioni: *Sociologia della salute. Prevenzione sociale e sanitaria delle malattie* (Rubbettino, 2016).

Antonio Maturo

Antonio Francesco Maturo è professore associato all’Università di Bologna, dove coordina il Corso di Dottorato in Sociologia e ricerca sociale. I suoi interessi di ricerca si concentrano sulla Sociologia della salute, disciplina che ha insegnato anche alla Brown University (Usa). Tra le sue numerose pubblicazioni: *Sociologia della malattia. Un’introduzione* (FrancoAngeli, 2010), *La società bionica. Saremo sempre più belli, felici e artificiali?* (FrancoAngeli, 2016).

Beba Molinari

Dottore di ricerca in Sociologia, è stata assegnista all’Università di Genova e oggi all’UMG di Catanzaro. Insegna “Sociologia dell’ambiente e del territorio”. Si occupa di Sociologia della salute, con attenzione alla qualità della vita, al terzo settore, alla metodologia della ricerca sociale e agli *e-methods*. Tra le sue pubblicazioni: *Fasce deboli e territorio. Un percorso di crescita comune*, FrancoAngeli, 2015.

Veronica Moretti

Assegnista di ricerca all’Università di Bologna, dove tiene un “Laboratorio Metodologico di Ricerca Sociale”. I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente la Sociologia della salute, gli studi sulla sorveglianza e la Sociologia del rischio. È autrice (con Antonio Maturo) di *Digital Health and the Gamification of Life: How Apps Can Promote a Positive Medicalization* (Emerald Publishing, 2018).

Umberto Pagano

È ricercatore presso UMG di Catanzaro. Insegna “Sociologia della cultura” e “Sociologia del mutamento sociale”. La sua ricerca si concentra sull’analisi della morfo-dinamica sociale delle società contemporanee. Tra le sue pubblicazioni: *L’uomo senza tempo* (Franco Angeli, 2011), *Frammenti di un discorso alimentare* (Rubbettino, 2017).

Questo insieme di riflessioni sui temi della pandemia e della società nasce dalla convinzione che le scienze dell'uomo, e la Sociologia in primis, non possano sottrarsi a una seria riflessione sul significato e sulle conseguenze sociali di Covid19. Per troppo tempo la nostra disciplina è stata poco presente sul terreno dei grandi temi che riguardano in particolare il terreno della salute e della malattia, soggiogata da un superpotere sanitario che, anche con processi di medicalizzazione della quotidianità, ha finito per costringere i sociologi a dedicare poche riflessioni ai temi della salute. Quasi considerandolo un ambito di scarso interesse anche dal punto di vista teorico.

Da qui l'autentica sfida del presente lavoro, il quale si potrebbe perciò definire non solo collettivo ma comunitario. Non basta più sapere cosa non vogliamo essere. Dobbiamo capire e spiegare cosa vogliamo diventare e, soprattutto, cosa possiamo diventare insieme. Mai come ora fare da soli risulterebbe un ostacolo alla comprensione del tutto e soprattutto alla comprensione di dove va il tutto. Mai come ora, più che camminare, è importante attraversare.

Curatori:

Cleto Corposanto e Massimo Fotino

Autori:

Cleto Corposanto

Julio Echeverria

Antonio Maturo

Emilio Gardini

Guido Giarelli

Maurizio Esposito

Emilio Greco

Beba Molinari

Veronica Moretti

Francesco Caruso

Umberto Pagano

Domenico Bilotti

Mario Caligiuri



Cleto Corposanto è professore ordinario di Sociologia all'UMG di Catanzaro. Si occupa di metodi di ricerca e salute/malattia. Già coordinatore nazionale AIS - Salute e Medicina. Ha al suo attivo oltre 200 pubblicazioni.



Massimo Fotino insegna Progettazione sociale all'UMG di Catanzaro. Giornalista professionista dal 1994, è il fondatore della piattaforma web *The diagonales* (www.diagonales.it).

Pubblicazione elettronica
The diagonales, Catanzaro 2020



The
diagonales

Citazione in copertina di Khalil Gibran

ISBN 978-88-945357-0-9