

# AMI



55 / giugno 2023

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA  
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



*In copertina*

Secondo una stima elaborata da SIMA (Società italiana medicina ambientale) sarebbero almeno 46 miliardi le mascherine utilizzate in Italia da inizio pandemia a maggio 2022 e 129 miliardi a livello globale quelle consumate ogni mese (3 milioni al minuto). Le mascherine che finiscono ogni giorno tra i rifiuti sono 3,4 miliardi (dato globale stimato dall'Organizzazione mondiale della sanità), a cui si aggiungono 140 milioni di kit di test che generano potenzialmente 2600 tonnellate di rifiuti non infettivi (principalmente plastica) e 731.000 litri di rifiuti chimici. Secondo lo studio *The Release Process of Microfibers: From Surgical Face Masks into the Marine Environment*, pubblicato nel 2021 su "Environmental Advances" (Salui, F. *et al.*, Vol. 4: 100042, <https://doi.org/10.1016/j.envadv.2021.100042>) buona parte delle mascherine usate finisce negli oceani. Ognuna di essa rilascia fino a 173mila microfibre di plastica al giorno.

(Foto: © Andrea Carlino, 2020).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di "longevità", risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

# AM

---

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by  
Tullio Seppilli

*Biannual open access peer-reviewed online Journal*

# 55

giugno 2023  
June 2023



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

**Direttore**

Giovanni Pizza, Università di Perugia

**Comitato di redazione**

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

**Comitato scientifico**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Comitato tecnico**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

**Editor in chief**

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

**Editorial Board**

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

**Advisory Board**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Maseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Technical Board**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia



# AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology  
Founded by Tullio Seppilli



Indice  
Contents

n. 55, giugno 2023

n. 55, June 2023

---

*Editoriale*

- 11 Giovanni Pizza  
*Editoriale di AM 55*  
*AM 55 Editorial*

*Sezione monografica*

- 13 Chiara Moretti, Chiara Quagliariello  
*Esperienze e pratiche di salute ai tempi della  
pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari  
per un futuro delle politiche sanitarie*  
*Health Experiences and Practices During  
the Pandemic. Tensions, Contradictions and Possible  
Scenarios for the Future of Health Policies*
- 31 Giulia Zanini, Alessandra Brigo, Anastasia Martino  
*L'impatto della pandemia di Covid-19 sull'interruzione  
di gravidanza. L'aborto farmacologico in tre diverse  
realità nazionali*  
*The Impact of the Covid-19 Pandemic on Pregnancy  
Termination. Medical Abortion in Three Different  
National Contexts*
- 63 Eugenio Zito  
*Ammalarsi di diabete in Marocco: credenze religiose,  
pluralismo medico e crisi pandemica*  
*Falling Ill with Diabetes in Morocco: Religious Beliefs,  
Medical Pluralism and Pandemic Crisis*
- 93 Valentina Alice Mutti  
*Minori stranieri non accompagnati in tempo di crisi.  
Benessere psicosociale, risorse e servizi durante e oltre  
la pandemia*  
*Unaccompanied and Separated Children in Time  
of Crisis. Psychosocial Well-Being, Resources, and  
Services During and Beyond the Pandemic*
- 117 Alice Checchia  
*Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia  
in una prospettiva antropologica*  
*Beyond the Emergency: Covid-19 and Psycho-  
Pandemic from an Anthropological Perspective*

- 147 Corinna Santullo  
*Alla corte del dubbio: la pandemia di Covid-19 tra vecchia guardia e nuove reclute no-vax*  
*At the Court of Doubt: The Covid-19 Pandemic between Old Guard and New Anti-Vaccines Recruits*
- 187 Elena Zapponi, Marco Simonelli  
*Politiche vaccinali cubane e scommesse sulla sovranità. Risposte al virus, politicizzazione della salute globale e mutamenti accelerati*  
*Vaccination Policies in Cuba and Bets on Sovereignty: Responses to the Virus, Politicisation of Global Health and Accelerated Mutations*
- 215 Pino Schirripa  
*I tanti fili della sindemia*  
*The Many Threads of Syndemics*

*Saggi*

- 227 Giovanna Arigliani  
*Madri e figli nell'Italia Centrale oggi. Una relazione "di cura" tra estensione e contrazione familiare*  
*Mothers and Children in Central Italy Today: A "Care" Relationship between Family Extension and Contraction*
- 271 Rita Finco, Raúl Zecca Castel  
*Fò.R.Me di un'etnografia della cura. I particolari del margine*  
*Fò.R.Me [Shapes] of an Ethnography Of Care. Margin Details*

*Ricerche*

- 307 Federico Divino  
*Tra Purezza e Ascesi. Conclusioni sul problema della visione medica nel Buddhismo*  
*Between Purity and Asceticism. Concluding Remarks over the Issue of Medical Vision in Early Buddhism*

*Note, interventi, rassegne*

- 337 Roberto Beneduce  
*I rimorsi della Terra. Leggere Ernesto de Martino tra pandemie, incendi e guerre: un esercizio di immaginazione antropologica*  
*The Land's Remorses. Reading Ernesto de Martino in the Time of Pandemics, Fires, and Wars: An Exercise of Anthropological Imagination*
- 363 Roberta Bonetti  
*L'antropologia tra politiche e pratiche del welfare state*  
*The Anthropology of Policies and Practices within the Welfare State in Italy*



*Recensioni*

Roberto Beneduce, *Le esperienze di giovani immigrati dall'Africa occidentale: fra violenza e desiderio / The Experiences of Young Immigrants from West Africa: Between Violence and Desire* [Rita Finco, *Maîtres et disciples. Analyse transculturelle du parcours migratoire de l'école coranique à l'Europe*], p. 379 • Chiara Quagliariello, *Per un'antropologia medica... fuori dall'accademia / For a Medical Anthropology... Outside The Academy* [Miriam Castaldo, Maria Concetta Segneri, *Antropologie in cors(i)a. La professione dell'antropologo medico nella sanità pubblica italiana*], p. 383 • Patrizia Quattrocchi, *Governance riproduttiva e corpi significanti. Prospettive di ricerca antropologica tra incorporazione e nuove identità / Reproductive Governance and Signifying Bodies. Anthropological Perspectives between Embodiment and New Identities* [Corinna Sabrina Guerzoni, Claudia Mattalucci (a cura di), *Reproductive Governance and Bodily Materiality: Flesh, Technologies and Knowledge*], p. 390.



## *Editoriale di AM 55*

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

In questo numero di AM concediamo la nostra riflessione al Covid-19 ospitando una sezione monografica dedicata alla pandemia: *Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie*, curata da Chiara Moretti e Chiara Quagliariello, che vede in questo numero anche la postfazione del nostro vicepresidente Pino Schirripa, il quale, a partire dai saggi del monografico opportunamente presentati nella introduzione di Moretti e Quagliariello, riflette sia sulla prima fase della cosiddetta “zoonosi” sia sui limiti di gestione contraddittoria del capitalismo contemporaneo, temi che hanno caratterizzato, in senso critico, le letture antropologiche del drammatico evento.

In *Storie virali* prima e *Storie corali* dopo, anche con Moretti e Schirripa provammo a svolgere la riflessione dando voce ai timori di chi già pensava a un “dopo” difficile. Gli effetti del coronavirus si fanno sentire anche in una fase in cui, grazie al vaccino, sembra che la pandemia si sia allentata. I commercianti continuano a chiudere negozi e molti in città continuano ad ammalarsi. Ci vorrà forse ancora del tempo e probabilmente non si ritornerà mai a come il Mondo era prima di questa pandemia. Anche perché la crisi è diventata molteplice: si pensi solo alla guerra putiniana in Ucraina.

Del resto, questo numero di AM esce dopo che a fine gennaio di questo anno, ha avuto luogo a Napoli il quarto convegno della Società italiana di antropologia medica (SIAM) che ha riflettuto sulla fine del mondo ancorché ottimisticamente come fine di *un* mondo, come ebbe a dire a un convegno a Perugia nel 1964 Ernesto de Martino (qui discusso in una bella tavola rotonda all’Istituto di studi filosofici. Il convegno ha svolto la sua riflessione proprio sulla drammatica evoluzione di questi tempi.

Nella sezione non monografica di questo numero ci sono poi il saggio di Giovanna Arigliani che riflette sulla nozione di parentela aperta a una

valenza di cura e il saggio di Rita Finco e Raùl Zecca Castel, che va letto accanto a quello da loro scritto per il numero precedente. Vi è poi la ricerca di Federico Divino che pure va considerata insieme al suo intervento già apparso su AM.

Proponiamo poi due interessanti note: una da parte di Roberto Beneduce, dedicata a Ernesto de Martino e alla felice rivitalizzazione del suo pensiero e della sua opera, e una da parte di Roberta Bonetti, dedicata alla antropologia del welfare, che parte dai libri di Luca Rimoldi e Giacomo Pozzi: *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello stato sociale in Italia* (Meltemi, Milano 2022) e da quello di Valentina Porcellana: *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (Licosia Edizioni, Ogliastro Cilento 2021).

Vi è poi la sezione recensioni che ulteriormente mostra la ricchezza di studi e analisi in questo settore.

Crediamo così di dare ancora ancora una ampia testimonianza della vitalità dell'antropologia medica italiana, densa di prospettive per il futuro.

*Esperienze e pratiche di salute ai tempi della  
pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili  
scenari per un futuro delle politiche sanitarie*  
*Introduzione alla sezione monografica*

Chiara Moretti, Chiara Quagliariello

Università di Parma, École des hautes études en sciences sociales  
[chiara.moretti@unipr.it; chiara.quagliariello@ehess.fr]<sup>1</sup>

Abstract

*Health Experiences and Practices During the Pandemic. Tensions, Contradictions and Possible Scenarios for the Future of Health Policies*

This monographic issue moves from the panel “Health experiences and practices during the pandemic. Tensions, contradictions and possible scenarios for the future of health policies” which we coordinated at the 3<sup>rd</sup> National Conference of the Italian society of cultural anthropology (SIAC). The aim was to underline the political, institutional, social, techno-scientific and ethical-moral tensions related to the pandemic and post-pandemic period through medical anthropology contributions. The essays propose analyses and theoretical elaborations based on research experiences, exploring whether and to what extent the pandemic may be an opportunity to reflect on the multidimensionality of health/disease processes, and to rethink the future of health policies.

*Keywords:* pandemic, syndemic, health policies, health disparities, care

*Introduzione*

La pandemia da Covid-19 ha indubbiamente costituito un evento marcatore nel campo della salute, della malattia, dei percorsi di cura e dei modi in cui percepiamo, interpretiamo e viviamo questi fenomeni.

L'emergenza sanitaria che, dai primi mesi del 2020, ha interessato interi assetti sociali, economici e politici, ha, tra le tante cose, mostrato lacune strutturali relative all'articolazione delle politiche sanitarie e di salute pubblica, all'organizzazione delle istituzioni ospedaliere e dei luoghi dedicati

alla cura e, più generalmente, del lavoro assistenziale svolto al loro interno. Parallelamente si sono rese evidenti le criticità connesse alle modalità di accompagnamento socio-sanitario delle diverse categorie di pazienti, oltre che le disparità sia nelle forme di esposizione al virus, sia negli effetti generali che la situazione pandemica ha prodotto sul benessere psico-fisico delle persone alla luce di ineguali condizioni familiari, sociali, abitative e lavorative, e nelle diverse articolazioni dei rapporti tra i generi e tra le generazioni. Sono emersi i limiti intrinseci al paradigma biomedico quale sistema di sapere e di credenze caratterizzato da un approccio individualistico e intra-somatico basato sulla ricerca di spiegazioni e conseguenti soluzioni terapeutiche alla luce del funzionamento del corpo-macchina, di cui dispone ogni singolo individuo, inteso come soggetto indipendente da qualsiasi contesto di appartenenza e legame sociale. La pandemia ha messo in luce, infatti, come la sola visione biologizzante non sia sufficiente né a spiegare le traiettorie di diffusione del virus e le cause di mortalità, né quali siano i fattori “protettivi” che espongono a un minor rischio di ammalarsi severamente. Essa ha dunque mostrato come la sofferenza possa essere “sociale” (KLEINMAN, DAS, LOCK 1997) e come il corpo individuale sia sempre “politico” (FARMER 2003, 2004; FASSIN 2006, 2014) in quanto luogo in cui micro e macro processi determinano asimmetrie che impattano su singole condizioni e traiettorie biografiche incidendo sugli stati di salute e di malattia; i contributi che compongono questo numero monografico illustrano bene come per comprendere questi stati, così come le differenti possibilità di accesso ai sistemi di cura e di prevenzione, non si possa prescindere da un’analisi ampia delle condizioni (materiali e non) di esistenza, dei meccanismi silenti iscritti nelle forme delle organizzazioni sociali, delle dinamiche di potere e di distribuzione delle risorse, dei dispositivi simbolici attraverso cui pensiamo la realtà, dei modelli di produzione e riproduzione della vita (sociale e biologica).

### *Sindemie e disparità neoliberali*

Come già ampiamente emerso in letteratura (MARMOT, WILINSON 1999; BRAVEMAN 2003; DI GIROLAMO, MARTINO 2015; SENGUPTA, BODINI, FRANCO 2018; ABUBAKAR *et al.* 2022; DEVAKUMAR *et al.* 2022), salute e malattia vanno compresi in maniera processuale: le disuguaglianze, le discriminazioni o le disparità sociali vengono incorporate su un piano anatomico-fisiologico contribuendo alla produzione di malattie.

Partendo da tali presupposti, la complessità della situazione pandemica può essere esaminata attraverso il cosiddetto “approccio sindemico”, il quale rappresenta una chiave di lettura utile sia in termini analitici sia applicativi per ripensare il futuro delle politiche sanitarie. Tale approccio – introdotto negli anni Novanta del secolo scorso dall’antropologo Merrill Singer (SINGER, SCOTT 2003; SINGER 2017) e rievocato di recente dal caporedattore della rivista *The Lancet*, Richard Horton (2020) in occasione della crisi sanitaria da Covid-19 – mette in luce come la visione che intende le malattie nei termini di entità uniche e distinte, ovvero separate da altri stati patologici ed indipendenti dalla relazione individuo/contesto socio-economico, rischia di essere fallimentare nella misura in cui tende a oscurare i modi in cui diversi fattori (clinici, economici, sociali, abitativi, etno-razziali etc.) interagiscono sinergicamente tra loro, con un conseguente impatto sulla salute delle singole persone e delle intere popolazioni. In questo senso, se le pandemie possono essere intese come processi globali, le sindemie rimandano ugualmente a dimensioni locali e a contesti particolari in cui i processi patogenici possono essere interrogati nella loro dimensione generativa e storica (MINELLI 2021).

Analizzare gli effetti della diffusione del Covid-19 da una prospettiva sindemica permette di osservare l’emersione di due epidemie: una di tipo biologico trasmessa dal virus e una di tipo sociale connessa alle condizioni di vita di chi si ammala; di considerare, quindi, tali epidemie come fenomeni trasversali all’intera popolazione mondiale ma diversamente caratterizzati nella loro diffusione e gravità tra i differenti contesti geografici e i diversi gruppi sociali. In breve, consente di constatare quanto il Covid-19 non si sia affatto mostrato come un virus “democratico”: è alla luce di una sua eziologia socio-bio-politica che è possibile comprenderne l’impatto e la capacità stessa di produrre condizioni avverse di salute, fare dunque luce sui “come” e sui “perché” le persone si ammalino. Appare ormai chiaro come per esempio, nel contesto italiano, durante le prime ondate epidemiche del 2020 siano state alcune fasce della popolazione a essere maggiormente esposte al contagio e al rischio di ammalarsi gravemente alla luce di differenti condizioni abitative (residenza in nuclei familiari numerosi o in condizioni di maggior sovraffollamento o residenza in aree maggiormente deprivate e inquinate); differenti condizioni lavorative (occupazione in settori che in misura minore hanno potuto beneficiare dei sistemi di lavoro alternativi come lo *smart working* o occupazione in settori caratterizzati da condizioni di insicurezza lavorativa, illegalità e precariato); differenti reti di relazione e di tutela (maggiore o minore

capacità di affrontare l'isolamento e/o l'eventuale quarantena domiciliare a seguito della diagnosi).

Ma il Covid non si è mostrato un virus democratico anche in un ulteriore senso: la sua severità e gravità sono dipese, e continuano a dipendere, anche da diseguali possibilità distribuite geograficamente circa le modalità di accedere in maniera lineare ai percorsi di prevenzione e cura. Nonostante, infatti, la pandemia abbia risvegliato la consapevolezza che la salute non possa essere garantita attraverso iniziative circoscritte "localmente", il caso della distribuzione (ineguale) dei vaccini mostra come l'esito dei processi di salute/malattia sia profondamente ancorato a dinamiche sociali ed economiche, subordinato inoltre a precise scelte geopoliticamente informate.

Che di scelte politiche si tratta, o si è trattato, lo mostra in questo senso il fatto che, anche dinanzi al fallimento del programma internazionale COVAX (*COVID-19 Vaccines Global Access*) che avrebbe dovuto distribuire due miliardi di dosi di vaccini nei paesi a basso reddito entro la fine del 2021, si è nei fatti "deciso" di non procedere con la sospensione temporanea di copyright, disegni industriali e brevetti (obblighi contenuti dall'Accordo TRIPS – *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) impedendo, di conseguenza, la produzione e la distribuzione dei vaccini su scala globale. La ferma opposizione alla richiesta di sospensione dei brevetti inviata da India e Sudafrica a fine 2020 all'Organizzazione mondiale del commercio – sostenuta inoltre dall'Organizzazione mondiale della sanità e dalle agenzie delle Nazioni unite – non è arrivata solo dall'industria del farmaco ma anche da paesi industrializzati come USA, Unione Europea e Regno Unito. Come testimoniato dalle parole dell'ex Presidente del Consiglio Italiano Mario Draghi e dalla presidente della commissione europea Ursula von der Leyen in occasione del *Global Health Summit* tenutosi a Roma a Maggio 2021, lo sforzo per arrivare a una copertura vaccinale globale si scontra con l'incapacità delle aziende farmaceutiche, non titolari del brevetto e localizzate nei paesi a basso reddito, di acquisire l'adeguato "know-how", di adottare e importare le stesse tecnologie, di coordinare le fasi produttive e di garantire dunque prodotti di qualità. Il caso analizzato in questo monografico da Elena Zapponi e Marco Simonelli mostra tuttavia come a Cuba sia stato possibile articolare una risposta non solo sanitaria ma anche politica al virus attraverso lo sviluppo di vaccini efficaci che hanno visto una loro distribuzione attraverso un sistema di salute pubblico e gratuito.



Tuttavia, al di là di rare eccezioni, il diritto vaccinale in epoca pandemica è passato innanzitutto attraverso logiche neocolonialiste e neoliberiste, laddove l'emergenza sanitaria connessa al Covid-19 si è configurata come un "problema" da gestire alla luce di interessi finanziari e seguendo criteri di libero mercato piuttosto che principi mirati alla tutela universale del diritto alla salute.

### *Gerarchizzazione dei bisogni sanitari*

Tornando al contesto italiano, la non-democraticità del virus è emersa anche dal ripensamento delle logiche di funzionamento dei reparti ospedalieri. Al di là di quelle che sono state le importanti disparità locali, regionali e territoriali – in parte dovute alle diverse temporalità con cui il virus ha colpito le realtà del nord, centro e sud Italia – la riarticolazione dei servizi sanitari e la possibilità di accesso a percorsi terapeutici, già avviati o da intraprendere, hanno assunto forme diverse a seconda del grado di "necessarietà" attribuita (o meno) ai diversi settori della medicina ospedaliera. È così che mentre alcuni pazienti<sup>2</sup> hanno potuto continuare a usufruire del supporto del personale medico – dal momento che i loro percorsi di assistenza e cura sono stati valutati come "non sacrificabili" – altri hanno visto rimandare i propri interventi chirurgici e/o percorsi di cura a data da destinarsi rimanendo in una situazione di incertezza e assenza di informazioni per diversi mesi. La scelta di continuare a garantire solo alcuni tipi di ricoveri, a partire dalla necessità di trasformare quanti più reparti ospedalieri in reparti Covid, ha prodotto un'inevitabile gerarchizzazione del sapere medico e delle diverse categorie di pazienti. Allo stesso tempo, poco è stato fatto per provare a immaginare percorsi alternativi di assistenza al fine di garantire quel che non poteva essere offerto all'interno dello spazio ospedaliero.

Secondo i dati Istat (ISTAT 2022) nel 2020 si sono registrati circa 6,5 milioni di ricoveri ospedalieri: il 22% in meno rispetto alla media del triennio precedente. Tale diminuzione a livello nazionale, principalmente attribuibile al differimento delle ospedalizzazioni non urgenti, ha riguardato sia i ricoveri ordinari (-20,1%) sia i ricoveri in day hospital (-29,4%). All'interno di questa tendenza, tra i settori più colpiti troviamo: i ricoveri per malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo (-29,5%), quelli per malattie dell'apparato digerente (-27,2%), ancora quelli connessi alle malattie dell'apparato genito-urinario (-25,2%). Al contrario, i ricoveri che

hanno subito riduzioni più limitate sono quelli connessi ai traumatismi (-17,3%), la cura dei tumori (-14,5%) e l'assistenza alla gravidanza e al parto (-11,7%). Focalizzandoci su quest'ultimo dato, come già evidenziato altrove (QUAGLIARIELLO 2020), la scelta di includere un evento di per sé fisiologico tra i percorsi prioritari da mantenere all'interno dello spazio ospedaliero sottolinea la centralità dell'approccio medico-centrato e "patologizzante" nei confronti dell'evento riproduttivo, a sfavore di altre modalità non ospedaliere di prendersi cura di tale evento in assenza di rischi per la madre e il bambino. Questo approccio, poco attento agli aspetti "umanizzanti" dell'assistenza, ha impattato negativamente sul benessere globale delle donne e delle coppie (GROTTI, QUAGLIARIELLO 2020); emblematica a questo proposito è stata la discussione portata avanti da alcune associazioni di genitori e dallo stesso Ministero della salute riguardo alla scelta preventiva di far partorire le donne da sole, senza il sostegno dei propri partner (MINISTERO DELLA SALUTE 2020; YUILL 2020; BENAGLIA, CANZINI 2021). Diversamente dall'accompagnamento alla gravidanza e al parto, i ricoveri per le interruzioni volontarie di gravidanza hanno subito una riduzione del 15,6% (ISTAT 2022). Nessuna alternativa è stata offerta alle donne e questo nonostante le richieste da parte di associazioni femministe e *pro choice* di introdurre in Italia percorsi di assistenza in telemedicina come al contrario avvenuto in altri paesi d'Europa e del mondo (cfr. BRIGO, MARTINO, ZANINI in questo numero). L'opposizione tra il caso della gravidanza e il parto e quanto deciso per l'interruzione di gravidanza evidenzia come le scelte di salute pubblica realizzate in periodo pandemico rispondano a una "gerarchizzazione politica" dei bisogni sanitari, informata da valori socio-culturali e principi etico-morali preesistenti alla pandemia (QUAGLIARIELLO, ZANINI 2021).

L'ineguale gestione dei ricoveri ospedalieri e dei percorsi di cura trova un ulteriore esempio nella reiterazione di una supposta opposizione tra corpo e mente, salute fisica e salute mentale, dove la prima si è vista riconosciuta un maggiore grado di emergenzialità rispetto alla seconda. L'inestricabile intreccio tra questi due campi che costituiscono aspetti complementari del benessere/malessere individuale e collettivo non ha trovato sufficientemente spazio nelle scelte di salute pubblica (MINELLI 2020). Eppure, molteplici appaiono gli esempi di processi di produzione e di rafforzamento di forme di disagio psichico dovute alle eccezionali condizioni di vita esperite durante la pandemia (cfr. CHECCHIA in questo numero). La rappresentazione della sola salute fisica come "bene comune" da difendere collettivamente ha di fatto posto in secondo piano i rischi psicologici, attuali e futuri, legati

alla radicale trasformazione delle forme di socialità, la prolungata sedentarietà, le limitate possibilità di occupazione del tempo libero, gli ostacoli all'esplorazione della sessualità per le generazioni più giovani, etc. È così che la pandemia si è trasformata in un fattore di incremento di divisioni e gerarchizzazioni sanitarie preesistenti tra trattamento dell'urgenza *versus* trattamento della cronicità (cfr. ZITO in questo numero), ancora trattamento del benessere fisico *versus* trattamento del benessere mentale.

### *Difesa della salute pubblica o primato delle logiche di mercato?*

La disomogenea riorganizzazione dei reparti e l'incapacità di rispondere ai molteplici bisogni di salute della popolazione si inseriscono all'interno di uno scenario più ampio di crisi della sanità pubblica. Se è vero che a livello planetario il virus ci ha trovati impreparati, nel contesto nazionale italiano tale impreparazione va letta alla luce di processi che hanno nel tempo negativamente impattato il tessuto sociale nazionale e l'organizzazione delle attività "economiche fondamentali" (DAGNES, SALENTO 2022); in altre parole tutte quelle attività in cui «sono prodotti e distribuiti i beni e i servizi essenziali per il benessere individuale e collettivo, che costituiscono l'infrastruttura della vita quotidiana, la base materiale della cittadinanza e della coesione sociale» (*ivi*: 9-10), tra cui quelle connesse all'istruzione, al funzionamento dei sistemi di welfare, della sanità e dei servizi di cura.

Come già affermato in più occasioni (BODINI, QUARANTA 2021; BIFULCO, NERI, POLIZZI 2022), durante la pandemia l'applicazione di politiche sanitarie improvvisate alla luce di una evidente carenza di mezzi, è stata in Italia strettamente causata da una diminuzione cronica delle capacità dei sistemi socio-sanitari di rispondere ai bisogni di salute. Tale tendenza – già avviata negli anni Novanta del secolo scorso con la regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e attraverso riforme, tagli al bilancio e alla spesa pubblica – ha determinato decenni di smantellamento e de-finanziamento del servizio pubblico, l'introduzione di logiche privatistiche, aziendali e manageriali, l'accelerazione di forme di concorrenza tra organizzazioni sanitarie seguendo precise logiche di *market-making* (BIFULCO, NERI, POLIZZI 2022). L'insieme di questi fenomeni ha, tra le altre cose, generato processi di riorganizzazione ospedaliera causando una concentrazione di unità strutturali all'interno di grandi nosocomi, una riduzione di servizi, la contrazione nel numero di posti letto, già tra i più bassi in Europa (*ibid.*), e la carenza stessa di personale sanitario ridotto da anni di tagli

e dall'introduzione di limitazioni nelle assunzioni. Gli stessi processi, nutrendo fortemente l'ospedale-centrismo, hanno al contempo ridotto l'efficienza della medicina di prossimità limitando la capacità dei territori di offrire una ramificazione di servizi efficaci e promuovendo, così, indirettamente una logica mirata a garantire interventi sulle malattie senza tuttavia riuscire ad agire efficacemente sui piani di prevenzione.

D'altra parte la crisi della sanità in Italia va compresa alla luce di processi globali quali la concentrazione di capitali in un numero ristretto di grandi imprese, la finanziarizzazione dell'economia anche in campo sanitario, la mancanza di istituzioni politiche stabili in grado di incidere globalmente e localmente, il condizionamento dell'economia internazionale sui singoli stati e sulle rispettive misure di contenimento della spesa pubblica (VINEIS 2020). L'insieme di tali fenomeni testimonia dunque l'ascesa del neoliberismo inteso come cornice ideologica in cui si declinano le strategie di salute pubblica nei molteplici contesti locali e globali (MINELLI 2014; QUARANTA 2014). In questo senso, l'evento pandemico è stato capace di fare emergere gli effetti di processi geograficamente ampi e di produrre un "effetto-verità" rispetto a questioni da tempo e per anni rimosse dal dibattito nazionale e internazionale (DAGNES, SALENTO 2022).

Nel contesto italiano tale "effetto-verità" ha condotto, concretamente, a immaginare nuove politiche mirate al rafforzamento della sanità da attuare per mezzo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede, tra le varie misure, lo stanziamento di due miliardi di euro per la creazione di nuove strutture destinate alle cure primarie, alla medicina generale e ai servizi territoriali. Se, da una parte, tali politiche si configurano come un segnale importante che mostra la volontà di cambiare direzione, dall'altra è necessario che l'ammontare della spesa pubblica si accompagni a una modifica nelle modalità attraverso cui le risorse sono e/o verranno regolate e gestite. Necessario sarebbe, in altre parole, che esse venissero pensate al di fuori di una logica di calcolo economico e di profitto, e impiegate dunque all'interno di una cornice ideologica nuova attraverso cui pensare la salute come bene comune (SEPPILLI 2010) globale (BODINI, QUARANTA 2021) in cui esperienze di cittadinanza sociale e processi di partecipazione/gestione comunitaria della salute guadagnerebbero centralità.

### *Per un ripensamento del concetto di “cura”*

Molteplici sono i piani su cui riflettere rispetto al nesso tra evento pandemico e azioni/relazioni di cura.

Su un piano dei rapporti di cura intesi in senso stretto, uno dei meriti della pandemia è stata la messa in valore del lavoro invisibile di professionisti sanitari impiegati con forme contrattuali precarie e remunerazioni sottopagate all'interno degli ospedali o di altre strutture assistenziali come le RSA (residenze sanitarie assistenziali). Improvvisamente, professionisti impegnati nella parte “meno nobile” del lavoro di cura sono stati percepiti come figure-chiave nel far fronte all'emergenza sanitaria. Il caso degli infermieri e quello degli operatori socio-sanitari, inizialmente descritti a livello mediatico come “angeli della cura” ed “eroi della pandemia”, sottolineano come professionalità scarsamente valorizzate in tempi ordinari siano state riconosciute come essenziali, ribaltando simbolicamente la gerarchia professionale che vede solitamente il personale medico ai vertici. L'enfasi posta sul lavoro di prossimità realizzato al fianco di soggetti fragili è passata ugualmente attraverso la retorica del “sacrificio” e della “solidarietà umana” nel caso dei lavoratori impegnati (cfr. nota 2) nello svolgimento di mansioni assistenziali all'interno dello spazio domestico. Descritte come “coraggiose” o “salvifiche” tali figure sono uscite da una condizione di invisibilità senza tuttavia riscontrare un miglioramento effettivo delle proprie condizioni lavorative. Crediamo che le politiche sanitarie future non potranno limitarsi a un ripensamento esclusivamente simbolico del lavoro svolto a supporto di soggetti di cui non ci si prende sufficientemente cura a livello comunitario; a tale ripensamento andrebbe affiancato un investimento capace di condurre a cambiamenti concreti nel campo dell'assistenza domiciliare e ospedaliera.

Se analizzata alla luce del lavoro di cura, la pandemia appare inoltre come un fenomeno non neutro da un punto di vista di genere. Seppure il virus abbia colpito prevalentemente persone di sesso maschile (ISTAT 2022), la maggior parte delle soggettività coinvolte nelle pratiche di affiancamento a persone anziane, disabili o vulnerabili, corrisponde a rappresentanti del genere femminile, dato che riflette una tendenza strutturata e strutturante del lavoro di cura in Italia (SACCHI, VIAZZO 2018). Allo stesso tempo la pandemia ha condotto a un rafforzamento della divisione sessuale del lavoro domestico determinando un'involuzione del nesso tra lavoro di cura e rapporti di genere e facendo emergere rinnovate disuguaglianze per ciò che concerne la gestione della casa o, ancora, l'accudimento dei figli.

Il sovraccarico di lavoro vissuto dalle donne ha condotto in alcuni casi all'emersione di forme di stress connesse all' "etica della cura" (GIACALONE 2021) in un momento di isolamento, assenza di welfare e immobilità forzata.

La pandemia ha offerto una preziosa occasione per ripensare le azioni, le relazioni, le politiche e le economie della cura anche in un senso più ampio. Come già emerso in letteratura (TROUT, KLEINMAN 2020; FRAGNITO, TOLA 2021; THE CARE COLLECTIVE 2021), con "cura" si può intendere non solo un intervento/trattamento tecnico su un corpo che si ammala ma anche un insieme di saperi, atteggiamenti, azioni e prassi mirati a rispondere a bisogni corporei e ugualmente psicologici, relazionali, affettivi, educativi, sociali, generazionali, ambientali ed ecologici. In altre parole, la cura implica una messa in atto di forme di attenzione, di riguardo e di impegno rispetto a ogni ambito dello stare e del fare in società.

Il dibattito interno all'antropologia medica e culturale attorno al concetto di "antropocene" mostra in particolare quanto sia necessario riflettere sulle connessioni tra il funzionamento delle nostre società a capitalismo avanzato, il progressivo deterioramento dell'equilibrio del pianeta e l'impatto di tali fenomeni sullo stato di salute delle popolazioni (DALL'Ò 2021; RAVENDA 2021). In linea con questo approccio, l'epidemia da Covid-19 ci ha trovati impreparati non solo nel trovare rimedi ma anche nel riflettere criticamente sulle cause di un evento di simile portata. I numerosi appelli di esperti nel campo delle malattie emergenti e infettive – i quali avevano annunciato da tempo che dopo gli allarmi sull'influenza aviaria e suina, e le infezioni legate ai virus Zika ed Ebola si sarebbe prodotta una pandemia di più grande ampiezza – sembrano non essere stati accolti. Eppure, alla luce di quanto avvenuto in tutto il mondo, fattori quali il crescente inquinamento del pianeta, l'aumento dei viaggi e dei trasporti, l'incessante sfruttamento delle risorse, l'invasione umana di habitat naturali non possono più essere ignorati in quanto potenzialmente responsabili dello sviluppo di nuove malattie e di un maggiore rischio di zoonosi. Se dunque le crisi sanitarie e quelle ecologico-ambientali sono fenomeni che vanno di pari passo (PASQUARELLI, RAVENDA 2020), ancora una volta i rimedi e le innovazioni mediche da sole appaiono insufficienti a garantire lo stato di salute delle popolazioni (SCHIRRIPA 2014).

*Riflessioni antropologiche, diritti sanitari, sfide politico-culturali*

Adottando la prospettiva promossa dall'antropologia medica critica (SCHEPER-HUGHES 1995; DOZON, FASSIN 2001) intesa come forma di sapere e di conoscenza pubblica e al tempo stesso politica (PIZZA, RAVENDA 2016), in questo numero ci proponiamo di analizzare se e in quale misura la pandemia da Covid-19 si sia mostrata, e continui a mostrarsi, come un'occasione per ripensare non solo la salute ma anche le politiche a essa correlate.

I contributi qui presentati si riferiscono soprattutto a quanto accaduto durante il primo e il secondo anno della pandemia, concentrandosi sulle tensioni politico-istituzionali, socio-sanitarie, tecnico-scientifiche ed etico-morali che hanno caratterizzato la situazione epidemiologica e gli sviluppi di questo primo "periodo eccezionale". Aldilà dei cambiamenti repentini che hanno contraddistinto il susseguirsi delle fasi pandemiche, essi mostrano quanto il diritto alla salute e alla cura si leghi sempre con la definizione di altri diritti e si delinei così come una questione politica, che ha bisogno di risposte altrettanto politiche (SCHIRRIPIA 2014).

Gli articoli sottolineano numerose questioni tuttora irrisolte innescate e/o amplificate dalla pandemia, prima tra tutte la perseveranza di politiche pubbliche incentrate sulla sopravvivenza del corpo a discapito di un'attenzione al benessere globale delle persone. Una prima declinazione di questo tema è la contrapposizione tra le modalità di gestione sanitaria dell'urgenza, da un lato, e della cronicità, dall'altro. Il saggio di Eugenio Zito, incentrato sull'interpretazione socio-culturale del diabete mellito e l'analisi dei percorsi di cura messi in atto in Marocco prima e durante la pandemia, sottolinea fino a che punto, alla luce delle severe restrizioni imposte dal governo per arginare il dilagare dell'infezione, la vita sociale ed economica delle città marocchine abbia subito profondi cambiamenti. Come sottolineato da Zito, tali trasformazioni hanno avuto effetti disastrosi sulle condizioni di salute di molti malati cronici, quali le persone con diabete. Nonostante questo, la risposta è stata una riduzione delle visite di controllo nei confronti di questa tipologia di pazienti per ragioni di sicurezza degli ospedali. Questa situazione ha contribuito a danneggiare le condizioni di salute di molte persone, le quali si sono viste negare i propri diritti di cura in nome della necessità di gestione dell'emergenza sanitaria in corso.

La gerarchizzazione tra bisogni sanitari all'interno delle politiche di salute pubblica ha trovato ugualmente espressione nello scarso investimento sui percorsi di accompagnamento e cura incentrati sulla salute mentale.

Il tema delle conseguenze psico-fisiche correlate alla pandemia è affrontato in due contributi. Nel suo saggio Alice Checchia, servendosi del concetto di “psicopandemia”, sottolinea l’importanza di riflettere sui rischi psicosociali, psico-fisici e psico-emotivi rafforzati ed emersi durante i primi mesi dell’emergenza sanitaria. Allo stesso tempo il contributo si concentra sul ruolo marginale assegnato alle professioni “psy” (psicologi e psicoterapeuti) nonostante la presenza di rischi psicologici collettivi sul lungo corso. Il saggio di Valentina Mutti analizza invece le difficoltà di accesso ai servizi di salute mentale da parte di minori stranieri non accompagnati e giovani migranti residenti presso centri di accoglienza durante il periodo della pandemia. Le riflessioni dell’autrice si interessano in particolare alle conseguenze psico-fisiche legate all’assenza di continuità dei percorsi di supporto psicoterapeutici non più offerti, o esclusivamente offerti a distanza.

La riarticolazione delle modalità di relazione tra operatori sanitari e pazienti ha visto un’accelerazione del ricorso a consultazioni digitali non soltanto nel campo della salute mentale. Tali forme di accompagnamento a distanza hanno conosciuto sviluppi diversi – assumendo talvolta un carattere fortemente istituzionale e altre volte una dimensione più informale o di comunità – a seconda degli ambiti sanitari coinvolti, e in base ai contesti nazionali. Come evidenziato nel saggio di Alessandra Brigo, Anastasia Martino e Giulia Zanini, la possibilità per le donne di accedere a consultazioni medico-ostetriche a distanza, o ancora l’opportunità di usufruire di percorsi di aborto farmacologico autogestito e/o in telemedicina, ha assunto caratteristiche fortemente eterogenee nelle varie realtà del mondo. Attraverso uno studio comparativo di quanto avvenuto parallelamente in Brasile, nel Regno Unito e in Italia – dove l’interruzione di gravidanza autogestita e/o in telemedicina è stata rispettivamente promossa dal basso, accolta e introdotta a livello istituzionale, e negata nonostante le richieste provenienti da alcuni rappresentanti delle società scientifiche e dal mondo dell’attivismo femminista e *pro-choice* – le autrici sottolineano fino a che punto tale variabilità di politiche e pratiche sia strettamente legata alla presenza di diverse culture sanitarie, più o meno attente al rispetto dei diritti riproduttivi già prima della pandemia.

Se la questione della gerarchizzazione dei bisogni sanitari e delle differenti risposte ai bisogni di cura emerge nei precedenti contributi finora introdotti, i saggi di Elena Zapponi, Marco Simonelli e di Corinna Santullo richiamano invece il tema della prevenzione analizzando, da prospettive diverse, il dibattito generato attorno ai vaccini. Il confronto tra la situazione italiana e quella cubana permette di osservare quanto, in contesti del



tutto differenti, gli immaginari e i comportamenti messi in atto da cittadini nei confronti dei vaccini siano stati anche informati dalla messa in atto di misure e di politiche caratterizzate da retoriche e rappresentazioni capaci di indebolire, da un lato, o di rafforzare, dall'altro, la fiducia verso le azioni nazionali di prevenzione. In questo senso, il caso cubano analizzato da Elena Zapponi e Marco Simonelli mostra come nonostante il crescente clima di sfiducia verso lo Stato – causato dalla crisi economica determinata da una presenza intermittente dei turisti e dalle riorganizzazioni del sistema monetario nazionale che alimenta vecchie e nuove forme di disuguaglianza sociale –, la creazione e la successiva distribuzione di vaccini siano state informate da inedite forme di narrazione della Rivoluzione socialista, presentandosi come «l'occasione per rimarcare una differenza tra un “noi” cubano reattivo e preparato a rispondere al rischio attraverso un sistema di salute pubblica efficiente e gli “altri”» (*infra*). Una narrazione questa che si radica nella fiducia fra cittadino e Stato, che si rende possibile anche alla luce delle caratteristiche del sistema di salute pubblico dell'isola, e che ha nei fatti contribuito a rendere Cuba uno fra i paesi maggiormente vaccinati al mondo. Diverso appare il contesto nazionale italiano analizzato nel contributo di Corinna Santullo; sebbene la campagna vaccinale abbia visto anche qui un'ampia diffusione, le opinioni contrastanti sull'efficacia o sulla pericolosità stesse dei vaccini hanno nutrito un “dubbio” a sua volta alimentato, soprattutto durante le prime ondate pandemiche, da un profondo senso di spaesamento e di abbandono da parte delle istituzioni percepito dai cittadini. Sono elementi questi che, se da un lato, hanno rafforzato teorie del complotto e radicalizzato posizioni critiche di gruppi “No-vax” e “Free-vax” che si presentavano come ristretti e minoritari prima della diffusione del Covid-19, dall'altro, hanno facilitato lo sviluppo di un movimento di esitanti “no-Covid-vax” e “No-green pass” capace di mettere in atto pratiche inedite di resistenza presentandosi, inoltre, come estremamente eterogeneo al suo interno. Ciò che tuttavia pare tenere unite nuove e vecchie forme di dissenso è la messa in discussione della funzione salvifica della medicina, se non una forma di “disincanto” – come etnograficamente descritto da Santullo – verso le istituzioni e la scienza che è ancora tutta da indagare, poiché non perfettamente incasellabile in categorie ontologiche che rischiano, inoltre, di depoliticizzare i significati stessi del “dubbio”.

Per concludere, il numero monografico intende riflettere sui modi in cui, per via del suo carattere “ibrido” (PALUMBO 2020), la diffusione del Covid-19 si è mostrata, e continua a mostrarsi, come un evento capace di mettere in luce diverse connessioni: quelle tra corpo, salute e società, bio-

logia ed economia, politica ed ecologia evidenziando quanto la relazione tra salute e malattia sia contraddistinta da più fattori, quelli certamente biologici ma anche quelli storici, sociali, economici e politici (*ibid.*). Forse, più di altri eventi recenti, la pandemia ha richiamato alla memoria quella definizione del 1948 del Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità che vede la salute come uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità»; uno stato quindi da difendere attraverso la promozione di politiche capaci di garantire le condizioni e le risorse fondamentali per il benessere individuale e collettivo.

## Note

<sup>(1)</sup> L'ordine dei nomi delle autrici riflette l'ordine alfabetico. Entrambe hanno contribuito in maniera paritaria al coordinamento del numero monografico e alla concettualizzazione, scrittura e revisione di questa introduzione.

<sup>(2)</sup> In questo come in altri passaggi l'impiego del maschile plurale, al posto di una sistematica declinazione delle varianti di genere, corrisponde a una scelta volta a una più snella lettura del testo.

## Bibliografia

ABUBAKAR I., GRAM L., LASOYE S. *et al.* (2022), *Confronting the Consequences of Racism, Xenophobia, and Discrimination on Health and Health-care Systems*, "The Lancet", Vol. 400(10368): 2137-2146.

DEVAKUMAR D., SELVARAJAH S., ABUBAKAR I. *et al.* (2022), *Racism, Xenophobia, Discrimination, and the Determination of Health*, "The Lancet", Vol. 400(10368): 2097-2108.

BENAGLIA B., CANZINI D. (2021), *They Would Have Stopped Births, if They Only Could Have*: Short- and Long-Term Impacts of the COVID-19 Pandemic-a Case Study From Bologna, Italy, "Frontiers in Sociology", Vol. 6: 614271.

BIFULCO L., NERI S., POLIZZI E. (2022), *Sanità. Diritti fondamentali, aziendalizzazione e decline del territorio*, pp. 108-164, in DAGNES J., SALENTO A. (a cura di), *Prima i fondamentali. Economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Feltrinelli, Milano.

BODINI C., QUARANTA I. (2021), *COVID-19 in Italy. A New Culture of Healthcare for Future Preparedness*, pp. 443-455, in MANDERSON L., BURKE N.J., WAHLBERG A. (a cura di), *Viral Loads. Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*, UCL Press, London.

BRAVEMAN P. (2003), *Defining Equity in Health*, "Journal of Epidemiology & Community Health", Vol. 57(4): 254-258.

DALL'Ó E. (2021), *Cambiamenti climatici, ghiacciai, pandemie. L'importanza di uno sguardo multidisciplinare tra dati climatici, zoonosi e pandemie*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 51: 151-174.

DAGNES J., SALENTO A. (2022), *Economia fondamentale: come studiarla, come promuoverla. Un'introduzione*, pp. 6-55, in DAGNES J., SALENTO A. (a cura di), *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Feltrinelli, Milano.

DI GIROLAMO C., MARTINO A. (2015), *Le disuguaglianze in salute: spunti per una riflessione teorica*, pp. 15-34, in EMERSON E. MERHY, STEFANINI A., ARDIGÒ M. (a cura di), *Problematizzando epistemologie in salute collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*, Rede Unida, Porto Alegre-Bologna.

DOZON J.P., FASSIN D. (2001), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris.

FARMER P. (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.

FARMER P. (2004), *An Anthropology of Structural Violence*, "Current Anthropology", Vol. 45(3): 305-325.

FASSIN D. (2014), *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Ombre Corte, Verona.

FASSIN D. (2006), *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte, Paris.

FRAGNITO M., TOLA M. (a cura di) (2021), *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*, Orthotes Editrice, Salerno.

GIACALONE F. (2021), *Letica della cura al tempo del Covid: una riflessione sul welfare e sulle disuguaglianze di genere*, "EtnoAntropologia", Vol. 9(1): 137-156.

GROTTI V., QUAGLIARIELLO C. (2020), *Birthing Alone: Pregnancy and Maternity Care in the Shadow of COVID-19 in Italy*, "Medical Anthropology Quarterly", <https://medanthroquarterly.org/rapid-response/2020/06/birthing-alone-pregnancy-and-maternity-care-in-the-shadow-of/> (consultato il 20 novembre 2022).

HORTON R. (2020), *Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic*, "The Lancet", Vol. 396(10255): 874.

ISTAT (2022), *Impatto dell'epidemia Covid-19 sul sistema ospedaliero italiano*, Roma. [https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ISTAT/REPORT\\_IMPATTO\\_COVID\\_SU\\_RICOVERI\\_OSPEDALIERI\\_ISTAT\\_AGENAS.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ISTAT/REPORT_IMPATTO_COVID_SU_RICOVERI_OSPEDALIERI_ISTAT_AGENAS.pdf) (consultato il 4 gennaio 2023).

KLEINMAN A., DAS V., MARGARET L. (a cura di) (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.

MARMOT M., WILKINSON R. (1999), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, New York.

MINELLI M. (2014), *Leggere la salute globale nell'epoca della grande crisi*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 38: 637-647.

MINELLI M. (2020), *Salute mentale e territorio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 40: 129-162.

MINELLI M. (2021), *Rischio, vulnerabilità, partecipazione*, "ANUAC", Vol. 10(1): 241-246.

MINISTERO DELLA SALUTE (2020), *Circolare 11257. COVID-19: indicazioni per gravida-partorienti, puerpera, neonato allattamento*, [https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22138:sa11257\\_20cov&catid=6&Itemid=137](https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22138:sa11257_20cov&catid=6&Itemid=137) (consultato il 12/11/2022).

PALUMBO B. (2020), *Storie Virali. Ibridi*, [https://www.treccani.it/magazine/atlante/cultura/Storie\\_virali\\_Ibridi.html](https://www.treccani.it/magazine/atlante/cultura/Storie_virali_Ibridi.html) (consultato il 5 gennaio 2023).

- PASQUARELLI E., RAVENDA A. (2020), *Antropologia medica nella crisi ambientale. Determinanti biosociali, politica e campi di causazione*, "Archivio antropologico mediterraneo", Vol. 23 (22), DOI: <https://doi.org/10.4000/aam.2507>.
- PIZZA G., RAVENDA A. (2016), *Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo. L'impegno dell'antropologia nel campo sanitario*, "Antropologia Pubblica", Vol. 2(1): 29-45.
- QUAGLIARIELLO C. (2020), *Generazione C: Gravidanza e parto ai tempi della pandemia*, "Illuminazioni", 53: 137-163.
- QUAGLIARIELLO C., ZANINI G. (2022), *Preservare le nascite durante la pandemia: analisi delle contraddizioni inerenti la gestione della salute riproduttiva durante l'emergenza da Covid-19*, pp. 25-53, in GENTILE L., QUAGLIARIELLO C., SESTITO, R. (a cura di), *Coronial. Antropologia della riproduzione e delle sessualità al tempo del Covid-19*, Franco Angeli, Milano.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 127-146.
- RAVENDA A. (2021), *La salute al tempo della crisi ambientale. Contaminazioni, causalità, rischio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 51: 131-150.
- SACCHI P., VIAZZO P.P. (2018), *Families and the Elderly Along the Shores of the Mediterranean: Old and New Form of Relatedness*, "Ethnologie française", 3: 427-438.
- SCHEPER-HUGHES N. (1995), *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, "Current Anthropology", Vol. 36(3): 409-440.
- SCHIRRIPA P. (2014), *Ineguaglianza in salute e forme di cittadinanza*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 59-80.
- SENGUPTA A., BODINI C., FRANCO S. (2018), *Struggles for Health: An Emancipatory Approach in the Era of Neoliberal Globalization*, "Development", 61: 101-107.
- SEPPILLI T. (2010), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, "La Salute Umana. Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute", Vol. 33(4): 369-381.
- SINGER M. et al. (2017), *Syndemics and the Biosocial Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389 (10072): 941-950.
- SINGER M., SCOTT C. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17(4): 423-441.
- THE CARE COLLECTIVE (2021), *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*, Edizioni Alegre, Roma.
- TROUT L. J., KLEINMAN A. (2020), *Covid-19 Requires a Social Medicine Response*, "Frontiers in sociology", Vol. 5, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.579991>.
- VINEIS P. (2020), *Salute senza confini. Le epidemie nella globalizzazione*, Codice edizioni, Torino.
- YUILL C. (2020), *Reproductive Rights in the Time of COVID-19*, "Somatosphere", <http://somatosphere.net/2020/reproductive-rights-in-the-time-of-covid-19.html/> (consultato il 5 gennaio 2023).

## Scheda sulle Autrici

Chiara Moretti è nata a Atessa (CH) nel 1983. È assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, docente a contratto di Antropologia Medica presso il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica

e Sperimentale dell'Università di Bologna e di Discipline Demoetnoantropologiche presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). Nel 2018 ha conseguito il Dottorato di Ricerca presso l'Università di Strasburgo in co-tutela con l'Università degli Studi di Perugia. Negli ultimi anni ha condotto una indagine etnografica di lungo periodo, sia in Italia che all'estero, sull'approccio biomedico alle condizioni dolorose croniche e, in particolare, alla sindrome fibromialgica. Dal 2020 è membro del consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e della redazione per la rivista "AM Rivista della società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli". I suoi maggiori interessi di ricerca sono: genere, cultura e salute; antropologia medica e storia dei saperi medici; dolore cronico e sindromi medicalmente inspiegabili; accesso ai servizi sociosanitari e promozione della salute.

Chiara Quagliariello è nata ad Atripalda (AV) nel 1984. Nel 2013 ha conseguito il dottorato di ricerca in Antropologia presso l'Università degli studi di Siena, in co-tutela con l'Università Parigi VIII. È titolare della borsa di ricerca Marie Curie Global finanziata dalla Commissione Europea e svolta in partenariato tra l'École des Hautes Études en Sciences Sociales di Parigi e la City University di New York, e docente a contratto presso il corso di laurea in Storia, Società e Culture del Mediterraneo dell'Università di Bologna. I suoi studi si concentrano sulle migrazioni femminili dal continente africano, la salute materna, le disparità riproduttive connesse ai rapporti di genere, classe ed etnia, le forme di razzismo ostetrico e altre forme di discriminazione vissute dalle popolazioni Afrodiscendenti e dalle popolazioni migranti di origine subsahariana in Europa e negli Stati Uniti. Tra le sue pubblicazioni: *L'isola dove non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative, genere e migrazioni* (2021).

## Riassunto

*Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie*

Questa parte monografica è esito di una riflessione avviata in occasione del panel "Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie" da noi coordinato nell'ambito del III Convegno Nazionale della Società italiana di antropologia culturale (SIAC). L'obiettivo è stato quello di rintracciare le tensioni politico-istituzionali, socio-sanitarie, tecno-scientifiche ed etico-morali connesse al periodo pandemico e post-pandemico a partire da contributi inerenti all'ambito dell'antropologia medica, della salute e della cura. I saggi propongono analisi ed elaborazioni teoriche basate su esperienze di ricerca esplorando se e fino a che punto la pandemia possa rivelarsi un'occasione per riflettere sulla multidimensionalità dei processi salute/malattia, e per ripensare il futuro delle politiche sanitarie.

*Parole chiave:* pandemia, sindemia, politiche sanitarie, disparità in salute, cura

## Resumen

*Experiencias y prácticas sanitarias en tiempos de pandemia. Tensiones, contradicciones y posibles escenarios para una futura política sanitaria*

Este número monográfico es el resultado de una reflexión iniciada con ocasión del panel “Experiencias y prácticas sanitarias en tiempos de pandemia. Tensiones, contradicciones y posibles escenarios para una futura política sanitaria”, que coordinamos en el marco del III Congreso Nacional de la Sociedad italiana de antropología cultural (SIAC). El objetivo era rastrear las tensiones político-institucionales, socio-sanitarias, tecno-científicas y ético-morales relacionadas con el periodo pandémico y post-pandémico a partir de aportaciones inherentes al campo de la antropología médica, de la salud, de los cuidados. Los ensayos proponen análisis y elaboraciones teóricas basadas en experiencias de investigación, explorando si y hasta qué punto la pandemia puede resultar una oportunidad para reflexionar sobre la multidimensionalidad de los procesos salud/enfermedad, y para repensar el futuro de las políticas sanitarias.

*Palabras clave:* pandémica, sindemia, políticas sanitarias, disparidades sanitarias, curación

## Résumé

*Expériences et pratiques de santé lors de la pandémie. Tensions, contradictions et scénarios possibles pour un futur des politiques de santé*

Ce numéro monographique est le résultat d’une réflexion initiée à l’occasion du panel «Expériences et pratiques de santé à l’heure de la pandémie. Tensions, contradictions et scénarios possibles pour un futur des politiques de santé» que nous avons coordonné dans le cadre de la 3<sup>ème</sup> Conférence Nationale de la Société italienne d’anthropologie culturelle (SIAC). L’objectif était de retracer les tensions politico-institutionnelles, socio-sanitaires, techno-scientifiques et éthico-morales liées à la période pandémique et post-pandémique à partir de contributions inhérentes au domaine de l’anthropologie médicale, de la santé et des soins. Les essais proposent des analyses et des élaborations théoriques basées sur des expériences de recherche, examinant si et dans quelle mesure la pandémie peut s’avérer être une occasion de réfléchir à la multidimensionalité des processus de santé/maladie, et de repenser l’avenir des politiques de santé.

*Mots-clés:* pandémie, syndémie, politiques de santé, inégalités de santé, soin

