

ANGELO TURCO

EPISTEMOLOGIA DELLA PANDEMIA

A Bergamo, a quelle bare

L'esperienza di un corso online. – Nei primi giorni di quarantena generalizzata, mentre crescevano al galoppo i numeri del contagio, gli ospedali si intasavano, le terapie intensive erano costrette a sperimentare i drammi etici della medicina d'urgenza¹, le bare di Bergamo – a cui voglio qui dedicare un pensiero commosso – venivano portate chissà dove dai camion militari, fummo in diversi ad avere la sensazione che la gente non capisse cosa stesse “veramente” succedendo. Un po' incredula rispetto all'enormità di quel che accadeva, un po' frastornata da azioni del Governo e delle autorità locali che, di qualunque cosa si trattasse, di fronte al progredire della malattia e della morte apparivano “sempre” inadeguate. Tanto più che sulla scena internazionale, a fronte di modelli di gestione della crisi sperimentati con successo in Asia orientale, e *in primis* in Cina – la culla dell'epidemia – e in Corea, andavano profilandosi comportamenti contraddittori: come quello di Boris Johnson, in Europa, poi allineatosi decisamente al modello di sanità pubblica italiano²; quello di Donald Trump negli Stati Uniti, quello di Jair Bolsonaro in Brasile.

Le persone apparivano seriamente preoccupate per le cure inefficaci che i medici riuscivano a dispensare, pur con la loro assoluta dedizione personale spinta al limite del sacrificio della vita³. Si definivano con più

¹ Il più noto dei quali può formularsi nel modo seguente: se ho due pazienti egualmente gravi – o addirittura in pericolo di vita – e posso curarne solo uno, chi scelgo? E perché?

² Come è noto, il premier britannico è stato a sua volta colpito dal coronavirus: scoperto positivo al tampone il 26/3, è stato dimesso dal St. Thomas Hospital di Londra il 12 aprile. Qui la sua prima dichiarazione da “guarito”:
https://www.youtube.com/watch?v=wkBbap_SIUw.

³ Si contano al 18 maggio 163 medici deceduti (in aggiornamento: <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19/>), 40 infermieri e 14 farmacisti.

chiarezza i tempi non immediati di messa a punto di un vaccino (da 12 a 18 mesi). Sconcertavano le voci discordanti di nuove figure che invadevano la scena comunicativa nella loro veste di “esperti” di sanità pubblica⁴ o di discipline scientifiche e mediche sconosciute ai più, con cui presto l’opinione quarantenata fu costretta a familiarizzarsi: virologi, infettivologi, epidemiologi, biologi molecolari, intensivisti. Sovrasta tutto questo quadro, una risposta mediatica inadeguata rispetto alla consistenza problematica non meno che alle plurime implicazioni e ramificazioni della crisi⁵.

In queste condizioni, e confortato dalla proposta del giornalista Paolo Chiariello di ospitare l’esperienza sul giornale *on line* “*juorno.it*” da lui diretto, maturò l’idea di realizzare un corso multimediale di “Epistemologia della pandemia”. Corso che effettivamente si è svolto, tra il 24 marzo e l’11 aprile, articolato in sei moduli⁶. Ne riproponiamo qui un resoconto necessariamente sintetico ma augurabilmente idoneo a rendere lo spirito di quell’esperienza con l’architettura informativa, didattica ed epistemica che la generò e, in un tempo breve ma molto intenso, la sostenne.

La mente del ricercatore, il funzionamento delle comunità scientifiche, gli impatti sociali della scienza

1. *In guisa di premessa: il modello popperiano.* – Come funziona la mente del ricercatore? Quali sono i passi che egli compie per “capire” quel che sta succedendo? E per l’appunto: che sta succedendo? La scienza che studia la dinamica della scienza si chiama epistemologia: un nome che a qualcuno può sembrare difficile, che però faremmo bene a tenere a mente se vogliamo capire la genesi e lo svolgimento di questa crisi. E renderci conto che le voci dei molti scienziati che stiamo sentendo in questi giorni sono solo apparentemente dissonanti, e a volte stridenti: di fatto esse re-

⁴ Capo della Protezione civile (A. Borrelli), Commissario straordinario per l’emergenza di Covid-19 (D. Arcuri) e varie figure di consulenti ed esperti reclutati anche localmente, la più nota e controversa delle quali è, in Regione Lombardia, certamente G. Bertolaso, già capo della Protezione Civile al tempo del terremoto dell’Aquila (2009).

⁵ Rinvio su questo specifico tema a Turco, 2020.

⁶ I moduli su “*juorno.it*” sono stati cliccati in media da circa 700 persone ciascuno (cfr. la pagina Facebook di Angelo Turco, post dell’11/4).

stano un “coro” e non la cacofonia di cui qualche incauto commentatore ha parlato, non solo sulla stampa. La “scienza della scienza” ci dice che la scienza, appunto, è un sistema interconnesso di comprensioni (Bourdieu, 2001). La prima di queste comprensioni riguarda il problema che stiamo studiando: e quindi, per dire, di che parliamo quando parliamo di Covid-19? La seconda riguarda la teoria, cioè le risposte “concettuali” che diamo alle interrogazioni di partenza: e quindi, se io ho “questo” problema che si chiama Covid-19, che strumenti ho per risolverlo? La terza riguarda l’uso di quegli strumenti: ciò che abitualmente si chiama “metodologia”. L’ultima, importantissima, è la “verifica empirica”: dato “quel” problema, con “quegli” strumenti, utilizzati in “quel” modo, ho risolto “veramente” e in quale misura il problema iniziale? In altri termini: se il problema è Covid-19 (problematica), io appronto certi strumenti per affrontarlo (teoria), li metto in pratica seguendo un certo percorso, li uso in un certo modo (metodologia), infine mi accerto che la realtà non smentisca la mia procedura (verifica o falsificazione empirica). Un modello popperiano, come si vede⁷. La comprensione migliore è quella che arriva al termine del processo cognitivo nel modo più “rapido” e più “efficace”: cioè “spiegando” quel che succede in modo chiaro (chiaro qui vuol dire inequivoco), accessibile a tutti (e quindi controllabile dalla comunità scientifica), suscettibile di essere messo a confronto con la realtà in modo da poter dare una valutazione di “quanto” la spieghi.

2. *La metafisica influente.* – Naturalmente, non bisogna interpretare in modo troppo meccanicistico il “modello popperiano”. Sulla mente del ricercatore impatta anche una “metafisica influente”, largamente implicita, che potremmo definire come l’insieme dei fattori extra-scientifici che incidono “in qualche modo” sull’attività scientifica. Tra essi, la casualità, un evento memorabile (un incontro, una festa, un lutto, una lettura)⁸; una credenza religiosa; un orientamento ideologico; e molto altro.

⁷ Per tutti: Popper, 2010; Id., 1976. Opportuno, data la natura ibrida della pandemia, problema insieme medico e sociale, come si vedrà, Id., 1986. Rinvio, per un raccordo con la riflessione geografica su questi temi a: Turco, 1987.

⁸ Per restare alle discipline geografiche, Walter Christaller (1893-1969), padre di una teoria famosa e figura-chiave per la ricostruzione epistemica della geografia contemporanea, ricorda che, alla fine, si è messo a fare quel mestiere per via di un certo “Atlante del mondo” che gli fu regalato da bambino...

Ma vi sono anche altri fattori che impattano col modello popperiano standard, e che possiamo situare a mezzo, tra quelli scientifici e non scientifici: cioè sono ibridi, partecipano di una duplice natura. La carriera – universitaria o altra – è certamente uno di questi fattori ibridi: faccio certe scelte (ad esempio decido di fare il medico infettivologo piuttosto che il pediatra), in parte per inclinazione di ricerca, in parte perché mi si offre un’opportunità⁹...

Tuttavia, il più noto e potente dei fattori ibridi può essere considerato quello che l’epistemologo e storico della scienza T. Kuhn chiama “paradigma scientifico”¹⁰. Di che si tratta? Faccenda tanto complessa quanto affascinante, che ha il suo momento di avvio nella pubblicazione del libro di Kuhn “La struttura delle rivoluzioni scientifiche” nel 1962. Possiamo intanto dire che un paradigma scientifico è “una costellazione di credenze, valori, tecniche, esempi” che informa l’agire del ricercatore, lo motiva e lo gratifica, facendolo sentire membro di questa o quella comunità (io sono un fisico, uno storico, un biologo, un farmacologo, un economista). Quando la scienza evolve all’interno di un determinato paradigma, viene detta “normale”: procede per piccoli passi, per accumulazioni progressive, per “addizioni” che rispettano la regola della compatibilità delle conoscenze che si vengono via via acquisendo. Ma arriva un momento nel quale il “paradigma” non funziona più, non risolve più i problemi che la ricerca si pone, per impulsi interni o sotto la spinta dei bisogni sociali emergenti (economici, politici, etici e, chiaramente, sanitari). Si apre allora una fase “rivoluzionaria” per la scienza, in cui viene sconvolto non già il modello popperiano, ma i modi in cui quello stesso modello veniva interpretato dai ricercatori: cambiano i problemi di cui ci si occupa, cambiano le teorie e, nel loro ambito, le ipotesi di base su cui

⁹ Massimo Quaini (1941-2017), maestro di Geografia proveniente da studi storico-filosofici, racconta di un suo approdo del tutto contingente alla disciplina di cui ha in seguito contribuito a rinnovare i “paradigmi”, dei quali parleremo più oltre. La sintesi di una documentazione più vasta raccolta dallo scrivente e da Marco Maggioli, nell’ambito di un progetto di Angelo Turco patrocinato e finanziato dalla Società Geografica Italiana e fortemente voluto dal suo presidente Franco Salvatori, in: https://www.youtube.com/results?search_query=memoria+di+una+generazione.

¹⁰ Kuhn, 2009. Per un confronto critico tra le posizioni di Popper e di Kuhn: Lakatos, Musgrave (a cura di), 1980. Sulla circolazione di queste tematiche presso i geografi, si possono vedere, anche comparativamente: Celant, Vallega (a cura di), 1984; e, da ultimo, Lando, 2020.

si lavora, cambiano le metodologie che si applicano per mettere a confronto le teorie con la realtà (verificazione o falsificazione empirica). La questione delle “metodologie” è particolarmente importante perché è in base ad esse, ai protocolli che le formalizzano, che si stabiliscono quelle che i ricercatori chiamano “evidenze”, ossia le prove che le “teorie” reggono all’impatto con i fatti: l’aereo non cade, il farmaco ti guarisce invece di ucciderti e così via.

3. *Scienza e società*. – I nessi che intercorrono tra scienza e società sono molteplici e fittamente intrecciati. Proviamo a riassumerli così:

- i. La scienza è un’impresa sociale: nasce e si sviluppa nel seno di dinamiche collettive (più o meno forti, più o meno esplicite), anche se poi è un singolo ricercatore che arriva per primo alla “scoperta”¹¹.
- ii. Il carattere di “impresa sociale” si accentua in età contemporanea, fino ad istituzionalizzarsi, seppure con tempi, ritmi e modalità diverse nei diversi “Stati nazionali” e ambiti culturali: e ciò, per avere un punto di riferimento in Occidente, a partire dalla Rivoluzione Borghese e dalla Rivoluzione Industriale, quindi più o meno nell’ultimo quarto del ’700¹².
- iii. Che voglia o no, che sappia o no, che abbia o no uno scopo pratico diretto e visibile, il ricercatore – così come le comunità scientifiche di appartenenza – vive “strutturalmente” una condizione sociale: in quanto “ricercatore” e non solo in quanto “cittadino” e in quanto “persona”¹³.

¹¹ Vorrei menzionare, per le scienze mediche, il solido inquadramento di Cosmacini, 2019; e, per qualche aspetto epistemico rilevante in questa sede, almeno: Corbellini, 2014, particolarmente attento al processo storico di categorizzazione delle infermità. La natura altamente dialettica dei saperi medici mostra le sue radici ontologiche in diverse grandi tradizioni mediche (arabo-islamiche, buddiste, indù) e, fin dall’antichità, nella stessa tradizione occidentale: Gazzaniga, 2014. Fondamentale rimane, ai fini che qui importano, la riflessione di: Foucault, 1969.

¹² Per le discipline geografiche imprescindibile riferimento resta Capel, 1987. Sull’importante esperienza della Francia, Berdoulay, 2008; ed anche: Id., 1991.

¹³ Per approfondimenti eventuali su questo punto, essenziale Weber, 1997. Per capire i complessi intrecci, anche psicologici, che legano i paradigmi scientifici con gli statuti professionali e sociali, valga il romanzo di: McCormach, 1990.

Che tipo di problema è “Covid-19” ovvero quanti problemi si chiamano “Covid-19”? – La crisi pandemica assume il profilo di un insieme denso di problematiche, fortemente reticolarizzate¹⁴. Come vengono studiati questi problemi è fatto che pertiene alla comunità scientifica. Ma come quegli studi danno origine a pratiche mediche, a comportamenti sociali? Come se ne affronta la comunicazione e da parte di chi e nei confronti di chi? Intendiamo, per essere più precisi: in quale situazione enunciativa¹⁵? Rispondere a questa tipologia di domande significa almeno evocare le strettoie in cui sono portate (oppure obbligate) a connettersi informazione e comunicazione per ottimizzare la trasmissione della prima e neutralizzare i possibili inconvenienti della seconda.

1. Il cluster problematico. – La crisi è unica, si capisce, ma presenta diversi aspetti, ognuno dei quali mostra a sua volta sfaccettature differenti. Capire “quel che succede”, interrogarsi sulla crisi, significa dunque immaginarsela come un “cluster problematico”, nel modo rappresentato in figura 1. Ogni elemento problematico del “cluster” è:

- i. Specifico, ossia presenta caratteri e profili evolutivi suoi propri;
- ii. Interconnesso, ossia posto in relazione strutturale con tutti gli altri elementi del “cluster”, nel senso che li influenza e ne è influenzato, agendo con l’insieme e tuttavia mantenendo rispetto a quest’ultimo una sua dinamica individualizzata ancorché non evidente.

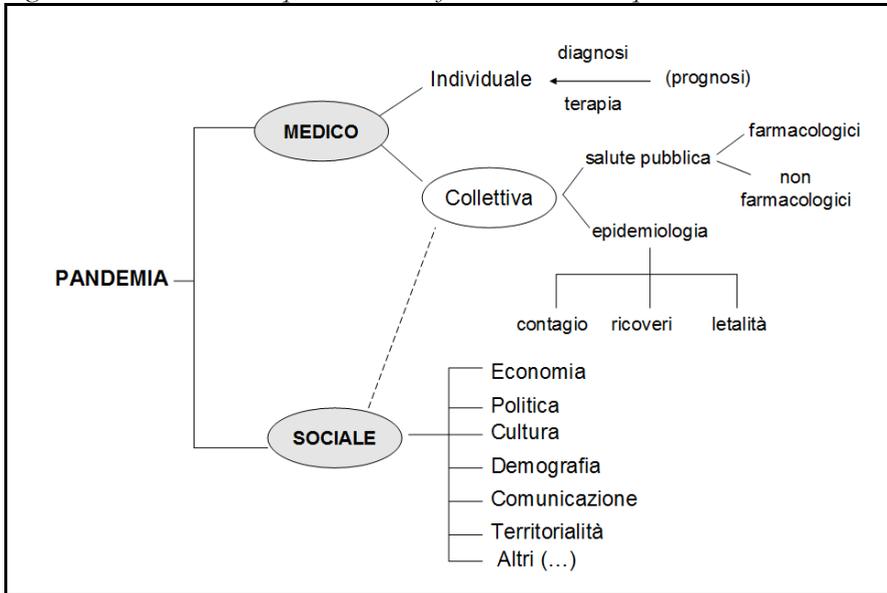
Sicché, per capire di cosa stiamo parlando quando diciamo “Covid-19” dobbiamo capire intanto “dove” ci sistemiamo, ad esempio sul piano medico o su quello sociale. Contemporaneamente, dobbiamo sapere se ci muoviamo in un orizzonte di “specificità” oppure in uno di “interconnessione”. Una produttiva ipotesi di lavoro, quando si tratta di studiare una situazione comunicativa, è che quando si tratta di specificità di un elemen-

¹⁴ L’identificazione dei problemi e il modo stesso di por(se)li costituisce un atto epistemico fondamentale, che gli studiosi hanno tendenza a sottovalutare. Cfr. Meyer, 1995.

¹⁵ Deve essere chiaro che un conto è se il Prof. X, virologo, va in un Congresso scientifico a presentare i risultati delle sue ricerche, altro e completamente diverso conto è se va in televisione a spiegare al grande pubblico questo o quell’aspetto delle sue indagini. La posizione enunciativa, qui posta nel modo più elementare, viene scarsamente percepita nella sua densità problematica e ben raramente viene colta in tutte le sue implicazioni (Foucault, 1998).

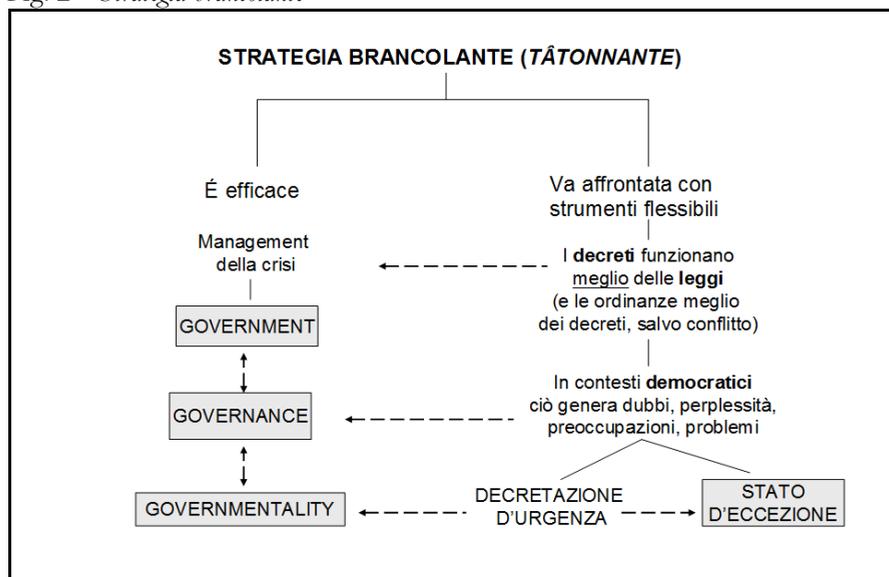
to ci muoviamo abbastanza correttamente mentre abbiamo più difficoltà ad individuare le interconnessioni tra un elemento e tutti gli altri.

Fig. 1 – Covid-19 non è un problema scientifico, ma un “cluster problematico”



2. *Strategie brancolanti.* – La complessità del “cluster problematico”, la reticolarità degli elementi in gioco, l’obbligo di agire contemporaneamente sulle specificità e sulle connessioni, la pluralità delle situazioni enunciate, con i “morti per strada”, vale a dire la necessità di agire in situazioni di emergenza, mette il sistema deputato a gestire la crisi nella condizione di dover procedere per tentativi¹⁶. Avanzando speditamente, per quanto è possibile, e correndo, pertanto, rischi di errore anche alti. È il senso della “strategia brancolante” presentata in figura 2.

¹⁶ L’urgenza, come nota Aubert (2003), impone di agire istantaneamente, impedendo spesso di distinguere “l’essenziale dall’accessorio” e ponendo la crisi, dunque, in un contesto permanente di ridondanza operativa per “mancanza di tempo”. Un’attenzione crescente per la dimensione temporale dell’esperienza pandemica, anche con riferimento alle politiche urbane che andranno a disegnarsi per “uscire dalla crisi”, si va affermando in Francia, https://www.liberation.fr/debats/2020/05/23/individus-organisations-et-territoires-pour-un-droit-aux-temps_1789122?fbclid=IwAR3PQIUfCzIQnIwnXlvsu80MMEXBZ_xoCPR2KM8v9TB51CyWcwz5vqEbcHA anche per impulso del geografo Luc Gwiazdzinski, studioso delle geografie dei movimenti collettivi, per cui rinvio a Floris, Gwiazdzinski, 2019.

Fig. 2 – *Strategia brancolante*

Tale strategia è lo strumento flessibile che permette di affrontare la crisi mantenendo al sistema e ai suoi singoli operatori: i. la reversibilità delle scelte, vale a dire la possibilità di tornare indietro se è stata imboccata una pista sbagliata o inconcludente, perlomeno nel breve periodo (percorso di ricerca, opzione operativa)¹⁷; ii. di cambiare i percorsi di indagine o di intervento adattandoli mano a mano che le nostre conoscenze della crisi mutano o aumentano.

Strumento flessibile, la strategia brancolante esige l'impiego di strumenti a loro volta flessibili, anche se questi possono rivelarsi talora rischiosi, come detto, per un motivo o per un altro. Particolarmente delicato è l'ambito giuridico nel quale si sviluppa la strategia. Tanto più rapidi e puntuali sono, in effetti, gli attrezzi normativi, tanto più efficaci sono i movimenti adattativi richiesti dalla strategia. Per questo diciamo che i decreti, in questo contesto, sono migliori delle leggi e addirittura, a scala locale, le ordinanze sono migliori dei decreti. Facendo salva la possibilità di conflitto, che dovrebbe essere in ogni caso risolto secondo un criterio generale di gerarchia delle norme. Ciò dovrebbe poter tutelare i sistemi

¹⁷ È il senso di una riflessione che almeno da un ventennio reclama un'estensione del "principio di precauzione" nella gestione di tutte le situazioni di crisi: Godard O. *et al.*, 2002.

politico-sociali anche dai rischi dello “Stato d’eccezione”, vale a dire di sospensione delle garanzie ordinarie a tutela dei diritti fondamentali e della libertà del cittadino¹⁸. In queste condizioni, la gestione della crisi dovrebbe potersi svolgere in condizioni di efficacia ai tre livelli foucaultiani di: i. *government*, il più operativo e volto ad affrontare situazioni puntuali; ii. *governance*, maggiormente orientata da principi e volta alla soluzione di obiettivi ampi e multiscalarari; iii. infine la *governmentality*, ispirata da visioni complessive, di ordine politico e culturale¹⁹.

3. *Informazione e comunicazione*. – La crisi pandemica è una “fabbrica di informazioni” e, allo stesso tempo, un “ambiente di apprendimento”. Genera informazioni e le comunica, nel seno della “strategia brancolante” che regge tutto il processo di comprensione e di gestione della crisi (Crozier, Friedberg, 1977), nei tre livelli della governamentalità individuati da Michel Foucault e richiamati nella figura 2. D’altro canto, tutti i livelli governamentali (*gouvernement, governance, governmentality*), si confrontano col rischio incombente, ma necessariamente da correre, dello “Stato d’eccezione”.

Occorrerà notare, anche in rapporto a quanto abbiamo detto nel primo paragrafo, che in via di massima i ricercatori comunicano tanto più facilmente, intensamente e produttivamente tra loro, quanto più, all’interno di una disciplina data (la fisica, la chimica, la geografia; e quindi la virologia, l’epidemiologia, l’anestesiologia, la pneumologia o la cardiologia), appartengano a un medesimo paradigma. Volendo riprendere i termini kuhniiani, l’efficacia di questa comunicazione è “massima” (anche se non sempre “ottima”) in condizioni di “scienza normale”. I ricercatori che, nell’ambito di una stessa disciplina, appartengono a paradigmi diversi (e a specialità diverse) allentano via via l’intensità della comunicazione, fino a comunicare tra loro “poco e male”.

All’inverso, i ricercatori comunicano con intensità ed efficacia decrescente quando appartengano a discipline differenti. Un’importante eccezione può essere forse rappresentata dalla costituzione di quelli che I. Lakatos chiama “Programmi di ricerca”, che nascono per rispondere a problemi nuovi su base interdisciplinare (Lakatos, 2001).

¹⁸ Ricordo, tra l’immensa letteratura: Schmitt, 2014; Agamben, 2003.

¹⁹ Tra i testi foucaultiani che presentano rilievo per il modo in cui è qui trattato il tema in oggetto, mi limito a richiamare Foucault, 2004.

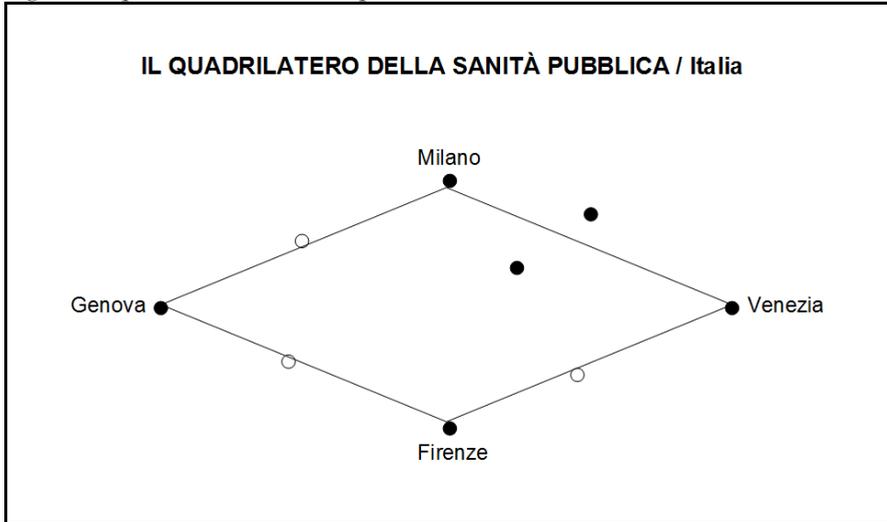
D'altro canto, i ricercatori non sono abituati (e non hanno una spiccata propensione, salvo personali eccezioni) a comunicare in ambiti extra-scientifici: in particolare in ambito sociale e politico. Ciò presenta delle implicazioni importanti sul piano della chiarezza ed efficacia delle informazioni divulgate. È appena il caso di richiamare come, in conseguenza di ciò, sia vulnerabile sul piano della manipolabilità (mediatica, politica e d'altro genere) il discorso scientifico pubblico²⁰. Di più, come racconteremo nell'apologo conclusivo, quando gli scienziati e i medici X, Y, Z vanno in televisione a spiegare quello che fanno (e perché fanno ciò che fanno e non altro), ci vanno non solo nella loro veste di "ricercatori" (una veste che non dismettono mai), ma ci vanno altresì nella loro veste di "attori sociali": ad esempio, sono professori universitari o dirigono laboratori ospedalieri; come tali prendono uno stipendio pagato dallo Stato con il denaro dei contribuenti. Essi sono, pertanto, figure pubblicamente riconosciute ed investite di un certo ruolo. In virtù del quale si assumono certe responsabilità, che vanno ad aggiungersi a quelle che derivano loro dalla "*forma mentis*" e dalla personale metafisica influente. La comunicazione pubblica della ricerca appare dunque come una performance particolarmente delicata. Sebbene attribuibile al singolo soggetto, essa ha ricadute sulle istituzioni e le comunità di appartenenza, e quindi sulla credibilità stessa della scienza²¹.

La dimensione sanitaria della crisi: tra passato e futuro

1. *Uno sguardo al passato.* – Con riguardo alle crisi epidemiche, il nostro Paese offre un ambito di osservazione estremamente istruttivo di come è venuto configurandosi il rapporto sanità/società, tra Medioevo ed Età Moderna (Fig. 3).

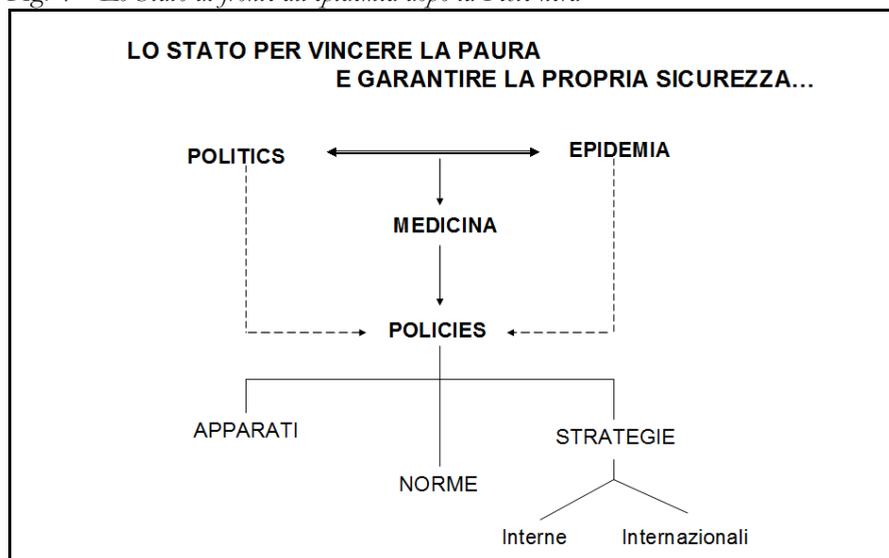
²⁰ Per intendere più a fondo i rischi di contesto qui evocati, rinvio a Breton, 2000.

²¹ Sulla rilevanza epistemica del complesso rapporto tra ricerca e ruoli sociali dello scienziato, rinvio al fondamentale Bourdieu, 2003.

Fig. 3 – *Il quadrilatero della sanità pubblica in Italia settentrionale*

Il quadrilatero d'oro, quello in cui si inventa e si perfeziona la “Sanità Pubblica”, si sviluppa tra Genova, Firenze, Venezia e Milano, con il rosario delle città che dentro e fuori vi si localizzano (Bologna, Torino, Livorno, che peraltro è il porto del Granducato, dotato di una sua autonomia nel tema che ci occupa). Il nodo centrale di questo rapporto è certamente la creazione di un ambito di intervento dello Stato che si afferma con il nome, appunto, di sanità pubblica (Fig. 4). Di che si tratta? Ci troviamo di fronte all'esito storico della presa di coscienza che dopo la Peste Nera (1348 e seguenti) gli Stati più ricchi e potenti d'Europa eseguono: l'epidemia (la peste) non è solo un motivo di perturbazione fisica (decimazione delle popolazioni) e spirituale (paura, ascesa delle superstizioni, ripresa dei riti e dei culti religiosi) degli Stati, ma è un elemento centrale della loro vulnerabilità²².

²² Mi limito a citare in argomento, per il nostro Paese, i lavori di Vanzan Marchini, 2004; e di Carpentier, 1993; accanto ai fondamentali studi di Cipolla, 1989; Id., 2007; Id., 2012; Id., 2013.

Fig. 4 – *Lo Stato di fronte all'epidemia dopo la Peste nera*

In quanto tale, va considerata come un “nemico” non solo quando c’è, ma anche quando non c’è: esattamente come si fa con le potenze vicine e lontane, che da amiche possono trasformarsi in nemiche e minacciare in qualunque momento la sicurezza dello Stato. Per questo si sviluppano le “politiche estere”, si tessono i rapporti politici e commerciali, i trattati, le alleanze, le intese.

La sanità pubblica punta a difendere la salute dei cittadini e, insieme, la tenuta dello Stato in caso di epidemie. Per far questo, da una parte si affida alla medicina e all’organizzazione. Tra le due, la prima corre assai meno veloce della seconda: nel seicento, all’epoca della peste “manzoniana”, il medico è assai meno efficace (e dunque importante) dell’ufficiale di sanità, cioè degli apparati dello Stato che, sulla base di apposite norme e valendosi di specifiche istituzioni di confinamento e controllo (lazzaretti, ad esempio) cercano di limitare il contagio arginando gli effetti più devastanti sulle popolazioni e, nella stessa e forse superiore misura, sulle istituzioni e sulle economie.

Dall’altra parte, gli Stati più avveduti sviluppano una politica internazionale specificatamente ispirata dalla sanità pubblica e da essa gestita: scambio di informazioni, missioni di verifica e di controllo negli Stati esteri, controlli in entrata e in uscita, politiche daziarie e tariffarie, procedure rigide di confinamento e di ammissione nei rispettivi territori nazio-

nali. Tutto questo ha delle implicazioni fortissime in materia commerciale: sicché la sanità pubblica diventa un tassello di quest'ultima. Un tassello ingombrante, per vero, perché non sempre gli interessi della mercatura coincidono con quelli della sanità per cui le differenti magistrature possono entrare in conflitto più o meno larvato.

Quel che oggi osserviamo, particolarmente nello svolgimento della crisi del coronavirus, è il riflesso di questa consolidata cultura pubblica della salute, che muove da concezioni complessive di “*politics*” per tradursi, ove possibile col supporto medico, in insiemi più o meno strutturati di “*policies*”. Il tutto, calato in un contesto globalizzato di relazioni particolarmente fitte, segmentate, intrecciate, che offrono ai quadri epidemici una loro peculiarità molto contemporanea (Vineis, 2014; Cliff, Haggett, Smallman-Raynor, 2004).

Le azioni concrete, a loro volta si basano su apparati *ad hoc*, anzitutto: le antiche “Magistrature di Sanità”, oggi, le vediamo declinate come “Protezione civile”, ad esempio, o anche “Commissariati straordinari”, “Task force” e così via. Queste scendono in campo, o sono attivate *ex novo*, in periodi di emergenza sanitaria, affiancando quelle che sono le magistrature ordinarie della sanità pubblica, *in primis* Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, per citare, da noi, solo le principali istituzioni centralizzate. La magistratura sanitaria d'emergenza opera col supporto di un armamentario giuridico (leggi, decreti di vario genere e natura, ordinanze locali) che affianca ai quadri normativi ordinari anche regolamentazioni specifiche, che possono andare dalla disciplina di interventi puntuali e localizzati fino alla sospensione dei diritti fondamentali del cittadino, come in qualche modo avviene con il “confinamento”²³.

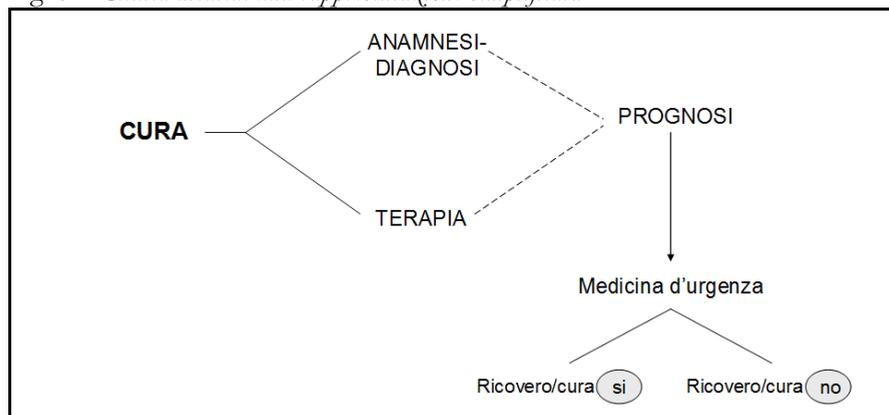
2. *Clinica, virologia/epidemiologia, sanità pubblica*. – Seguendo la struttura del “cluster problematico” presentato in figura 1, continuiamo a concentrarci sugli aspetti che possiamo dire “sanitari” della pandemia, rilevandone le connessioni più evidenti con gli aspetti sociali che vedremo più oltre. Gli

²³ È il cosiddetto “Stato d'eccezione”, come s'è accennato, che comprime per un più o meno lungo periodo le libertà costituzionalmente riconosciute, evocato per vero senza troppa convinzione anche nel corso della crisi epidemica italiana attuale. Non manca, in questa crisi, l'uso banalizzato del concetto, largamente strumentalizzato a fini di polemica politica, come si potrà vedere anche più oltre, nell'ultimo paragrafo.

aspetti sanitari, a loro volta, ricomprendono tre ambiti tematici e quindi tre nuclei problematici, differenti ancorché più o meno strettamente collegati.

Il primo riguarda più propriamente la dimensione individuale e clinica: il singolo malato deve essere curato come tutti gli altri malati, in strutture dedicate (reparti Covid), appropriate (ospedali, case di cura, pronti soccorsi) o “in qualche modo” (per esempio a domicilio). Con il termine “clinica” si indica, come è noto, “l’arte di curare il malato a letto; quindi, nell’accezione comune, la parte delle scienze mediche indirizzata allo studio diretto del malato e al conseguente [suo] trattamento” (Treccani). La figura 5 riassume in uno schema semplificato i contenuti della clinica, rappresentando l’ “atto ipocratico” come dice Cosmacini nella sua compiutezza. Si includono così la diagnosi medica e la terapia, con un rinvio all’anamnesi e una rilevante estensione della “prognosi” concernente la medicina d’urgenza la quale si impone o può imporsi al medico in fasi di elevata pressione dei malati sulle strutture sanitarie. Nel caso in cui fosse impossibile curare tutti, ed occorra dunque scegliere tra i molti pazienti chi immettere nei percorsi terapeutici, si pone il problema del criterio o, piuttosto, dei criteri su cui basare la scelta²⁴.

Fig. 5 – *Clinica medica: una rappresentazione semplificata*



²⁴ È un problema etico, categoria alla quale faremo cenno anche in seguito, che si configura comunque in un quadro di “scelte tragiche”, per usare un’espressione ben nota. Si veda., tra i molti, il dibattito di impianto giuridico in:

<https://www.giustiziainsieme.it/it/diritto-dell-emergenza-covid-19/942-scelte-tragiche-e-covid-19>.

La diagnosi di Covid-19 ricomprende due distinti ma congiunti momenti legati all'individuazione dell'infezione e alla malattia vera e propria. Basata sul "tampone" e/o su test molecolari, la diagnosi di infezione apre questioni particolarmente spinose. Tra queste, quando e a chi fare il tampone: sintomatici, asintomatici, pauci-sintomatici? Dopo qualche incertezza, si registra una convergenza sul "tampone a tutti". Questa ipotesi si rivela presto (e tutt'oggi, a fine maggio, ancora appare) impraticabile per una iniziale mancanza di tamponi presto sostituita, come carenza di sistema, dalla mancanza di reagenti. Insomma, il test, la prima "T" dell'OMS, non sembra funzionare nel percorso diagnostico²⁵. Relativamente alla diagnosi della malattia, l'epidemia ha mostrato in pieno la sua natura di "ambiente di apprendimento" poiché nel giro di poche settimane si è passati da una generica "malattia da Covid-19" pensata come esito degli attacchi del virus alle vie respiratorie, con sviluppi "profondi" e particolarmente temibili di "polmonite interstiziale", a una percezione sempre meglio documentata di "patologia sistemica" in grado di aggredire tutti gli organi, e non solo quelli respiratori, dove pure risiede la forma rilevata come più grave di coagulazione intravasale disseminata (trombo-embolia polmonare).

La terapia distingue due momenti fondamentali (Fig. 6), uno farmacologico e uno di supporto, sostenuti entrambi da operazioni di igiene particolarmente scrupolose nei luoghi di cura.

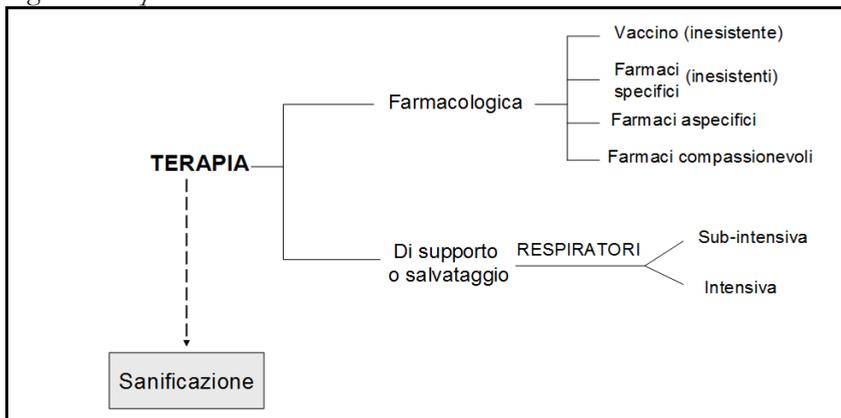
Il secondo nucleo problematico, a cavallo tra la dimensione individuale e collettiva, riguarda lo studio dell'agente patogeno (virologia) e il modo in cui si diffonde tra le persone e sul territorio (epidemiologia). Gli studiosi, in un certo senso, raccolgono da un versante e trasmettono nell'altro, in entrambe le direzioni, arricchendo il lessico corrente di tutta una serie di vocaboli ad alta densità concettuale che non sempre vengono utilizzati correttamente²⁶.

²⁵ Le altre due "T" hanno a che fare con il "tracciamento", vale a dire l'individuazione dei percorsi di diffusione del virus attraverso il monitoraggio degli spostamenti e dei contatti dei soggetti infetti (adottato con particolare successo nel cosiddetto "modello coreano"), e con il "trattamento" del malato. In Italia il tracciamento, ad inizio della cosiddetta "fase 2", seguita al deconfinamento (18 maggio 2020), è ben lontano dall'essere operativo. Quanto al trattamento, al quale si stanno dedicando molti sforzi tanto sul piano nazionale come su quello internazionale, la terapia resta "aspecifica", mentre il vaccino richiede, come si sa, protocolli di sperimentazioni piuttosto lunghi.

²⁶ E ciò, se ha una rilevanza modesta dal punto di vista del "parlanti ordinari",

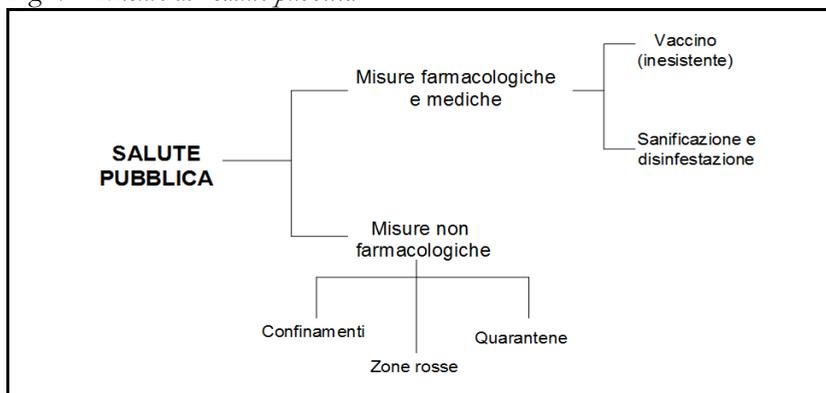
Il terzo nucleo problematico riguarda la dimensione collettiva e coinvolge in misura massiccia le istituzioni pubbliche nei loro apparati tecnico-organizzativi (sanità, protezione civile, ordine pubblico) e politici. In pratica si tratta di un ibrido in cui aspetti clinici, epidemiologici e di sanità pubblica si intrecciano.

Fig. 6 – *Terapie mediche anti-Covid-19*



La figura 7 offre un quadro sinottico delle misure in questione. Ciò consente di limitare qui i richiami a due aspetti di fondo. Uno ha a che fare con l'efficacia delle misure di distanziamento sociale.

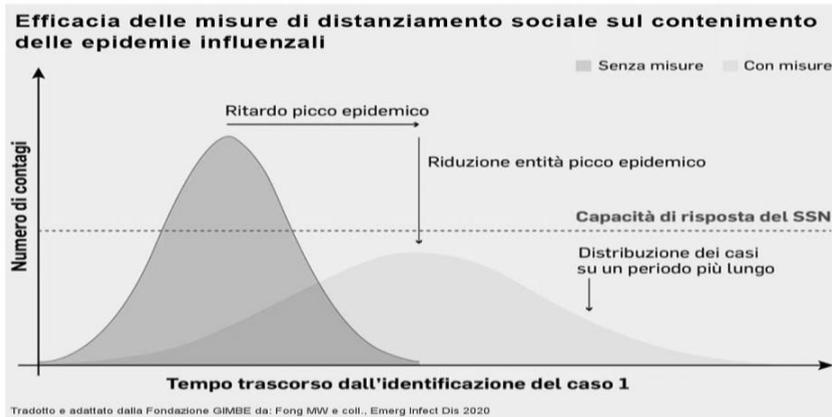
Fig. 7 – *Misure di "salute pubblica"*



assume un rilievo pesante nella comunicazione pubblica, sia essa dei media o delle istituzioni. Tra i termini più diffusi: replicazione virale, sequenza (sequenziato), DNA/RNA, memoria immunologica, R-con-0.

Queste puntano a “comprimere” e a “ritardare” il picco epidemico. Nell’illustrazione proposta (Fig. 8), si ipotizza che per effetto del distanziamento, e quindi del ritardo e della riduzione del picco, la crisi epidemica possa essere contenuta entro i limiti della capacità di risposta del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). In questo quadro, si pone il problema del “*setting* assistenziale”, giacché si osservano su base regionale modalità diverse di assistenza. Queste ultime, infatti, non riflettono le modalità “nazionali” di politica sanitaria (chi viene ricoverato, a quale stadio della malattia, in quale reparto...), ma, piuttosto, gli orientamenti delle singole Regioni (competenti in materia sanitaria) e, soprattutto, la pressione delle urgenze nelle differenziate situazioni locali.

Fig. 8 – *Efficacia delle misure di distanziamento sociale*



Epidemia e società. – Il risvolto sociale del “cluster problematico” (Fig. 1) è vastissimo ed assai articolato. Proviamo di seguito ad annotare taluni percorsi fondamentali, ognuno dei quali può essere ulteriormente affinato e specificato.

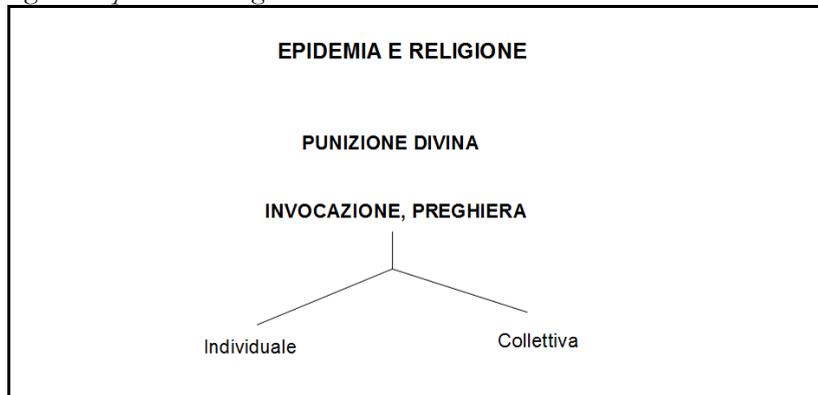
1. *La cultura epidemica come religione, come etica, come arte.*

La religione.

La religione sovrasta, si può dire, la cultura dell’epidemia (Fig. 9) e le pratiche conseguenti, ispirando opere d’arte numerosissime e di immenso valore. Nella tradizione occidentale, le attestazioni sono antiche e vanno dalla poesia epica di Omero ai resoconti storici: già Tucidide

(*Guerra del Peloponneso*) ricorda le invocazioni e i sacrifici agli dei in occasione dell'epidemia attica.

Fig. 9 – *Epidemia e Religione*



L'epidemia è considerata non di rado come una punizione di Dio nei confronti di un'umanità peccatrice, indegna del suo amore e, dunque, della sua protezione. Come che sia, di fronte a un male terribile e misterioso, che decima le popolazioni e infligge tanta sofferenza, ci si rivolge a Dio invocandone il perdono per gli eventuali peccati e soprattutto la benevolenza perché allontani al più presto la pestilenza dalla città e dal territorio. Si pone, qui, il dilemma delle invocazioni e delle preghiere collettive che se da una parte sono molto più potenti di quelle individuali (e quindi da incoraggiare), dall'altra parte sono occasioni di contagio (e quindi da scoraggiare).

L'etica.

L'etica intercetta a diverse riprese e sotto molte forme l'esperienza epidemica. Qui richiamiamo tre nodi importanti. Il primo ha a che fare col tema già sollevato della "medicina d'urgenza" quando si trova a dover scegliere (tragicamente) quale paziente curare e salvare tra due, non potendoli assistere entrambi. Il secondo concerne il tema della "sperimentazione accelerata" quando, per mettere a punto un più efficace sistema di cura, non rispetta integralmente i protocolli e punta al "risultato efficace" a discapito del "risultato sicuro", cioè privo di effetti collaterali per il paziente. Il terzo, infine, investe il tema dell'"occultamento statistico" del valore della vita, venuto alla luce precipuamente in occasione del

coronavirus. Si tratta del confronto tra due ragioni, che vale la pena seguire. La prima dice: non fermiamo niente, niente misure di confinamento, non rechiamo danni pesantissimi all'economia che produrranno a loro volta temibili conseguenze sociali. E ciò perché abbiamo visto che, alla fine, la letalità è infima in rapporto alla popolazione totale, è modesta in rapporto agli infetti (reali e non solo quelli censiti) e perché le categorie a rischio sono gli ultrasessantacinquenni, su cui concentriamo gli sforzi di prevenzione del contagio con i confinamenti. Corriamo dunque il rischio di un'espansione incontrollata del contagio, poco letale, che peraltro dovrebbe essere temperata da una qualche "immunità di gregge"²⁷. È la posizione sostenuta dal Regno Unito (poi abbandonata di fronte a una impressionante stima delle morti possibili) e degli Stati Uniti (poi temperata, per gli stessi motivi). La seconda ragione dice: affronto i disagi sociali e i costi economici del contenimento capillare del contagio (modello cinese, modello coreano, modello italiano, seguito da diversi altri Paesi, specie europei). E ciò, si dice, perché conosciamo poco del comportamento del virus e, dunque, non ne sappiamo a sufficienza della sua aggressività (tutte le classi d'età sono a rischio, seppure in modo differenziato) e della sua letalità (le morti possono essere superiori anche di molto a quanto oggi prevedibile). In ogni caso, si sostiene, "una vita è una vita" e salvarne pur solo una, piuttosto che perderla, è un obiettivo che vale la pena perseguire, anche politicamente, quali che siano i costi economici e sociali da pagare.

L'arte.

Nelle sue molteplici espressioni – dalla letteratura alla musica, passando per le arti visuali, plastiche, performative, come la recitazione o la danza – l'arte riflette ed alimenta l'esperienza pandemica. Nutre l'immaginario sociale e potentemente se ne nutre, attingendo alle conoscenze scientifiche, alla memoria collettiva, alle situazioni locali, allo spirito del tempo, senza dimenticare le esigenze della committenza. Va sot-

²⁷ L'immunità di gregge, la cui soglia minima varia a seconda dell'infezione, "indica quel fenomeno per cui, una volta raggiunto un livello di copertura vaccinale (per una determinata infezione) considerato sufficiente all'interno della popolazione, si possono considerare al sicuro anche le persone non vaccinate. Il motivo è chiaro. Essere circondati da individui vaccinati e dunque non in grado di trasmettere la malattia è determinante per arrestare la diffusione di una malattia infettiva"

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/glossario/immunita-di-gregge>.

tolineato peraltro che, di là dai contenuti estetici, stilistico-formali, iconologici, la rappresentazione artistica dell'epidemia si connette ad un posente *network* ideologico, politico, economico che coinvolge praticamente l'intera società. In questo senso, possiamo dire che l'arte rappresenta un nucleo inaggrabile degli orientamenti e dei saperi, dei bisogni e delle aspirazioni espresse dai corpi collettivi. Data la natura tentacolare del tema, si segnala l'opportunità di approfondire nelle varie discipline artistiche i modi d'espressione dell'epidemia²⁸. Col Riquadro 1, si propone un approfondimento sulle implicazioni plurime della rappresentazione artistica in uno snodo geografico e politico della cultura epidemica pre e post-rinascimentale come Venezia²⁹.

²⁸ Nel Corso *on line* di "Epistemologia della pandemia" abbiamo proposto tre "esercitazioni", concernenti:

La pittura/Selezionare almeno due dipinti incentrati sull'epidemia (peste o altro) per i diversi casi, e sviluppare le proprie riflessioni sugli aspetti estetici, descrittivi, simbolici, iconologici (e altri, a scelta) relativamente alle seguenti città: Milano; Firenze; Roma; Napoli.

Il cinema/Elaborare la recensione di uno dei film seguenti, ponendo al centro dell'attenzione l'epidemia: *Contagion*, di Steven Soderbergh (2011); *Il settimo sigillo*, di Ingmar Bergman (1957).

La letteratura/Recensire i seguenti romanzi, concentrandosi sui vari aspetti dell'epidemia: D. Defoe, *Diario dell'anno della peste*, Elliot, Roma, 2014; A. Camus, *La peste*, Bompiani, Milano, u.e.; J. Saramago, *Cecità*, Feltrinelli, Milano, 2013.

Quanto mai opportuna sembrerebbe una lettura ecfrastrica delle arti, che potrebbe concentrarsi sulla messa a confronto di cinema e letteratura, ad esempio con: T. Mann, *La morte a Venezia*, Einaudi, Torino, u.e. (orig. 1912) e L. Visconti, *Morte a Venezia* (1971). Si tratterebbe, qui, di cogliere non soltanto gli intrecci crossmediali e le diverse sensibilità artistiche che la transmedialità mette in gioco in ordine alla percezione e alla rappresentazione dell'epidemia, ma altresì lo stacco temporale e i differenti universi culturali di riferimento dei due grandi Autori.

²⁹ Si rinvia per l'opera al recente Clemente, 2019, e, per gli elementi di sfondo, all'agile Vanzan Marchini, 2011.

Riquadro/1 – *Complessità della rappresentazione artistica: arte scultorea ed epidemia a Venezia*

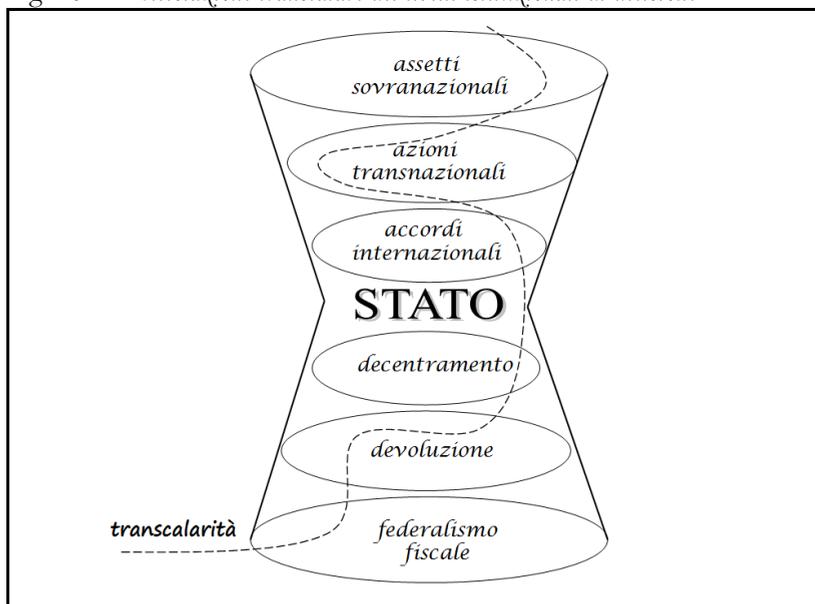
Il corpo delle donne: epidemia, iconografia, ideologia.

Tutti conoscono la Madonna della Salute a Venezia, sulla punta di Dorsoduro, tra il Canal Grande e quello della Giudecca. E, anche se non ci siete andati apposta per quello, tutti vi siete fermati ad ammirare la grande macchina scultorea dell'altare. È l'opera somma del "fiamengo scultore" Giusto Le Court (1627-1679), e porta infine a compimento un voto, qualche decennio dopo la costruzione della chiesa su progetto del brillante architetto lagunare Baldassar Longhena (1596-1682), che disegna "un'opera d'invenzione nuova et non mai fabricata niuna a Venetia". È il voto del doge Nicolò Contarini che nel 1630, di fronte all'incalzare della pestilenza, si affida alla Madonna promettendo di erigerle "una chiesa magnifica con pompa". Quest'opera di straordinaria bellezza, è densissima di significati culturali. L'altare, intanto, è il racconto scenicamente perfetto di una storia al femminile, con figure maschili relegate in piano defilato. Figure femminili, a cominciare dal quadro incorniciato, proveniente da Candia, che rappresenta un'icona bizantina: la Madonna Mesopanditissa. Vedete dunque in alto la Vergine che, rispondendo alla supplica di Venezia, rappresentata da una fanciulla in età fertile, scaccia la peste, rappresentata da una vecchia laida, che urla la sua paura e la sua cattiveria.

Un'autentica rivoluzione iconografica se consideriamo che tradizionalmente i riferimenti apotropaici della peste sono rappresentati dai santi Sebastiano e Rocco, sotto l'alto patrocinio dell'evangelista Marco. Perché questa trasformazione iconica? Il fatto è che Venezia è impegnata nella ricostruzione della sua economia e, soprattutto, della sua demografia visto che in poco più di un anno, tra il luglio del 1630 e l'ottobre del 1631, ha perso 1/3 della sua popolazione, cioè quasi 50.000 abitanti. Protagoniste di questa ricostituzione della vitalità urbana diventano, nei pubblici propositi, le donne, coloro che generano i nuovi piccoli veneziani, li accudiscono, li educano, li proteggono. Tutto questo, non è solo retorica. È ideologia della ripresa economico-produttiva e sociale, che si trasforma in "buona politica". La Venezia che aveva inventato nel '400 il sistema dei lazzeretti per il trattamento differenziato del malato (uno per la quarantena e la prima cura; e l'altro, per la fase più grave della malattia, sull'isola di S. Maria di Nazareth, da cui deriva il termine che utilizziamo), quella stessa Venezia attentissima al benessere fisico ed economico dei cittadini, inventa le istituzioni mediche per la maternità e l'infanzia. Un lungo percorso, si capisce, che rafforza sempre più il controllo della mortalità neonatale e porta all'apertura della Scuola di Ostetricia nel 1770. Grandi lezioni d'arte e di politica dalla nostra cultura medica e sociale delle epidemie.

2. *La politica.* – Per la dimensione politica dell’epidemia, sempre con riferimento alla figura 1, ancora una volta osserviamo, accanto a un profilo più o meno ben delineato, la rete di connessioni che questo focus stabilisce con le altre componenti del cluster problematico: sia nell’ambito “sociale” che in quello “medico-epidemiologico”. Proponiamo per l’analisi di questo essenziale segmento il “modello transcalare” (Fig. 10)³⁰. L’attore centrale, in questo modello, è lo Stato che svolge tuttavia la sua attività politica anche: i. a scale più piccole, e quindi considerando territori più vasti (aggregati spaziali di varia dimensione, istituzionali e non, insiemi sovranazionali); ii. a scale più grandi, e quindi considerando territori più ristretti (ritagli amministrativi all’interno di uno Stato).

Fig. 10 – *Articolazione transcalare dei livelli istituzionali di decisione*



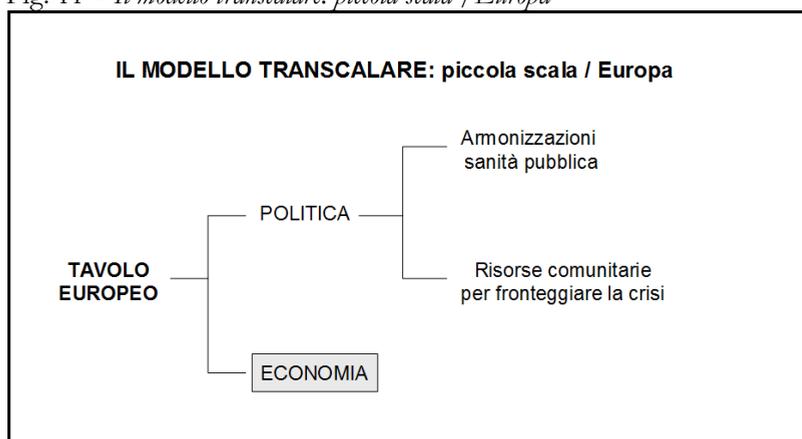
Tornando al modello transcalare e concentrandoci sulla pandemia di coronavirus, vediamo anzitutto lo sviluppo verso l’alto, cogliendo due aspetti.

- i. Il primo (Fig. 11) ha a che fare con il “tavolo europeo”, dove accanto alla politica, si colloca l’economia, di cui parleremo nel prossimo paragrafo. Quanto allo specifico comparto della politi-

³⁰ Elaborato in Turco, 2013, p. 69.

ca, si tenta per un verso di armonizzare le politiche di sanità pubblica, una filiera dove si constata un quasi totale fallimento; per altro verso, di mettere a punto un sistema di “finanziamento dell'emergenza sanitaria” ponendo a disposizione degli Stati membri delle risorse specificatamente destinate a fronteggiare gli aspetti medici ed epidemiologici della crisi.

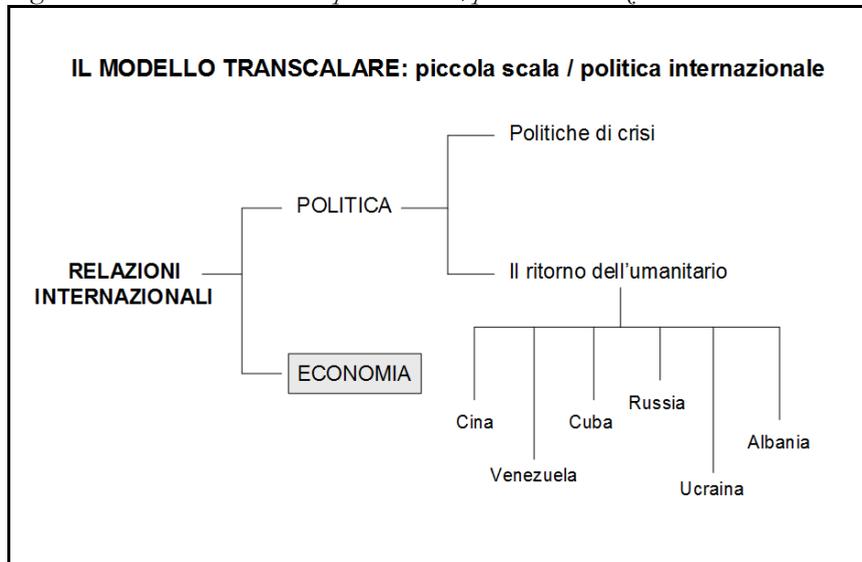
Fig. 11 – *Il modello transcalare: piccola scala / Europa*



- ii. Il secondo aspetto (Fig. 12) riguarda più ampiamente la politica internazionale, che sviluppa a sua volta due direttrici: 1. da un lato, le misure che regolano “politicamente” le relazioni pandemiche, ad esempio per quanto riguarda le forniture di materiali sanitari e farmacologici, secondo strategie selettive. In questa direzione si stanno muovendo, in modo per vero non troppo trasparente, la Cina, la Russia, la Turchia (forse l’unico grande produttore europeo/mediorientale di mascherine, almeno nella “fase 1” della crisi). Gli Stati Uniti, con la diffusione del contagio, hanno decretato a fine marzo l’embargo per tutte le esportazioni di materiale sanitario concernente la pandemia. 2. Dall’altro lato, la ricomparsa sulla scena globale dell’umanitario, particolarmente sensibile all’aiuto composto non solo da dispositivi di protezione (mascherine, tute) e di supporto (respiratori) nonché

all'occorrenza da farmaci, ma soprattutto da *équipe* mediche e infermieristiche³¹.

Fig. 12 – *Il modello transcalare: piccola scala / politica internazionale*



Riprendendo il modello transcalare nel suo sviluppo verso il basso, e quindi andando dallo Stato verso livelli territoriali ed amministrativi inferiori, l'aspetto che più colpisce dell'esperienza pandemica che stiamo attraversando sembra essere il seguente (Fig. 13): nel quadro del decentramento delle competenze – e *in primis* la delega regionale in materia sanitaria – si osserva una forte conflittualità inter-istituzionale: tra Stato e Regioni; tra Regioni e livelli amministrativi inferiori (Province e soprattutto Comuni). Ciò è dovuto a cause molteplici ma convergenti. Intanto, una sovrapposizione delle competenze, che in materia sanitaria appartengono allo Stato e, contemporaneamente, alle Regioni. Inoltre, una confusione persistente tra medicina e sanità pubblica, con l'epidemiologia/virologia che sta a cavallo dell'una e dell'altra. Una lettura condivisibile della normativa vigente (a partire dalla Costituzione, art 32 e passim), assume

³¹ Diversi Paesi che avviano questo tipo di aiuti, si noti, sono “comunisti” o “ex-comunisti” o “neo-comunisti”. Non mancano peraltro iniziative “umanitarie” di presumibile segno strumentale, come quella egiziana, che qualche osservatore non esita a mettere in relazione con il caso Regeni che oppone da tempo Roma e Il Cairo.

chiaramente questa distinzione ed avoca allo Stato le responsabilità in materia di sanità pubblica, in tempi epidemici e pandemici (con tutte le implicazioni che ne seguono sul piano medico). Da ultimo, il trasferimento dello scontro politico sul terreno della gestione epidemica, utilizzando in modo strumentale ogni accadimento (anche solo informativo) per combattere l'avversario, screditandolo o minimizzando la portata degli interventi messi in campo.

Fig. 13 – *Conflittualità interistituzionale*



Il “modello transcalare” che richiama una fondamentale dimensione geografica del nesso epidemia/politica, si sviluppa a sua volta in un contesto ricco di temi, che vengono comunicati in modi estremamente variegati. Attraverso questa comunicazione, i temi in parola mediano il significato dell’agire politico e influenzano le azioni stesse della politica, impattando su una visione del futuro che viene indicata, per l’appunto, come obiettivo politico, oltre le retoriche e le speranze (Riquadro 2).

Riquadro/2 – Dopo il coronavirus: il design della politica

Che cosa diventerà la politica dopo l'epidemia? Quali ne saranno i principi-guida? Come si articoleranno le diverse scale di potere? Come si svolgeranno le sue pratiche? Si osservano differenti approcci e prospettive: di seguito, ne indichiamo alcuni.

i. Le retoriche: alquanto vacue, esse presentano declinazioni multiple:

- *Nulla sarà come prima/Tutto sarà come prima*
- *Saremo tutti più buoni*
- *Lacrime e sangue*

ii. Il pragmatismo della "Fase 2": si concentra sul "ritorno alla nuova normalità" e consiste nel definire i passi e le condizioni per riportare il Paese (i Paesi) alla sua vita ordinaria. Due i modelli di riferimento:

1. L'indirizzo epidemiologico in forza del quale occorre prepararsi a "convivere con Covid-19", in condizioni controllate e fidando sostanzialmente su due elementi di fondo:

- *Il calo di attività/aggressività del virus nella stagione calda (nessuna evidenza empirica, nessuna spiegazione teorica perché ciò accade, solo valutazioni "analogiche" con il virus dell'influenza): dovrebbe "dormire" da noi e dirigere la sua virulenza verso l'inverno australe. Poco seguito, in proposito, e tuttavia della massima importanza ciò che succede attualmente in Australia.*
- *In attesa del vaccino (che tuttavia nelle ipotesi migliori – taluno lo giudica iperottimistiche- sarà pronto per l'autunno, in somministrazione ai soli sanitari) lo sviluppo di una cura specifica (ad oggi inesistente: ricordiamo che si interviene praticamente con cure aspecifiche e con interventi di salvataggio nelle terapie intensive).*

2. Il modello cinese: la "riapertura" di Wuban, graduale e molto circospetta. È notizia di oggi 7 aprile che l'Austria si starebbe preparando ad inaugurare la "Fase 2", primo Paese in Europa.

iii. La dominante economica: la "Fase 2" e quel che ne seguirà, di fatto consisterà eminentemente nello stimolo e nella gestione della ripresa economica. Ci si concentra ora eminentemente sulle misure di primo impatto e, in specie, sulle condizioni di accesso al credito da parte delle imprese. Questi punti, che richiameremo nel prossimo paragrafo, si collegano al filone retorico del "lacrime e sangue" indicato più sopra.

iv. Un nuovo design della politica: tutti questi elementi, e in particolare il ii. e iii. si profilano in un contesto di “continuità”: quando l’epidemia sarà passata, o entremo nella “Fase 2”, riprendiamo esattamente come prima, ricostruiamo il mondo di prima, in condizioni migliorate in termini di resistenza alle crisi. Cioè le “condizioni date” non vengono messe in discussione. Tanto più significativa appare dunque l’iniziativa di un nutrito gruppo di parlamentari francesi (58), appartenenti a differenti schieramenti (maggioranza, sinistra, ecologisti), volta a “ripensare” il modo in cui fare politica e, in primis, il modo in cui costruire nella post-pandemia e a partire da subito, quindi già nella “Fase 2”, il percorso decisionale (chi fa cosa, come, quando) in termini sicuramente più trasparenti e partecipativi (Le Figaro, 4 aprile).

3. *L’economia.* – Seguendo sempre la struttura del “cluster problematico” presentato in figura 1, sviluppiamo la dimensione economica dell’epidemia. È l’ultimo tassello qui considerato, tanto vasto quanto complesso, destinato a marcare il nostro futuro certamente nel breve periodo, diciamo per il resto di quest’anno, ma con scansioni e contenuti diversi, anche nel medio e lungo periodo. La rete di connessioni che questo *focus* stabilisce con le altre componenti del cluster problematico non ha bisogno di essere sottolineata. Facciamo di seguito un cenno necessariamente assai sintetico alle principali articolazioni che l’economia prospetta, avendo come riferimento documentale i dati disponibili ad inizio di aprile 2020.

Occupazione.

È certamente il settore più preoccupante, anche per gli effetti sociali che può comportare. Si osserva a tre scale: i. Mondiale. L’ILO (*International Labour Organization*) prevede per l’anno una perdita di 195 milioni di posti di lavoro, considerando i settori formali e informali. Saranno colpiti soprattutto i paesi a medio reddito (3/4 delle perdite), concentrati in Asia e nell’area pacifica (poco meno di 2/3 delle perdite). ii. Nazionale. Una perdita di 422.000 posti di lavoro in Italia, nel solo settore privato (il turismo perde da solo oltre il 50%); iii. Locale. Pesantemente colpito il settore in nero, nelle regioni (Sud) e settori dove l’economia informale è più diffusa (agricoltura, edilizia).

Produzione e commercio.

Quando si dice che questa è una crisi “dal lato dell’offerta” ci si riferisce al drammatico calo della produzione (di beni e servizi) dovuto all’arresto forzoso delle attività per effetto di misure di sanità pubblica, quindi del tutto estranee a considerazioni economiche. Come sempre quando si muove la “sanità pubblica”, esattamente come nel Rinascimento, il colpo sulla produzione è durissimo. Se il lockdown rappresenta un peso complessivo per l’economia di 47 miliardi al mese (fonte SVIMEZ), il crollo dei ricavi nel solo settore manifatturiero vale 159 miliardi su base annua: il che equivale alla perdita di 1/3 del nostro export.

Riquadro 3 – *L’economia e il ritorno dello Stato*

Per decenni si è sviluppata una critica all’azione dello Stato nel campo dell’economia, considerata più che altro un intralcio sotto il profilo normativo e un costo non solo finanziario ma anche sociale per la sua incapacità di gestire efficacemente le attività su cui esercitava il via diretta la propria competenza (pensiamo al tema delle dismissioni e delle privatizzazioni). L’epidemia ha spostato il focus della riflessione su un ruolo nuovo che lo Stato deve avere nel contemperare, un po’ come è avvenuto tra Medioevo ed Età moderna, la “salute pubblica” con la sicurezza economica. In questo quadro, i temi posti all’attenzione crescente del dibattito pubblico hanno a che fare con:

- i. La finanza, e quindi un ridisegno del ruolo dello Stato, specialmente di negoziatore delle condizioni di accesso alle disponibilità finanziarie in caso di necessità straordinarie, presso le istanze sovranazionali, maggior bilanciamento con la perdita del potere di emettere moneta.*
- ii. Le politiche fiscali: con agevolazioni, sospensioni, cancellazioni degli oneri a carico dei soggetti in difficoltà, si tratti di persone fisiche o imprese.*
- iii. Le provvidenze per le persone e le famiglie che non riescono a soddisfare i bisogni vitali, primo fra tutti il nutrimento. Si fa strada l’idea di corrispondere un “reddito di emergenza” a tutti coloro che esprimono un bisogno, indipendentemente da quale sia stata la posizione reddituale in precedenza.*
- iv. I servizi, in specie sanitari, attraverso un ridisegno del rapporto Stato/Regioni. In questo campo il SSN ritorna — come il suo nome dice — di competenza preminentemente statale, anche in periodi “ordinari” e non solo in occasione di epidemie, con ruoli importanti ma secondari affidati alle regioni.*

- v. *Le produzioni strategiche, che eccedono i settori tradizionalmente considerati tali (energia, difesa, ITC), ed includono anche settori produttivi che provvedono alle necessità emergenziali (ad esempio filiera alimentare) e a quelle della sanità pubblica (supportistica medico-sanitaria, farmacologia) con pianificazioni conseguenti (medici, specializzazioni, infermieristica).*
- vi. *La riconsiderazione di queste produzioni strategiche prevederebbe una ri-localizzazione delle industrie, e più precisamente un ritorno della produzione industriale già esportata e localizzata sul territorio nazionale, per controllare meglio e, all'occorrenza, dar corso alle forniture eccezionali di cui si può aver bisogno (nel caso presente, ad esempio, mascherine, tute, macchinari di respirazione assistita).*
- vii. *Più in generale, l'azione dello Stato dovrebbe accompagnare con misure adeguate (incentivazioni fiscali, sostegno della domanda) l'imprenditorialità innovativa sul triplice piano:*
- *tecnologico (digitale, biotecnologia, robotica, trattamento e processamento di "big data" sono alcuni dei settori di cui si parla di più);*
 - *organizzativo (rendere più efficiente il funzionamento della macchina-Paese, sia attraverso la semplificazione e l'efficientamento della burocrazia, sia attraverso un riequilibrio delle "dotazioni" tra le diverse parti del Paese, in primis tra Nord e Sud.*
 - *di sostenibilità, operando una decisa svolta verso il green (reale e non solo proclamato), grazie al quale si opererebbe un aggancio durevole con le politiche volte a fronteggiare la "transizione climatica").*

Turismo.

È il settore economico più fortemente danneggiato da Covid-19. Considerando il solo turismo internazionale (Fonte UNWTO), vi saranno da 290 a 440 milioni di visitatori in meno nell'anno in corso, con 300-450 miliardi di US\$ di perdite. I 10 Paesi più toccati dall'epidemia (contagi) sono anche quelli turisticamente più importanti del mondo che, per un verso, non alimenteranno l'*outgoing* mondiale e, per altro verso, subiranno forti limitazioni nell'*ingoing*.

Finanza.

Sempre importante nel funzionamento di un sistema economico, la finanza svolge in questa circostanza un ruolo cruciale. Si tratta di assicurare la ripresa dell'economia iniettando liquidità abbondante e rapida nel sistema.

Borsa.

L'espressione che meglio riassume l'impatto dell'epidemia sulle borse mondiali é, con una certa semplificazione, la seguente: *Virus su/Borse giù*. Per avere un'idea dell'incidenza di Covid-19, prendiamo Wall Street, la Borsa di New York, la più importante del Pianeta. Nella famosa crisi del 29, che mise in ginocchio tutto il mondo, la Borsa americana impiegò 42 giorni per perdere il 20% del suo valore. Covid-19 è riuscito a raggiungere questo risultato in appena 16 giorni.

Istituzioni europee.

Nella sua comunicazione pubblica, l'UE sottolinea la molteplicità dei suoi campi di intervento, attraverso le sue istituzioni sia politiche (Commissione, Parlamento) che economiche (BCE). Certo la percezione da parte dei cittadini dell'efficacia delle misure dell'Unione resta modesta e spesso controversa.

Consumi.

Questa crisi, si dice, è gravissima perché è a tenaglia: non solo proviene dal lato dell'offerta (Produzione, come accennato), ma proviene altresì dalla domanda. I consumi infatti subiscono una disastrosa contrazione per quattro cause sostanziali: i. diminuiscono i redditi (disoccupazione, sparizione di una gran quantità di attività informali); ii. diminuiscono i consumi delle famiglie; iii. diminuisce la domanda delle imprese; iv. entrano in recessione severa interi comparti, primi fra tutti il turismo, la cultura e l'*entertainment*.

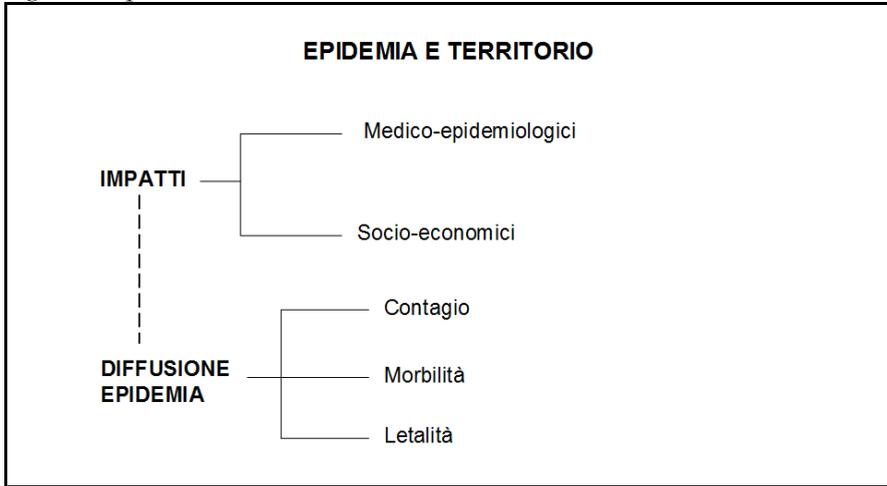
Un approfondimento: lo spazio epidemiologico.

1. *Annotare le tradizioni di ricerca e le possibilità conoscitive di una "geografia dell'epidemia"*. – Complesso ed importante è il nesso che l'epidemia sviluppa con la territorialità (Fig. 14)³². Da un lato, si pongono le informazioni geografiche di tipo medico ed epidemiologico (contagi, ricoveri, rianimazioni, letalità, guarigioni, dotazioni sanitarie, compresi i dispositivi di protezione

³² Panoramiche ampie in Ruffié, Sournia (1984) e Snowden (2019).

come tute e mascherine). Dall'altro lato, si pongono quelle di tipo socio-economico, in termini di impatto della crisi e di risposta dei territori.

Fig. 14 – *Epidemia e Territorio*



Ma c'è un aspetto nel quale la geografia della crisi può giocare un ruolo importante attraverso la mappatura della diffusione epidemica: come avviene lo *spread* territoriale del contagio, quale è la sua velocità, la sua intensità. In altri termini: le forme diffusive hanno un significato? E che tipo di significato: morfogenetico, evolutivo? E i valori che le accompagnano sono continui o discontinui? Nel primo caso, ci muoviamo in un contesto spaziale paratattico, nel secondo si tratterebbe di tipologie di spazio liminare³³.

³³ Lo spazio paratattico ha a che fare con sequenze, ubicazioni, coordinamenti, cosificazioni delle caratteristiche naturali o antropiche della superficie terrestre. Lo spazio liminare è uno stile di rappresentazione che ha a che fare piuttosto con la formalità dello spazio, i modi con cui questa compone e ricomponne incessantemente l'indeterminatezza dei fenomeni naturali e l'imprevedibilità della storia umana. Senza ignorare l'importanza della spiegazione, esso lascia un posto ampio alla comprensione, intrecciando logica e sentimento. Pur essendo consapevole del valore della persistenza, inoltre, esso mette l'accento sul cambiamento, assumendo come riferimento allegorico non tanto la fisica dei solidi quanto piuttosto quella dei liquidi e, ancor più, quella degli stati gassosi. Immagina stabilità lontane dall'equilibrio, per riprendere la sempre attuale formula di I. Prigogine e si interessa meno alle aggregazioni topografiche che ai processi localizzativi, coniugando le procedure di ubicazione ai loro effetti multiscolari. Ai loro profili transcolari. Ed è incline a considerare questi complessi assetti disposizionali

Ma oltre al contagio, c'è anche un elemento cruciale di tipo diffusivo: la morbilità e la letalità. E quindi, qual è il rapporto tra gli ammalati e i contagiati? Qual è il rapporto tra gli ammalati e i decessi?

In questi campi di indagine, si annoverano consistenti tradizioni di ricerca nelle discipline geografiche³⁴. Tra gli studiosi che hanno indagato gli aspetti modellistici della propagazione epidemica, individuando anche precisi o ipotetici pattern diffusivi, occorre ricordare almeno P. Haggett³⁵. Ben più numerosi gli studi empirici, la cui menzione può essere, all'occorrenza, solo esemplificativa, in attesa di una ricognizione più sistematica.

Dalle caratteristiche che riusciamo a mappare, appare chiara la natura “liminare” e non (solo) “paratattica” dello spazio epidemiologico³⁶: il contagio si diffonde e realizza i suoi picchi di intensità (zone rosse, Lombardia, Bergamo) non tanto per contiguità, ma in modo discontinuo, a macchia di leopardo, e secondo direzioni ed esplosioni aleatorie. Ai fini della previsione e della prevenzione, e quindi per non doverci limitare a “correre appresso” alla geografia che il coronavirus sembra disegnare secondo una specie di moto browniano, ci servirebbe enormemente avere due elementi aggiuntivi per qualificarne lo spazio epidemiologico: i. quale è la probabilità che i focolai epidemici (ossia l'impennata dei contagi) prendano una direzione o un'altra, ovvero si verifichino in un'area o in un'altra); ii. a cosa può essere associata l'elevazione della letalità (percentuale dei morti sui contagiati) nei focolai epidemici.

2. *Geografia urbana e geografia politica nella costruzione della modernità epidemica.* – Abbiamo già avuto modo di notare più indietro come la modernità dello spazio epidemico sia venuta fabbricandosi in larga misura proprio nel nostro Paese. Dopo la Peste Nera, tutta l'Europa è in ginocchio. Città floride, orgogliose della propria ricchezza, delle proprie istituzioni, della propria cultura - come Siena immortalata dagli affreschi “politici” di Lorenzetti³⁷ - si apprestavano a dare l'assalto alle roccaforti del potere regio-

meno nella loro sostanza di “cose” che nella loro natura di “eventi” (Turco, 2010).

³⁴ Per una messa a punto tuttora valida: Picheral, 1982. Tra le panoramiche ampie: Davey, Seale (eds.), 1996; Gatrell, Elliott, 2002. Senza dimenticare: Urteaga, 1980.

³⁵ Haggett, 2000; e, tra gli altri contributi dello stesso A.: Id., 1985.

³⁶ Si veda per la crisi in atto, particolarmente interessante, Murgante, Borruso, Balletto, Castiglia, Dettori, 2020.

³⁷ Turco, 2015, p. 11 ss.

nale, prima di essere ricacciate nel limbo dell'irrelevanza politica dall'epidemia. Le pestilenze si succedono in Europa e si sviluppa pertanto, come abbiamo più volte accennato, la "sanità pubblica", ossia il sistema di protezione sanitaria dello Stato, concetto più vasto e complesso di quello di difesa della salute della popolazione. Questa è sì ricompresa nei compiti delle "Magistrature di Sanità", ma non ne esaurisce lo scopo. Il primato europeo viene raggiunto in questo campo in Italia, e si realizza nel quadrilatero Milano, Venezia, Firenze, Genova, come già notato (Fig. 3).

Una componente essenziale della "sanità pubblica", con conseguente acquisizione di ambiti di intervento e poteri specifici da parte della Magistratura di Sanità, è l'economia, che è al cuore della sicurezza e della prosperità dello Stato. Si realizza così, all'incrocio tra politica estera e politica economica, il sistema di "regolamentazione sanitaria" e di sorveglianza dei commerci, attraverso la produzione di informazioni sulla "sanità pubblica" degli Stati con cui si hanno rapporti commerciali e l'uso quanto mai accorto – perché volto a garantire un equilibrio tra le esigenze della salute dei cittadini e le esigenze dell'economia garantite dai traffici commerciali – di strumenti di controllo e protezione di tipo sia "geopolitico" che "urbano". Il primo ha a che fare con relazioni estere influenzate da normative come la sospensione dei rapporti con le località infette (che rapidamente provoca il blocco dell'intero sistema degli scambi e quindi la rovina economica delle potenze) e, inversamente, la rapida ripresa dei commerci quando ne siano state accertate le condizioni di sicurezza sanitaria. Il secondo riguarda, piuttosto, la pianificazione territoriale, e in particolare la costruzione di strutture "dedicate", portuali e terrestri. Di estrema rilevanza quelle di espurgo delle merci e dei passeggeri sospetti, come i lazzaretti. Ma essenziali per l'urbanizzazione epidemica sono anche i provvedimenti di igiene pubblica e di ripristino o costruzione di fognature.

3. *Radici geografiche dell'episteme epidemica.* – L'epidemia, capiamo bene, è un fatto "intrinsecamente" sociale, nel senso che riguarda tutti membri di una comunità. Viene dal greco *epidemos*, un termine con cui si indicavano coloro che non erano della città, i forestieri, in opposizione agli *endemos*, coloro che risiedono stabilmente in città, i cittadini, il popolo. Veicola un importante contenuto semantico, di tipo giuridico-politico e, insieme, geografico. L'epidemia non è un male endemico, cioè proprio del luogo,

che vive con e come i cittadini, ma è qualcosa che viene da qualche parte e va verso qualche parte, come gli *epidemos*: scivola sopra l'insediamento demico, investe la città dall'esterno e ne esce qualche tempo dopo. Insomma stabilisce un "dentro" e un "fuori", con conseguente richiamo al confine; ed è temporaneo, passa "sopra" l'insediamento.

È una prima, ma sostanziale individuazione del pensiero ippocratico in tema di epidemie, centrato sull'idea di un'origine alloctona del morbo. Quest'ultimo, peraltro, è dovuto all'influsso delle condizioni ambientali o astronomiche, le quali agiscono indipendentemente, ancorché contemporaneamente, su ciascun singolo essere umano. Si esclude, da ciò, l'idea stessa del "contagio", cioè del passaggio della malattia per contatto interumano, diretto o mediato dagli oggetti (panni, mobili, ecc...).

La visione ippocratica delle epidemie persiste in Europa almeno fino al tardo Medio Evo, sebbene i resoconti di osservatori non medici, come Tucidide per la peste di Atene, avessero chiaramente messo in rilievo l'importanza della propagazione del morbo per contatto interumano. La pandemia della Peste Nera, iniziata nel 1348, acuisce l'attenzione medica e politica sull'origine e la diffusione delle epidemie. Dopo di allora e nei tre secoli successivi, la peste diviene endemica in Europa:

EPIDEMOS-----→ENDEMOS

L'evidenza empirica, in questo pur lungo periodo, investe con tutta la sua forza dimostrativa il sapere medico consolidato: "falsifica" – come si direbbe oggi in termini popperiani – la teoria ippocratica di natura eminentemente geo-astronomica e pone l'esigenza di costruire nuove ipotesi interpretative. In questo processo di ri-elaborazione teorica, un ruolo di grande rilevanza assume l'opera di Girolamo Fracastoro (1476-1553), medico veronese, professore all'Università di Padova, di cui oltre al trattato sul "morbo gallico", ossia la sifilide, scritto in esametri latini e pubblicato nel 1530, si segnala il "*De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione*" (1546), nel quale si formula per la prima volta la teoria secondo la quale la malattia contagiosa sia causata da esseri viventi microscopici e che la trasmissione interumana sia il risultato del passaggio di "semi" di questi esseri viventi dal malato al sano.

Nella "fabbrica di conoscenze" che nel nostro apparato concettuale l'epidemia rappresenta, c'è dunque l'apparizione post-ippocratica e quindi

“moderna” di un modello spaziale in qualche modo “necessario” di diffusione della malattia e dell’agente che la provoca: nel nostro caso presente, il coronavirus. In buona sostanza, per ogni epidemia, noi rileviamo a posteriori: da una parte, la diffusione quantitativa del morbo, nelle sue caratteristiche fondamentali (contagiati, infettati, deceduti, guariti); dall’altra, il *pattern* diffusivo e, quindi, la distribuzione spaziale della stessa.

Ma nella costruzione di un profilo spaziale del coronavirus c’è un inspiegabile ritardo. La crisi sembra funzionare, come “ambiente di apprendimento” per quanto riguarda lo spazio epidemiologico ancora al di sotto delle sue necessità e possibilità. Anche se segnali incoraggianti cominciano a mostrarsi sia come contributi al dibattito pubblico che con provenienza accademica³⁸. Mi auguro che ciò possa preludere a uno slittamento crescente, lento ma deciso, dell’attenzione pubblica verso gli aspetti territoriali dell’epidemia, alle diverse scale: da quella locale a quella globale. E che gli analisti del processo di territorializzazione sappiano corrispondere alle attese sociali e riescano a partecipare alla costruzione politica della nostra progettualità post-pandemica.

L’epistemologia come obbligo civico: un piccolo apologo conclusivo. – Alberto Zangrillo è un medico rianimatore – di quelli che ti salvano la vita, voglio ricordare da subito – un primario ospedaliero, un professore ordinario, ossia ha la posizione di chi ha raggiunto il livello massimo in una carriera universitaria. In prima, durissima linea nella lotta personale e istituzionale al coronavirus, come si legge nel suo profilo curricolare anche con riferimento alle nuove specialità cliniche che si stanno costruendo attorno alle patologie pandemiche. Si occupa infatti di faccende come: “supporti avanzati al circolo e alla ventilazione”; “ventilazione non invasiva”; “terapie anticoagulanti alternative in terapia intensiva”. Riporto

³⁸ Tra i primi, ricordo gli interventi di Michel Lussault e, rispettivamente, Luc Gwiazdzinski:

<https://www.lemonde.fr/.../la-pandemie-souligne-la-vulnerabil...>

<https://www.lemonde.fr/.../coronavirus-cette-crise-nous-invit...>

Tra i secondi, annoto che è stato appena pubblicato, in Spagna (11/5/2020), il n. speciale della Rivista “*Geopolítica(s)*” sulla pandemia di Covid-19. Ricordo, in Italia, le iniziative che fanno capo alle Riviste “*documenti geografici?*” (con un numero monografico sulla pandemia, nel quale è ospitato il presente contributo) e “*Semestrare di Studi e Ricerche di Geografia?*”, con un numero monografico di prossima pubblicazione (di cui lo scrivente è *guest editor*), seguito da un “*Quaderno?*”, anch’esso dedicato alla crisi pandemica.

queste aree di intervento, tra le molte, non per pedanteria, ma per capire meglio di cosa stiamo effettivamente parlando. Indicazioni che un po' ci intimoriscono, ma un po' ci danno sollievo, perché testimoniano che c'è qualcuno che ne capisce, qualcuno in grado di aiutarci nel momento del bisogno. Quando non riesci a respirare più perché Covid-19 ha sparato un nugolo di maledetti microcoaguli nei polmoni. E per dire, anche, che siamo consapevoli della gratitudine che tutti noi dobbiamo al dottore e a persone che, come lui, si sono battute senza risparmio contro Covid-19.

E tuttavia la vigilanza epistemica, non collide affatto con la gratitudine. Essa appare come una inerenza professionale del ricercatore e, dal momento che “tutto” si compone in un quadro sociale, si pone altresì come un suo obbligo in qualche modo “civico”³⁹. La ricostruzione dei fondamenti di un sapere, non ci stancheremo di dire con M. Foucault (1998, p. 105), “non riferisce più il discorso al terreno primario di una esperienza né all’istanza *a priori* di una conoscenza, ma lo interroga in se stesso, sulle regole della sua formazione”. E sulle “circostanze” della sua formazione, mi permetterei di aggiungere in un caso come quello che ci occupa, denso di implicazioni politiche, economiche, geografiche.

E per tornare al dr. Zangrillo: no, non è il mio medico né abita nel mio stesso palazzo. So molte cose di lui, e del dr. M. Galli e della dr.ssa I. Capua e ovviamente del “decano mediatico” dr. R. Burioni e altri eccellenti scienziati, solo perché li ho visti in televisione: sì avete inteso bene, quel mezzo arcaico che davamo per spacciato sotto la spinta dell’onda digitale, ma che a quanto pare ha ripreso tutta la sua bulimia egemonica nella comunicazione di questa crisi. Ebbene, questa figura di altissimo profilo sviluppa, in una trasmissione televisiva, appunto, il seguente ragionamento. Da quattro giorni, dice – ossia da mercoledì visto che la trasmissione era ieri sera (sabato, 23/5) – non è entrato più nessuno nel reparto di terapia intensiva del mio ospedale a motivo di Covid-19, dunque ne ricavo che...

³⁹ Rammentiamo con Rossi-Landi (1982, p. 62-63) che, dicendo che “non c’è nulla che non appartenga alla riproduzione sociale...si vuole affermare che qualsiasi oggetto, qualunque sia il suo ordine e il suo tipo di esistenza, viene sempre individuato, assunto e adoperato dentro alla riproduzione sociale. Tutti i discorsi che si possono fare, a cominciare dalla costituzione dei loro oggetti, sono forme, o momenti, o aspetti, della pratica sociale”.

Fermiamoci un attimo, perché non dobbiamo in nessun modo tralasciare questo punto. La mente del ricercatore, infatti, nella sua struttura fondamentale, funziona esattamente così, in base a una relazione implicativa semplice e potente: se... allora... Data una premessa X ne segue Y. E, quel che è non meno importante, discendono da quella prima implicazione, ulteriori implicazioni a cascata che possono continuare a lungo. Non sto dicendo niente di nuovo, è chiaro: logica aristotelica, sillogismo, razionalità a due valori (vero/falso), quella che anche Popper considerava di ineguagliabile forza.

In queste condizioni, dove tutto dipende dalla premessa, la “qualità” dell’osservazione di partenza diventa cruciale. Perché quell’osservazione è considerata un’evidenza, come si dice con un pessimo anglismo per dire che viene intesa come una prova. Cioè un dato di fatto, o un evento significativo, idoneo a stabilire il punto d’avvio di una sequenza implicativa.

È chiaro che se io dico: hai fatto uno starnuto, dunque hai la polmonite, è un conto. Se dico: Gianni mi ha dato un pugno in faccia, perciò aveva intenzioni aggressive, è un altro conto. Rimango nell’ambito della stessa figura dimostrativa, ma il valore della prima è incomparabilmente inferiore alla seconda. Ecco, un ricercatore, nel corso della sua formazione, impara a riconoscere la “qualità” delle premesse. Non lega, in specie, la tenuta della sua catena implicativa a poche e circoscritte osservazioni. Non cede alla tentazione somma del ricercatore che vuole, pur legittimamente, un risultato: e che si chiama “generalizzazione induttiva”.

Intendiamoci, ricavare una legge generale per induzione, e cioè a partire da una certa quantità di osservazioni particolari, è una pratica corrente. L’archetipo moderno più usuale è il discorso sulle partite della domenica davanti al cappuccino al bar del lunedì. Ma arriva, dal calcio, fin nei laboratori di ricerca. Tutte le scienze empiriche, dure o molli che siano, vi sono soggette, anche se quelle più mature, e prima di ogni altra la fisica, sono sufficientemente attrezzate per schivare il rischio di caduta.

Ebbene, il ricercatore che cede alla tentazione induttivista, commette il “suo” peccato mortale. Diciamolo: qualunque cosa tu ricavi dalla premessa televisiva di cui sopra è perlomeno dubbio. Quanto a lui, l’intervistato deduce molte cose, tutte più o meno plausibili, alcune del tutto condivisibili. Il dottor Zangrillo dice, *in primis*, che il virus pur non avendo subito mutazioni (evenienza che sarebbe da provare), colpisce con minore virulenza rispetto alle passate settimane e che, dunque, si sta

andando verso un affievolimento della sua aggressività. Dice, a seguire, che di fronte a questa virulenza attenuata, le terapie farmacologiche aspecifiche messe a punto per contrastare la progressione patologica del rapporto tra il virus e il suo ospite, cioè il paziente, si rivelano più efficaci. Dice che dal momento che non si può dire che il virus sia mutato (anche se qualcuno lo pensa), questa capacità ridotta del parassita di nuocere all'organismo che lo ospita è legata alla "carica virale" e quindi all'intensità dell'infezione. Dice che questo abbassamento dell'intensità infettiva dipende per un verso dalle mascherine, dal distanziamento sociale, dalle precauzioni d'uso – come lavarsi le mani – e per altro verso dall'azione dei raggi ultravioletti che stanno agendo col progressivo sopraggiungere dell'estate. E dice, dunque, rendendo del tutto esplicita l'implicazione, che bisogna aprire le porte di casa, procedere all'apertura totale, fare gli aperitivi sui Navigli milanesi e ovunque si facciano gli aperitivi, non tormentare ulteriormente i ragazzi con divieti che non hanno più ragione di esistere insieme a tutta una serie di altre questioni che il dottore ha definito, senza mezzi termini, "futili".

Tutto ciò ha notevoli ricadute sul piano della "sanità" e della disputa pubblica ad essa legata, che è insieme scientifica e politica. Intanto, dice, non dare più ascolto agli epidemiologi che stanno dietro ai computer, e che finora sono riusciti a far prevalere la loro visione delle cose. E darne, invece, ai medici clinici, che vedono in faccia la malattia, la combattono sul letto del malato e ne conoscono il decorso nei diversi stadi evolutivi e in conseguenza delle diverse strategie terapeutiche. Giacché, e conclude su un versante squisitamente politico, non si può correre il rischio di trasformare un grande paese democratico come il nostro in uno Stato di polizia⁴⁰. Con ciò chiudendo il cerchio che sempre si apre quando ci si trova di fronte a una epidemia, composta storicamente da due momenti, medico l'uno, sociale l'altro. È il problema che ci accompagna dal tempo delle "Magistrature di Sanità" dei nostri Stati rinascimentali, da Venezia

⁴⁰ Questo paralogismo, fin troppo superficialmente agitato nel discorso pubblico, a dritta e a manca, è stato sollevato in questi giorni (fine maggio) anche a proposito dei cosiddetti "assistenti civici" proposti da F. Boccia, ministro agli Affari Regionali (cfr. sulla vicenda l'intervento dello scrivente:

https://www.juorno.it/chi-sbaglia-e-chi-pure-in-un-sistema-dei-media-che-invece-di-fare-luce-contribuisce-ad-aumentare-lo-pacita/?fbclid=IwAR2_sO31H2I_ebc9ZulfgAYLsKZiUB45ncyVEGmsH1WMSVXC-A58I125yXLS

in avanti. Problema che, al punto d'incrocio delle due dimensioni, vede impegnate proprio le competenze di amalgama tra medicina e sanità pubblica, vale a dire l'epidemiologia e la virologia.

Il dottore sta avendo molto successo. Sta provando a riscattare una tradizione in cui la sanità pubblica, per secoli, ha sempre sopravanzato la medicina clinica. Nessuno lo rimprovererà per questo. Del resto, le necessità del piccolo schermo hanno avuto ragione delle sue resistenze nei confronti delle generalizzazioni induttive e hanno semplificato il suo linguaggio al punto da renderlo idoneo ad essere recepito da milioni di persone. E soprattutto, hanno messo il suo messaggio in condizione di essere prontamente trasformato in un'agenda politica. Il dottore, si capisce, avrà modo di smussare, temperare, porre vincoli interpretativi, cautele di ogni sorta nelle sedi della comunicazione scientifica. Il suo prossimo articolo su *Lancet* sarà impeccabile. Ma io che l'ho visto e sentito ieri sera, questo ho capito da spettatore televisivo. Che posso ritornare "libero", reclamare le azioni che assicurano questa "libertà" dai miei governanti e, perché no, che gli scienziati, al mattino, bevono il cappuccio esattamente come me.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN G., *Stato d'eccezione*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.
- AUBERT N., *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*, Paris, Flammarion, 2003.
- BERDOULAY V., *Parole e luoghi. La dinamica del discorso geografico*, Milano, EtasLibri, 1991.
- BERDOULAY V., *La formation de l'école française de géographie (1870-1914)*, Paris, CTHS, 2008.
- BOURDIEU P., *Science de la science et réflexivité*, Paris, Raisons d'Agir, 2001.
- BOURDIEU P., *Homo Academicus*, Bari, Dedalo, 2003.
- BRETON P., *La parole manipulée*, Paris, La Découverte, 2000.
- CAPEL H., *Filosofia e scienza nella geografia contemporanea*, Milano, Unicopli, 1987.
- CARPENTIER E., *Une ville devant la peste. Orviète et la peste noire de 1348*, Paris, De Boeck, 1993.

- CIPOLLA C. M., *Miasmi e umori*, Bologna, il Mulino, 1989.
- CIPOLLA C. M., *Contro un nemico invisibile*, Bologna, il Mulino, 2007.
- CIPOLLA C. M., *Il pestifero e contagioso morbo*, Bologna, il Mulino, 2012.
- CIPOLLA C. M., *Cristofano e la peste*, Bologna, il Mulino, 2013.
- CLEMENTE M., *White Marble and the Black Death*, Padova, Marsilio, 2019.
- CORBELLINI G., *Storia e teorie della salute e della malattia*, Roma, Carocci, 2014.
- CELANT A., VALLEGA A. (a cura di), *Il pensiero geografico in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1984.
- CLIFF A., HAGGETT P., SMALLMAN-RAYNOR M., *World Atlas of Epidemic Diseases*, London, Arnold, 2004.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.
- COSMACINI G., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Bari, Laterza, 2019.
- DAVEY B., SEALE C. (eds.), *Experiencing and Explaining Disease*, Buckingham, Open University, 1996.
- FLORIS B., GWIAZDZINSKI L., *Sur la vague jaune. L'utopie d'un rond-point*, Seyssinet-Pariset, Elya, 2019.
- FOUCAULT M., *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi, 1969.
- FOUCAULT M., *L'archeologia del sapere*, Milano, Rizzoli, 1998.
- FOUCAULT M., *Sécurité, territoire, population*, Paris, Seuil, 2004.
- GAZZANIGA V., *La medicina antica*, Roma, Carocci, 2014.
- GATRELL A. C., ELLIOTT S. J., *Geographies of Health: an Introduction*, Oxford, Blackwell, 2002.
- GODARD O. *et al.*, *Traité des nouveaux risques*, Paris, Gallimard, 2002.
- HAGGETT P., "Geographic components in epidemic diffusion models", in PAGNINI P. (a cura di), *Geografia per il principe. Teoria e misura dello spazio geografico*, Milano, Unicopli, 1985.
- HAGGETT P., *The geographical structure of epidemics*, Oxford, Oxford University Press, 2000.
- KUHN T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 2009.
- LAKATOS I., MUSGRAVE A. (a cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, Milano, Feltrinelli, 1980.
- LAKATOS I., *La metodologia dei programmi di ricerca scientifici*, Milano, Il Saggiatore, 2001.
- LANDO F., *Per una storia del moderno pensiero geografico*, Milano, FrancoAngeli, 2020.

- MCCORMACH R., *Pensieri notturni di un fisico classico*, Roma, Editori Riuniti, 1990.
- MEYER M., *De la problematologie. Philosophie, science et langage*, Paris, Mardaga, 1995.
- MURGANTE B., BORRUSO G., BALLETTTO G., CASTIGLIA P., DETTORI M. “Why Italy First? Health, Geographical and Planning aspects of the Covid-19 outbreak”, *Preprints* 2020, 2020050075 (doi: 10.20944/preprints202005.0075.v1).
- PICHERAL H., “Géographie médicale, géographie des maladies, géographie de la santé”, *L'Espace géographique*, 1982, 3, pp. 161-175.
- POPPER K. R., *Congetture e confutazioni*, Bologna, il Mulino, 1976.
- POPPER K. R., *La società aperta e i suoi nemici*, Roma, Armando, 1986.
- POPPER K. R., *Logica della scoperta scientifica*, Torino, Einaudi, 2010.
- ROSSI-LANDI F., *Ideologia*, Milano, Mondadori, 1982.
- ROUFFIE J., SOURNIA J.C., *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, Paris, Flammarion, 1984.
- SCHMITT C., *Le categorie del politico*, Bologna, il Mulino, 2014.
- SNOWDEN F.M., *Epidemics and society: from Black Death to the present*, Yale U.P., New Haven, 2019.
- TURCO A., “Geografia e scienze umane”, in G. CORNA PELLEGRINI (a cura di), *Aspetti e problemi della geografia*, Settimo Milanese, Marzorati, 1987, pp. 87-130.
- TURCO A., “Figuras narrativas de la geografia humana”, in LINDON A., HIERNAX D. (dir.), *Los giros de la Geografía Humana. Desafíos y horizontes*, Barcelona, Anthropos, 2010, pp. 91-122.
- TURCO A., “Rappresentanza, conflitto, legittimazione”, ID. (a cura di), *Governance territoriale. Norme, discorsi, pratiche*, Milano, Unicopli, 2013, pp. 67-88.
- TURCO A., “Geografia Politica. Una breve storia filosofica”, *Biblio 3W*, 2015, vol XX, 1.137 (<http://www.ub.es/geocrit/b3w-1137.pdf>).
- TURCO A., “Fuzziness informativa e geografia della comunicazione di crisi”, *Semestrale di Studi e Ricerche di Geografia*, cds.
- URTEAGA L., “Miséria, miasmas y micróbios. Las Topografías Médicas y el Estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, *Cuadernos Críticos de Geografía Humana*, 1980, No 29 – Noviembre (<http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>).

- VANZAN MARCHINI N.-E., *Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzeretti mediterranei*, Milano, Skira, 2004.
- VANZAN MARCHINI N.-E., *Venezia, la salute e la fede*, Vittorio Veneto, De Bastiani, 2011.
- VINEIS P., *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*, Torino, Codice, 2014.
- WEBER M., *La scienza come professione*, Santarcangelo di Romagna (RN), Rusconi, 1997.

For an Epistemology of the Pandemic. – As, during the last days of February 2020, Italy went into lockdown and the numbers of infected rose, with hospitals sorely overburdened, intensive care units facing the ethical tragedies that emergency medicine involves and army trucks transported the coffins of Bergamo to who knows where, several of us had the feeling that people were not understanding what was ‘really’ going on. On the one hand they were seriously worried about the ineffective treatments that were all doctors were able to offer, notwithstanding a level of absolute personal dedication that often pushed them to sacrifice their own lives. On the other they were unsettled by the discordant voices of the many new figures who invaded the media in their capacities as ‘experts’ on public health or on scientific and medical matters of which most know nothing. Above all they were disconcerted by the inadequate media response to the problematic nature of the crisis no less than to its multiple implications and ramifications. So it was that the idea of creating a multimedia course on “The Epistemology of the Pandemic” emerged and, between 24th march and 11th April, became a reality. What we now propose is a synthesis which renders the spirit, that generated and sustained that experience and determined its didactic and epistemic design.

Keywords. – Epistemology, Pandemic, Covid-19, Geographic theory

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM
angelo.turco@iulm.it