

# Quattro modelli di prevenzione rivisitati alla luce della pandemia Covid-19\*

di Jean-Pierre Dozon\*\*

**Sommario:** 1. Premessa – 2. La coesistenza di quattro modelli di prevenzione – 3. Il riattualizzarsi massiccio della costrizione profana e gli Stati nazionali.

**Abstract:** This anthropological article proposes to revisit four prevention models concerning illness (model of profane construction, magical-religious model, Pasteur model and contractual model) in light of the Covid-19 pandemic. As a result, it shows that their implementation having been the responsibility of the States, they have had to change variably into states of emergency; which revealed a strong tension between the global turn of the pandemic and the responses in terms of global health.

**Keywords:** Covid-19, socio-anthropology of illness, model of secular constraint, global pandemic, states of emergency.

## 1. Premessa

Confinato, come chiunque in Francia, in questo tempo di pandemia («corona virus disease 19»), mi sembra utile, e persino necessario, riprendere alcuni temi che ho trattato nel volume *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*<sup>1</sup>, testo da me curato con il medico e antropologo Didier Fassin.

\* Traduzione integrale dell'articolo «*Quatre modèles de prévention*» revisités au prisme du Covid-19, disponibile online sul sito omnibook.com (2020) effettuata da Elisa Pelizzari.

\*\* Antropologo culturale, vicepresidente della Fondation maison des sciences de l'Homme di Parigi.

1. Éditions Balland, Paris 2001.

Prima di procedere, vorrei ricordare che quando, insieme a D. Fassin, abbiamo redatto il saggio, con l'apporto di vari colleghi, le questioni epidemiologiche o quelle relative alle politiche di sanità pubblica erano dominate dall'HIV-AIDS, cioè da un virus e da una sindrome di cui si cominciava a intravedere il possibile contenimento grazie all'uso massiccio della triplice terapia ma le cui modalità di trasmissione avevano, nei primi anni 1980, sbigottito il pianeta.

Al suo apparire, l'AIDS aveva causato una profonda impressione specie nei Paesi più sviluppati, abituati all'idea che le epidemie di vaste dimensioni appartenessero alle epoche andate e che, come il vaiolo di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva annunciato la scomparsa, le malattie infettive dovessero sparire con la messa a punto dei vaccini relativi. Eppure, la pandemia d'influenza spagnola, che aveva fatto decine di milioni di vittime durante la prima guerra mondiale, non era così lontana<sup>2</sup> e si stava appena uscendo da una crisi sanitaria drammatica, non di origine virale, quella della mucca pazza (o encefalopatia spongiforme bovina – BSE nella sigla inglese), la quale aveva provocato centinaia di vittime fra gli umani, suscitando seri sospetti sul modo di nutrire il bestiame. Inoltre, negli anni 1970, gli specialisti si erano dovuti occupare di un'infermità nuova, emersa nella Repubblica democratica del Congo e battezzata Ebola<sup>3</sup>. Questa si rivelava tanto intrigante da aver ispirato la trama di un film hollywoodiano dove veniva messa in scena una situazione di catastrofe letale<sup>4</sup>.

Spezzando bruscamente la relativa distensione che pareva aver caratterizzato i Paesi più sviluppati prima dell'AIDS e che era stata propria degli anni del boom economico, l'avvio del nuovo millennio, orientato con risolutezza verso una globalizzazione ad ampio raggio, si presentava ben poco sereno.

La maggior parte degli abitanti della terra, quasi in diretta, sbalordita, assisteva infatti agli attentati dell'11 settembre 2001. Certo, non si trattava di un'epidemia, ma il seguito degli eventi si è avvicinato molto a un processo contagioso. Da allora, attacchi, gesti estremi di violenza, crisi umanitarie non hanno più smesso di susseguirsi diffondendo in molti luoghi lo stato di emergenza e l'adozione di misure straordinarie.

2. L. Spinney, *La grande tueuse. Comment la grippe espagnole a transformé le monde*, Albin Michel, Paris 2018.

3. Il virus Ebola deve il suo nome a un fiume della RDC dove l'epidemia è stata osservata per la prima volta nel 1976.

4. Si tratta del film *Virus letale* di Wolfgang Petersen uscito nel 1995.

Su un piano più strettamente epidemiologico, gli anni a noi più vicini appaiono un monito. Nel 2003, c'è stata l'epidemia di SARS (sindrome respiratoria acuta grave) dovuta a un coronavirus di origine animale. Partita dalla Cina, la SARS si è estesa a diversi Paesi dell'Asia, seppure in maniera limitata. Poi sono arrivate l'influenza aviaria e l'epizoozia (quest'ultima sempre dalla Cina e, secondo l'OMS, possibile origine di un'eventuale futura pandemia). È stata quindi la volta dell'influenza AH1N1 che, come le altre, ha assunto un volto planetario, ma ha beneficiato rapidamente, al pari delle influenze stagionali, di un vaccino. È quindi riemersa – esplodendo in tre Paesi dell'Africa occidentale (Liberia, Repubblica di Guinea e Sierra Leone) – l'epidemia di Ebola, creando panico ovunque<sup>5</sup>. Ma si sono pure aggiunte le arbovirosi (chikungunya e zika), malattie virali trasmesse da zanzare che, sebbene non inquietanti come Ebola o altre patologie, rientrano nel ciclo epidemico intervenuto, ultimamente, in varie parti del mondo.

Il quadro è abbastanza impressionante, eppure ha mobilitato poco la ricerca biomedica e farmacologica, pur avendo avuto la caratteristica di non riguardare solo continenti come l'Africa subsahariana, dove endemie ed epidemie hanno da sempre mostrato un elevato tasso di morbosità e di mortalità (si pensi ad arbovirosi quali la malaria o la dengue). Tutto ciò non ha indotto a impegnare nel settore sanitario un numero sufficiente di scienziati ed esperti. Fra questi, in parecchi hanno inutilmente paventato alle autorità che una grave pandemia – il cui agente patogeno fosse stato in grado di superare (come l'HIV, il virus dell'Ebola o il coronavirus della SARS) la barriera delle specie – sarebbe potuta sopravvenire in qualsiasi momento, senza che si disponesse subito di medicine specifiche per contrastarla o di vaccini per prevenirla. I fattori di rischio andavano in tale direzione: la crescita e l'accelerazione della mobilità umana, il rapido costituirsi di megalopoli, la trasformazione di migliaia di habitat (ad esempio a causa della deforestazione), il moltiplicarsi dei contatti fra esseri umani e animali, il riscaldamento climatico, le molteplici perturbazioni locali<sup>6</sup>.

Purtroppo, l'argomento veniva ripreso per lo più nelle trame di fiction. Ne è un esempio il film *Contagion*<sup>7</sup>: storia di un pericoloso virus proveniente da

5. C.I. Niang, *Ebola: une épidémie postcoloniale*, «Politique étrangère», 4, 2014, pp. 97-109.

6. S. Shah, *Tracking Contagions, From Cholera to Ebola and Beyond*, Sarah Crichton Books, New York 2016.

7. Film di Steven Soderbergh uscito nel 2011.

Hong Kong, imperniata sul racconto della ricerca del paziente zero per capire il processo di diffusione pandemico negli Stati Uniti.

Oggi, d'improvviso, lo scoppio del Covid-19 ha rubato la scena alle narrazioni cinematografiche. Emersa nella città cinese di Wuhan, la malattia ha indotto a mettere a punto un dispositivo per frenare l'espansione del contagio e proteggere le persone che non trova eguali se non nelle fiction o nei vecchi libri di storia. Denominato "confinamento", il dispositivo riporta in auge un termine ben più antico – la quarantena – che i secoli passati hanno depresso nelle memorie collettive in concomitanza alle epidemie di peste, colera o vaiolo. Più incredibile, in tutta la vicenda, il fatto che il confinamento, la quarantena e le altre misure coercitive – di cui si sarebbe potuto pensare che rimandassero a pratiche poco conformi a quanto attendersi o sperare, tanto dalle scienze biomediche quanto dagli Stati di diritto – arrivassero a generalizzarsi, nel giro di poche settimane, alla quasi totalità degli Stati nazionali del pianeta.

## 2. La coesistenza di quattro modelli di prevenzione

In un capitolo del volume *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, avevo riunito le misure suddette sotto l'appellativo di "modello della costrizione profana". Avevo quindi messo a confronto questo con un altro e forse più antico paradigma di prevenzione, a sua volta non privo di vincoli: il "modello magico-religioso". Comprendente interdizioni e obblighi, proscrizioni e prescrizioni sia individuali sia collettive, attività divinatorie e riti propiziatori spesso abbinati a gesti sacrificali per la confezione di oggetti protettivi, questo è particolarmente utilizzato nelle società tradizionali studiate, da oltre un secolo, dagli antropologi. Nonostante sia stato spesso considerato un sistema di credenze chiuse su se stesse (qualificate da taluni come "superstizioni"), tale modello – come l'ha indicato Robin Horton – ha sempre mobilitato elementi cognitivi universali (una sorta di "nucleo razionale") quali la causalità, l'analogia, l'induzione e la deduzione; ciò in vista di «spiegare, prevedere e controllare gli eventi»<sup>8</sup>, in particolare la malattia e la morte.

8. R. Horton, *Tradition and modernity revisited*, in M. Hollis, S. Lukes (eds), *Rationality and Relativism*, Backwell, Oxford 1982, pp. 201-260.

Per questo non è un'esclusiva delle società tradizionali, anzi, continua a coesistere con gli altri, cioè il paradigma della costrizione profana e i paradigmi che hanno accompagnato lo sviluppo sia delle scienze biomediche sia di una certa medicalizzazione o "sanitarizzazione" delle società contemporanee. Vari studi mostrano che, un po' dappertutto e persino in seno alle società cosiddette sviluppate (in principio "secolari"), si osserva un fenomeno massiccio di «gestione religiosa della salute»<sup>9</sup>, accompagnato dal proliferare di medicine alternative prossime alle maggiori fedi (cristianesimo, islam, buddhismo, neo-sciamanesimo, ecc.).

Prima di tornare sul modello di "costrizione profana" (dove l'aggettivo sottolinea l'assenza di riferimenti magico-religiosi), diffuso in realtà ovunque (la sua esistenza è attestata nelle comunità tradizionali, dove vigono pratiche di segregazione o d'isolamento dei malati contagiosi e degli infermi mentali), mi sembra utile esaminare altri due modelli degni di nota, concernenti in modo specifico forme di prevenzione recenti e di taglio moderno.

Il primo è il "modello Pasteur", dal nome del chimico francese che, nel XIX secolo, ha rivoluzionato il sapere scientifico sui contagi e le infezioni identificando i germi patogeni capaci di far insorgere una malattia trasmissibile negli uomini o negli animali (microbiologia)<sup>10</sup>. Tale rivoluzione rappresenta una sorta di chiarimento teorico cruciale nell'eziologia di numerose affezioni (a ogni malattia contagiosa o infettiva corrisponde un germe), rispetto alle idee che prevalevano in precedenza, come ad esempio la teoria dei miasmi. Ma corrisponde pure all'emergere di un modello di prevenzione inedito e dalle conseguenze pratiche enormi: la vaccinazione; questa consiste nell'indurre un'immunità artificiale negli individui affinché proteggano sé medesimi e gli altri dalle malattie infettive. Sebbene esistessero già da tempo, al di fuori dell'Europa, procedure simili (l'inoculazione di pustole del vaiolo), la rivoluzione di Pasteur consiste sia nell'aver dimostrato che l'universo della vita, specialmente sociale, comprende una moltitudine di microrganismi, alcuni all'origine di patologie, che da millenni affiancano l'evoluzione umana, sia nel fatto di aver condotto alla nascita di una biomedicina in grado di mettere a punto vaccini specifici contro le malattie infettive.

9. F. Lautman, J. Maître (eds), *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris 1995.

10. C. Salomon-Bayet (éd.), *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Payot, Paris 1986.

Il programma basato sulle vaccinazioni<sup>11</sup> ha costituito una delle innovazioni scientifiche principali del XX secolo, poiché innumerevoli patologie, in particolare ad alta mortalità infantile, hanno avuto il loro vaccino e ciò ha contribuito fortemente a migliorare la salute pubblica. Certo, altri fattori sono intervenuti, specie nei Paesi più sviluppati, e non va dimenticato che le campagne di vaccinazione di massa hanno talvolta suscitato resistenze presso la gente. Eppure, la scomparsa totale del vaiolo (proclamata dall'OMS nel 1980) rimane una vittoria, come lo sarebbe – qualora ci si arrivasse – la messa a punto di un vaccino contro l'HIV-AIDS, contro la malaria e le altre patologie a vettore, fra cui – oggi – il Covid-19. Si potrebbe al proposito scommettere che non ci sarebbe alcun bisogno di rendere tali vaccini obbligatori: le folle si precipiterebbero per farsi inoculare il prezioso prodotto preventivo.

Ecco perché, del resto, nonostante siano ancora sottoposti a imposizione per certe malattie da parte delle autorità, non si possono collocare i vaccini sotto l'egida delle costrizioni profane.

Il modello Pasteur risponde a logiche proprie strettamente connesse alle prestazioni delle scienze biomediche (virologia, immunologia, epidemiologia) e al modo in cui esse sono assunte dai Governi o comprese dalle popolazioni. Questo c'introduce al quarto e ultimo modello qui proposto, che – pur fondandosi sulle scoperte della biomedicina e sulle politiche di sanità pubblica – si distingue per il fatto di riguardare, ben al di là delle malattie infettive e contagiose, un ampio ventaglio di patologie o problemi causati da molteplici fattori.

Ho denominato tale paradigma “modello contrattuale” in quanto da decenni, nei Paesi più sviluppati<sup>12</sup>, si è in qualche sorta ridefinito il contratto sociale, stabilendo, da un lato, un *diritto* alla salute di cui sarebbero garanti i poteri pubblici e una biomedicina in costante progresso scientifico, dall'altro, un *dovere* alla salute che i cittadini sarebbero tenuti a rispettare diventando, essi stessi, come l'ha ben espresso Patrice Pinell<sup>13</sup>, dei “pazienti-sentinella”. Insomma, tenuto conto del progresso dei saperi biomedici ed epidemiologici, in particolare attraverso l'oggettivizzazione e la pubblicizzazione dei fattori di

11. A.-M. Moulin (éd.), *L'aventure de la vaccination*, Fayard, Paris 1996.

12. Ciò è meno vero per i Paesi del cosiddetto Sud del mondo dove, a parte le campagne di vaccinazione, le politiche sanitarie si sono poco diffuse.

13. P. Pinell, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, A.M. Métaillé, Paris 1992.

rischio, è diventato pressoché imperativo per ciascuno sorvegliare la propria salute e non esporsi a minacce (fumare, mangiare in modo disequilibrato, ecc.), cioè a potenziali comportamenti generatori di forme di cancro o di malattie cardiovascolari. Con un tale modello, l'enunciato “meglio prevenire che guarire” non è più un adagio di semplice buon senso; si trasforma piuttosto in un imponente schema culturale che detta dei comportamenti razionali sulla base di un «governo della vita»<sup>14</sup> illuminato da una gamma intera di discipline scientifiche, appartenenti all'ambito della sanità (dalle scienze biomediche alle scienze umane e sociali).

Ritroviamo qui le analisi di Michel Foucault sul dispiegamento in Europa, dal XVIII secolo, di un bio-potere che si applica tanto ai corpi e alle condotte individuali, quanto alla gente, al fine di rafforzare e proteggere gli Stati nazionali, producendo una quantità di norme che i cittadini interiorizzano<sup>15</sup>.

Il modello contrattuale mi sembra quello oggi prevalente nei Paesi sviluppati, sebbene anche gli altri tre modelli continuino a sussistere, come dimostrano la gestione religiosa della salute, l'attesa di nuovi vaccini per lottare contro malattie trasmissibili quali l'AIDS (ma tale aspettativa è controbilanciata dalle resistenze nei riguardi di certe vaccinazioni), la perennità della costrizione profana.

Tengo a precisare che, nella mia descrizione del 2001 di quest'ultimo paradigma, avevo preso a riferimento il periodo compreso fra il XIX e il XX secolo, quando non si trattava tanto di quarantene o di segregazioni (tranne nel caso degli asili psichiatrici o dei sanatori), bensì di un'ampia serie di controlli, obblighi, proibizioni e sanzioni. Il modello della costrizione profana si combinava allora con quello contrattuale, per formare una densa cultura della salute pubblica compatibile, in via di principio, con la salvaguardia delle libertà e dei diritti umani. Lo dimostra, in molti stati, la lotta contro gli incidenti della strada che si è fusa con messaggi relativi all'imposizione di allacciare le cinture di sicurezza e con sanzioni pesanti contro gli eccessi di velocità. Lo conferma poi il modo in cui il consumo di sigarette è stato combattuto attraverso messaggi dissuasori, l'aumento dei prezzi e le interdizioni di fumare nei luoghi pubblici.

14. D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris 1996.

15. Fra i testi di Michel Foucault dedicati all'argomento, si può citare il corso del 17 marzo 1976 in *Il faut défendre la société*, Hautes Études-Gallimard-Seuil, Paris 1997.

Un tale combinarsi di modelli preventivi ha reso sempre più la sanità pubblica una questione essenziale nell'arte di governare, al punto – per chi esercita il potere – di subirne i contraccolpi o di considerare che, sul tema della salute, vi è materia per disqualificare o legittimare una forza (si pensi alle conseguenze dello scandalo del sangue contaminato da HIV in Francia e altrove).

### 3. Il riattualizzarsi massiccio della costrizione profana e gli Stati nazionali

Per anni, nonostante le fiction hollywoodiane e a dispetto dei timori di virologi o epidemiologi circa l'emergere di una possibile grave malattia su vasta scala, prima della scoperta di cure e vaccini per combatterla, il modello della costrizione profana, con le sue antiche pratiche d'isolamento e di segregazione, non ci è più apparso d'attualità. Lo si è superficialmente rinvio a regimi autoritari, come nel caso di Cuba con la sua realizzazione di depistaggi sistematici dell'HIV o l'installazione di sanatori per l'AIDS.

Abbiamo avuto torto e abbiamo mancato d'attenzione per i segni di allarme (SARS ed Ebola). Con lo scoppio del Covid-19, in assenza di trattamenti specifici, la maggior parte dei Paesi ha infatti riportato in auge, nel giro di poco, le vetuste procedure della costrizione profana.

I Governi si sono affidati a quarantene, cordoni e controlli sanitari, forme d'isolamento e di chiusura in lazzaretti moderni, ecc. Gli strumenti di lotta contro i flagelli del passato (peste, lebbra, colera, vaiolo), inventariati e analizzati dagli storici delle epidemie<sup>16</sup>, sono stati rivisitati, analogamente a quanto era avvenuto agli inizi del XX secolo negli imperi coloniali (particolarmente in Africa), quando si era tentato di contrastare la febbre gialla o la malattia del sonno. Le misure di segregazione, i cordoni sanitari, la marcatura dei corpi, la creazione di lebbrosari e di spazi per gli affetti dalla malattia del sonno che erano stati adottati nelle colonie, cioè in un ambito senza dubbio contraddistinto dall'autoritarismo, riprendevano tecniche diffuse in Europa durante epoche ben lontane<sup>17</sup>.

16. J.-N. Biraben, *Les Hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 tomes, Mouton, Paris 1975; P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*, Editions de La Martinière, Paris 2003.

17. J.-P. Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, Paris 1996.

Di certo, nessuno storico avrebbe però immaginato che misure del genere arrivassero a riaffermarsi nel XXI secolo, anche perché le conoscenze virologiche e epidemiologiche permettono ormai d'identificare agenti patogeni ed elaborare test diagnostici in breve tempo, rendendo possibile la previsione della circolazione dei virus e anticipandone sia il grado di contagiosità sia di letalità per la popolazione. Purtroppo, con il Covid-19, tale sapere non si è sommato, con altrettanta velocità, alla messa a punto di terapie<sup>18</sup>; per questo le obsolete procedure della costrizione profana sono state rivisitate, come hanno dimostrato in modo spettacolare le autorità cinesi, confinando una città di 11 milioni di abitanti. Nella "guerra" ingaggiata contro il virus, le autorità politiche e sanitarie sono poi ricorse, qua e là, a forme di pedagogia lanciando messaggi specifici alla gente (lavaggio frequente delle mani, distanziamento sociale, uso di mascherine), secondo modalità tipiche del paradigma contrattualistico nel quale cittadinanza e sanità si confondono.

Resta il fatto che le procedure costrittive hanno avuto la meglio dovunque, seppure con gradi diversi. In certi Paesi (dove i tamponi erano disponibili) si è privilegiato il depistaggio sistematico della popolazione, con l'isolamento delle persone positive<sup>19</sup>, mentre in altri si sono confinati tutti gli abitanti, contaminati e non. Infine, in taluni casi, per salvaguardare l'economia nazionale, si sono adottate chiusure di spazi pubblici e di frontiere.

Riecheggia, in quest'uso variegato della costrizione profana un fenomeno gigantesco: l'apparire in ogni luogo della terra di stati d'eccezione, con la sospensione di libertà fondamentali (di riunione, di commercio, di circolazione) e la possibilità, per le autorità politiche, di governare per decreto e ordinanze. Qualcosa che poteva corrispondere al profilo di un Paese quale la Cina (col suo sistema non pluralista e repressivo, ideale per l'assunzione di misure straordinarie), si è esteso alle realtà democratiche.

Di fronte a tale constatazione, si potrebbe forse riprendere il pensiero di Giorgio Agamben<sup>20</sup>, lettore di Carl Schmitt, sull'idea di stato d'eccezione come

18. È successo anche con l'HIV-AIDS: sono trascorsi oltre dieci anni dalla scoperta dei retrovirus, dai test di sieropositività all'avvento della triplice terapia. Ma i paragoni si fermano qui, in quanto l'AIDS è in genere letale, mentre la malattia dovuta al Covid-19 non lo è; inoltre, dall'AIDS è sempre stato possibile proteggersi individualmente, ad esempio, tramite l'uso di preservativi.

19. Arriviamo in tal caso a un livello di costrizione che coincide con una mobilitazione quasi militare della gente.

20. G. Agamben, *Stato di eccezione*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

virtualità (e persino come verità) propria dei Paesi democratici. Ne sarebbe una palese dimostrazione, dall'11 settembre 2001 in avanti, il ricorso a decreti d'urgenza in materia di libertà, per rispondere agli attentati jihadisti. Ma non intendo procedere esattamente su un cammino del genere. Rispetto allo "stato d'eccezione", ciò che mi colpisce di più non è tanto il rischio di cancellare la distinzione fra regimi democratici e regimi autoritari, bensì, mi sembra, il fatto che le costrizioni o le interdizioni (sospensione delle libertà) imposte ai cittadini siano ben accolte e ben accettate dalla gente. Addirittura, in parecchi, ritengono che i Governi non agiscano con sufficiente determinazione come se, in fondo, tenuto conto che si tratta di questioni di vita o di morte, il consenso nazionale debba emergere come un dato scontato, associando in un unico afflato politica e cura, obblighi e doveri, salute e protezione.

Comune, poi, il dato che gli stati d'eccezione abbiano condotto alla riscoperta del ruolo primario delle nazioni. Se il Covid-19 è evidentemente globale (capace d'impegnare, non senza forme di competizione, scienziati del mondo intero), le maniere di affrontarlo, o meglio le misure di costrizione profana privilegiate, sono state essere applicate a popolazioni con peculiari specificità storiche, culturali ed economiche (il che spiega una certa variabilità nelle scelte). Al contempo, il Covid-19 ha permesso di riaffermare la pertinenza delle frontiere e dunque l'esercizio della sovranità nazionale persino in luoghi, come all'interno dell'Europa, dove erano ormai formalmente abolite. Ciascuno si è ritrovato a gestire, con più o meno efficacia, la propagazione dell'agente patogeno, in autonomia, quasi ignorando quando faceva il vicino.

A dispetto poi della vocazione universalista che caratterizzerebbe in linea di principio l'esistenza di un'istituzione quale l'OMS, il Covid-19 ha ridotto a poca cosa le forme di solidarietà internazionale e le prospettive di un cosmopolitismo rampante. Ciò deve interrogarci sulla reale volontà di affrontare insieme le pesanti minacce che pesano sull'umanità.

Da notare infine come Stati nazionali caratterizzati da un sistema sanitario e da un'economia che funzionano soprattutto grazie al settore informale abbiano agito in modo pressoché identico a quelli che dispongono di mezzi di ben altra portata per rispondere al Covid-19. Penso ovviamente all'Africa: i Governi locali, al pari dei loro omologhi nel nord del mondo, hanno riaffermato la loro sovranità sbarrando le frontiere coi Paesi confinanti e ripudiando così l'esistenza dei meccanismi di cittadinanza regionale, messi in campo da

tempo che garantiscono la libera circolazione di persone e merci (ad esempio nell'Africa dell'Ovest).

Insomma, tutto lascerebbe pensare che, indipendentemente dalla loro natura (democratica, autoritaria o illiberale) e dalle capacità reali di applicare le loro prerogative, i vari Paesi – ciascuno in base al proprio profilo – abbiano colto il momento presente per ribadire, con forza, la loro sovranità: il Covid-19 (fenomeno di per sé mondiale) ha dunque paradossalmente avuto per effetto la riattivazione degli Stati nazionali e, persino, dei nazionalismi.

## Riferimenti bibliografici

- Agamben G., *Stato di eccezione*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Bado J.-P., *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, Paris 1996.
- Biraben J.-N., *Les Hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 tomes, Mouton, Paris 1975.
- Bourdelaïs P., *Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*, Editions de La Martinière, Paris 2003.
- Dozon J.-P., Fassin D. (éds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris 2001.
- Fassin D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris 1996.
- Foucault M., *Il faut défendre la société*, Hautes Études-Gallimard-Seuil, Paris 1997.
- Horton R., *Tradition and modernity revisited*, in M. Hollis, S. Lukes (eds), *Rationality and Relativism*, Backwell, Oxford 1982, pp. 201-260.
- Lautman F., Maître J. (éds.), *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, Paris 1995.
- Moulin A.-M. (éd.), *L'aventure de la vaccination*, Fayard, Paris 1996.
- Niang C.I., *Ebola : une épidémie postcoloniale*, «Politique étrangère», 4, 2014, pp. 97-109.
- Pinell P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, A.M. Métaillé, Paris 1992.
- Salomon-Bayet C. (éd.), *Pasteur et la révolution pastorienne*, Payot, Paris 1986.
- Shah S., *Tracking Contagions, From Cholera to Ebola and Beyond*, Sarah Crichton Books, New York 2016.
- Spinney L., *La grande tueuse. Comment la grippe espagnole a transformé le monde*, Albin Michel, Paris 2018.