

Cosa è andato storto

Corona virus e il mondo dopo il Lockdown

Carlo Caduff, King's College di Londra

Documento accettato per la pubblicazione su *Medical Anthropology Quarterly*

"È come se l'umanità si fosse divisa tra coloro che credono nell'onnipotenza umana (chi pensa che tutto sia possibile se uno lo sa come organizzare le masse per esso) e quelli per i quali l'impotenza è diventata l'esperienza principale delle loro vite. "
Hannah Arendt

Le misure che i governi di tutto il mondo hanno adottato per contenere la diffusione della malattia di coronavirus sono enormi e senza precedenti. Come risultato di queste misure, la vita è arrivata a un punto quasi completo, con molti paesi in confinamento. Mai nella storia dell'umanità ci sono interventi così drastici nelle vite delle popolazioni avvenute in nome della salute su tale scala e in un periodo di tempo così breve.

Come risultato del più grande e forse più rigoroso blocco del mondo, milioni di i lavoratori salariati giornalieri hanno perso la loro fonte di reddito in India. Operatori sanitari sono stati attaccati e sfrattati dalle loro case perché sono visti come potenziali spargitori di malattia contagiosa (Kalra e Ghoshal 2020). Vicini di casa sono stati spaventati quando un'ambulanza appariva sulla strada. A causa del divieto improvviso di qualsiasi forma di trasporto, i lavoratori migranti sono stati bloccati tra le città in cui lavoravano e i villaggi in cui si trovano le loro famiglie (Danial et al 2020). I malati di cancro non sono stati in grado di ricevere essenziali cure mediche perché non possono raggiungere l'ospedale. I poveri, gli emarginati e le persone vulnerabili sono maggiormente colpiti da misure drastiche, esacerbando le disuguaglianze già esistenti.

In Kenya, la polizia ha imposto un coprifuoco al coronavirus usando gas lacrimogeni ed eccessiva forza contro presunti violatori della legge di blocco (Namwaya 2020). In Bangladesh, il governo ha creato un'unità speciale per monitorare i social media e arrestare le persone per aver diffuso la "disinformazione" sul virus (Hrw 2020). In Ungheria, il parlamento ha approvato una legge che consente al primo ministro Orbán di limitare la libertà del discorso, rinviare le elezioni e sospendere le norme e i regolamenti con decreto (Gebrekidan 2020). In India, i governi statali hanno liberato le aziende da norme legislative, comprese le leggi sulla salute sul lavoro, per stimolare l'economia (Sharma 2020).

In Libano, la valuta è crollata, lasciando il 75% della popolazione bisognosa di cibo e aiuto (Chulov 2020). Negli Stati Uniti, oltre 33 milioni di persone hanno presentato domanda sussidi di disoccupazione (Rushe e Aratani 2020). Sfortunatamente, dalla stesura di questo documento, molte cose rimangono completamente sconosciute in questa pandemia nonostante un'indagine approfondita. Ad esempio, non conosciamo cosa ha contribuito a contenere l'epidemia in Cina, e in particolare se gli interventi del governo hanno ridotto la diffusione del virus o se il virus si è esaurito prima di passare ad altre popolazioni sensibili. Il fatto è: semplicemente non lo sappiamo.

Tuttavia, molti attori e istituzioni hanno proceduto come se lo sapessero, imponendo misure estreme che hanno colpito miliardi di persone e che hanno spinto le società sull'orlo del collasso creando povertà, fame, miseria, debito, e disoccupazione.

Oggi molti si chiedono come siamo finiti dove siamo. Come è stato possibile per un virus innescare una risposta così massiccia che continua a minacciare la società e l' economia,

con così poche discussioni sui costi e le conseguenze di tali misure estreme? Perché c'è un accordo diffuso a cui interventi aggressivi per "Appiattare la curva", era necessario e giustificato? Sembra che questo esperimento di salute pubblica senza precedenti si è verificato senza sufficiente considerazione del sociale, e delle conseguenze politiche ed economiche.

La mancata presa in considerazione dell'impatto delle misure estreme che sono diventate la norma in molti luoghi della pandemia di Covid-19 è stata sbalorditiva. La distruzione di vite e mezzi di sussistenza in nome della sopravvivenza ci perseguiterà decenni.

Come tutto è iniziato

L'epidemia di coronavirus sembra essere iniziata nella città cinese di Wuhan a dicembre 2019. A gennaio, il governo cinese ha messo in isolamento Wuhan e altre grandi città della provincia in lockdown. Un blocco di 56 milioni di persone "Non ha precedenti nella storia della salute pubblica, quindi non è certo una raccomandazione l'OMS ha creato ", la dott.ssa Gauden Galea, dell'Organizzazione mondiale della sanità rappresentante a Pechino, sottolineava all'epoca (Reuters 2020). In altre province, il governo cinese ha implementato misure più mirate, tra cui chiusure di fabbriche e chiusure di scuole, ma nessun blocco o restrizione nazionale di movimento per limitare la diffusione della malattia.

I principali media negli Stati Uniti hanno definito la strategia della città bloccata in Cina di Wuhan e nei dintorni "aspro", "estremo", "grave" e "controverso", sottolineando che non ha offerto "nessuna garanzia di successo" (Qin et al. 2020). A New York l'articolo del Times ha osservato che "la Cina sta cercando di fermare un focolaio di coronavirus usando una tattica ... con una storia lunga e complicata ma piena anche di preoccupazioni sociali, politiche e etiche" (Levenson 2020). Gli esperti citati nell'articolo definiscono il blocco delle città "un'impresa incredibile" che sarebbe "in modo palese incostituzionale negli Stati Uniti." "Questo tipo di cose", ha detto James Hodge, Professore di diritto, "è ovviamente una risposta eccessiva". Un altro esperto citato nell'articolo, lo storico Howard Markel, indicava il "lato oscuro della quarantena: il suo uso come strumento sociale anziché come uso scientifico come strumento medico ". Negli Stati Uniti Regno, articoli di giornali suggeriscono che il governo cinese non sarebbe stato in grado di mantenere la città di Wuhan "chiusa per affari a tempo indeterminato" (Graham-Harrison 2020).

A febbraio, il virus ha continuato a circolare e presto è apparso in altri paesi.

A marzo, l'OMS ha dichiarato l'epidemia di Covid-19 una pandemia globale. Nonostante la critica dell'approccio cinese, una versione grezza ed estrema di blocco divenne la norma internazionale promossa da esperti, funzionari e media di tutto il mondo. Le preoccupazioni per "il lato oscuro della quarantena" svanirono rapidamente.

Alcuni paesi come la Corea del Sud hanno tralasciato questa norma e hanno scelto invece un classico intervento di malattia infettiva: testa-traccia-isola, con un approccio altamente centralizzato alla raccolta di informazioni di sanità pubblica. Enfatizzare i test di massa e tracciamento meticoloso dei contatti per interrompere la catena di trasmissione; i funzionari sanitari sudcoreani hanno chiuso le scuole e gestito la crisi senza successivi blocchi, blocchi stradali e poche restrizioni di movimento. Significativamente, la Corea del Sud ha appreso da precedenti focolai di malattie infettive (in particolare la SARS), ha imposto un controllo centrale, tecnologie digitali, quarantene forzate e ha assistito ad uno dei più bassi tassi di mortalità Covid-19. Entro la fine di aprile 2020, sono stati rilevati circa 10.000 casi di infezione, ma solo 240 persone sono morte.

La Germania ha sviluppato il proprio protocollo di test, che è stato pubblicato il 17 gennaio dall'OMS (Beaumont 2020). Quando il primo caso è stato rilevato il 28 gennaio, La Germania ha avviato test di massa, tracciabilità sistematica dei contatti e presto ricovero in ospedale, mantenendo basso il tasso di mortalità e ospedali funzionanti anche quando aumentavano dei casi di infezione (Mohr e Datan-Grajewski 2020). Funzionari sanitari si appoggiavano su una vasta rete di laboratori e ha potuto condurre 500.000 test SARS-CoV-2 (Covid-19) a settimana (Buck 2020). Insieme alla Corea del Sud, la Germania hanno messo i test e la traccia dei contatti al centro della risposta.

Nonostante l'enfasi dell'OMS sui test e la Corea del Sud e la Germania in anticipo, nel successo nel ridurre la diffusione del virus, la maggior parte dei paesi ha considerato il test di massa come una priorità bassa e si basavano su una versione estrema dell'approccio cinese di confinamento. Tuttavia, in Cina, l'approccio è stato adattato e regionalizzato; come un Il rapporto dell'OMS ha osservato che "le misure specifiche di contenimento sono state adattate alla provincia, contea e persino al contesto della comunità, la capacità locale e la natura della nuova trasmissione del coronavirus"(OMS 2020). Il blocco si è concentrato sulle principali città della provincia più colpita, limitando la vita di 56 milioni di persone in un paese di 1,4 miliardi. In altre parole, è stato un blocco limitato che ha interessato il 4% di Popolazione totale della Cina. Contrariamente all'intervento su misura e differenziato a livello regionale, che ha cercato di ridurre al minimo l'impatto socio-economico della risposta, molti altri governi in tutto il mondo hanno imposto blocchi a livello nazionale andando ben oltre l'approccio cinese a città chiusa. In pratica, questi blocchi equivalevano a coprifuoco (spesso legalizzato dalle leggi di emergenza).

L'Italia è stata la prima nazione al mondo con un blocco/coprifuoco nazionale. Molti paesi seguirono l'esempio, in parte motivati da immagini scioccanti di ospedali travolti nel nord Italia e in parte guidato da un rapporto modello-malattia pubblicato nel Regno Unito pochi giorni dopo il sorprendente annuncio del blocco nazionale italiano (Ferguson et al. 2020). A questo momento di shock e sorpresa si è innescata una reazione a catena nella risposta pandemica. L'orizzonte si spostò, l'inconcepibile divenne possibile e la vita improvvisamente sembrò surreale.

Il modello di malattia del Regno Unito ha attirato molta attenzione, creando un senso di urgenza amplificato dalla pressione politica perché i numeri erano allarmanti (Ferguson 2020). Pubblicato senza revisione (peer review) su un sito Web istituzionale, il rapporto confrontò Covid-19 con la grande pandemia del 1918, che uccise oltre 50 milioni di persone in tutto il mondo e ha suggerito, senza alcuna prova, che SARS-CoV-2 era "un virus con letalità paragonabile all'influenza H1N1 nel 1918. "Il più spaventoso di tutti, questa non era tanto la letalità del virus SARS-CoV-2, ma la licenza di correre e avanzare con previsioni, abbandonare gli standard di base della scienza per spaventare le persone.

Per Covid-19, il rapporto prevedeva 510.000 morti nel Regno Unito e 2.2 milioni di morti negli Stati Uniti. Ha presentato possibili strategie per ridurre il impatto della pandemia, ma l'attenzione si è concentrata esclusivamente su "non interventi non farmacologici". Non si è discusso di test e tracciamento dei contatti. La strategia nota e provata di sanità pubblica per essere efficace è stata sistematicamente messa da parte in uno dei report più influenti che emergeranno nella pandemia di Covid-19. Significativamente, il rapporto ha affermato di concentrarsi sulla "fattibilità" delle misure e promosso l'idea che la soppressione sistematica della trasmissione funzionerebbe meglio" - in altre parole, blocchi. Tuttavia, ha escluso da qualsiasi considerazione il sociale, politico e le implicazioni economiche dei blocchi, osservando che "nessun intervento di sanità pubblica

con tali effetti dirompenti sulla società è stato precedentemente tentato per così lunga durata. Oltre a ignorare i test e il tracciamento dei contatti come possibile strategia, trascurando le implicazioni sociali, politiche ed economiche di blocchi, e ammettendo che non esiste una "decisione politica facile da prendere", gli autori del rapporto si sono sentiti abbastanza sicuri per affermare che la "soppressione" era l' "Opzione politica preferita" e "unica strategia praticabile" che i paesi in tutto il mondo dovevano implementare "immediatamente". I blocchi necessari per la soppressione dovrebbero essere mantenuti "fino a quando un vaccino non sarà disponibile" (che prevedevano essere "potenzialmente 18 mesi o più").

Una versione grezza, estrema e in definitiva insostenibile dell'approccio cinese divenne la norma internazionale. Chiudere la società e l'economia fino a che il trattamento medico preventivo diventa disponibile è stato affermato come appropriata risposta e l'unico modo possibile per affrontare la crisi, nonostante i costi e conseguenze.

L'Italia è stata considerata un modello importante ma fondamentalmente ambivalente, spostando il concetto di città chiusa in un approccio di campagna chiusa. Lo scenario italiano è stato rassicurante e spaventoso ma anche stimolante e motivante. Per evitare il disastro italiano, i governi hanno adottato l'approccio italiano di confinamento di massa e rigida restrizione di movimento come intervento di taglia unica. In molti posti in tutto il mondo, tra cui l'Italia e la Francia, l'approccio del paese bloccato prese una forma militarizzata con un massiccio dispiegamento della polizia per imporre restrizioni di blocco.

L'approccio del paese bloccato sembrava ovviare alla necessità di giustificare la strategia differenziata che avrebbe potuto apparire ineguale e ingiusta, e che avrebbe potuto intensificare i conflitti sociali e politici lungo molteplici fratture interne e linee di faglia. Per evitare la ricaduta politica di una strategia differenziata, che richiedono test sistematici, i funzionari governativi in Europa e altrove hanno invocato l'immagine politicamente opportuna di una minaccia totale e hanno suggerito che "siamo tutti nella stessa barca "e che" siamo tutti insieme in questo ".

L'idea che i blocchi regionali non sarebbero possibili e che sarebbe meglio trattare il virus come una minaccia globale che avrebbe un impatto uniforme su tutte le persone coinvolte evoca l'immagine di una nazione unita di fronte a una minaccia totale che richiedeva il sacrificio di tutti. Questa immagine si basava su una falsa ipotesi di uguaglianza. Solidarietà arrivò a significare non un sostegno reciproco in una situazione di rischio irregolare, ma piuttosto generalizzazione di un senso di pericolo in una popolazione nazionale percepita come corpo omogeneo sotto attacco. L'ideologia della solidarietà nazionale pandemica – di mettere tutti in prigione e trattare tutti allo stesso modo – oscura la realtà che i blocchi significano cose diverse per persone diverse, e questo non tutti sono ugualmente esposti o ugualmente vulnerabili. Sia il virus che il blocco colpì in modo sproporzionato coloro che erano già vulnerabili lungo le età, classe e razza.

Riferimenti drammatici all'entità della minaccia sono serviti da giustificazione politiche di blocco a livello nazionale. Questo approccio estremo e senza precedenti imposto sistematicamente a intere popolazioni era guidato da una serie di fattori che ha prevalso in vari paesi del mondo: un senso crescente di panico, sensazionalismo mediatico costante, profondi desideri autoritari, aumento della pressione politica per contenere la diffusione del virus, racconti inquietanti di ospedali sopraffatti incapaci di far fronte all'ondata di pazienti, fuorvianti calcoli della mortalità e, soprattutto, una fiducia nel potere matematico della modellistica della malattia.

Durante la pandemia di Covid-19, c'è stato accordo tra gli osservatori e il pubblico che è chiaro ciò che sta accadendo; che tutti sanno cosa sta succedendo perché tutti possono vederlo in televisione. Tuttavia, il flusso infinito di resoconti dei media di tutto il mondo ha continuato a oscurare il fatto che è impossibile sapere cosa sta succedendo in una popolazione quando non ci sono test sistematici. La mancanza di test ha creato un vuoto che è stato colmato dall'evidenza flessibile della modellizzazione della malattia. In assenza di dati attendibili, la modellazione della malattia è emersa come presumibilmente la migliore e unica scienza disponibile di informazione politica.

Iperbole mediatica focalizzata su numeri assoluti indipendenti dal contesto e reso i morti Covid-19 politicamente visibili. Modellizzazione flessibile delle malattie (spesso basata su dati derivati da virus come l'influenza) ha preso il posto di un'accurata sorveglianza epidemiologica. Gli articoli scientifici pubblicati online senza revisione hanno fatto proiezioni paurose e dipinto un quadro cupo. Creazione di modelli di simulazione ampiamente diffusi con effetti shock, hanno modellato le politiche del governo.

Un focus limitato sui numeri ha giocato un ruolo importante nella comprensione dell'entità della minaccia, alimentando la paura e il panico in assenza di prove reali. Un immaginario distinto prese piede, "l'immaginario di un evento senza precedenti", che sembrava richiedere una risposta senza precedenti (Kelly 2018). C'è stato un diffuso sentire, tra esperti e media, che il virus SARS-CoV-2 era molto più letale dell'influenza. Che questa pandemia fosse diversa dall'influenza e quindi necessario un approccio diverso è stato in genere richiesto sulla base del numero dei decessi rispetto agli infetti, come sottoinsieme di quelli infetti da SARS-CoV-2.

Il tasso di mortalità ha svolto un ruolo cruciale nella giustificazione dell'esperimento sulla salute pubblica che ora si sta svolgendo sotto i nostri occhi.

Oscurare la mancanza di prove con i numeri

Le stime del tasso di mortalità per caso inizialmente variavano enormemente dallo 0,17% al 17%. In un articolo pubblicato su *The Lancet*, gli scienziati hanno affermato che il tasso di mortalità potrebbe addirittura essere alto fino al 20% (Baud et al. 2020). All'inizio di marzo 2020, il direttore generale dell'OMS ha dichiarato che il tasso di mortalità per caso per SARS-CoV-2 era del 3,4%. Ha aggiunto: "Di confronto, l'influenza stagionale uccide generalmente meno dell'1% tra quelli infetti." Qualunque siano le stime, resta il fatto che è impossibile calcolare il tasso di mortalità in assenza di test sistematici. Data la mancanza di prove, solo una dichiarazione scientificamente valida al momento sarebbe stata quella di dire che noi semplicemente non sappiamo quanto sia letale il virus.

All'inizio di questa pandemia divenne chiaro che oltre il 40% delle persone infette non avevano alcun sintomo al momento del test (Gudbjartsson 2020). Questo significa che un regime di sorveglianza in cui vengono testate solo le persone con sintomi esclude automaticamente un gran numero di infezioni. Inoltre, i pazienti con i sintomi hanno molte più probabilità di morire rispetto alle persone asintomatiche. Il risultato è un tasso esagerato di mortalità.

Le strategie di test differivano tra i vari paesi e sono cambiate all'interno dei vari paesi nel tempo. Ad esempio, il 25 febbraio 2020, il Ministero della Salute italiano ha pubblicato una politica riveduta per i test, dando la priorità ai pazienti con gravi sintomi clinici (e quindi maggiori possibilità di morire). Questo cambiamento nella politica ha provocato un apparente aumento del tasso di mortalità per caso del 3,1% il 24 febbraio al 7,2% il 17 marzo (Onder et al. 2020). All'improvviso il virus sembrò diventare molto più mortale.

Tuttavia, questo aumento era un'illusione numerica, un artefatto statistico. Non c'era nessun cambiamento nella mortalità del virus.

Cambiamenti nella politica dei test si sono verificati in molti paesi e persino tra regioni dove sono state utilizzate diverse tattiche per contare le morti. In Cina, con test positivo i pazienti asintomatici sono stati esclusi dall'essere contati come casi di infezione (Wu et al. 2020). In Belgio, le morti sono state contate indipendentemente da qualsiasi test (Schultz 2020). Del 52% di tutti i decessi, solo il 4,5% si è rivelato confermato dal test di laboratorio come Covid-19 positivo. Quasi la metà di tutte le vittime era semplicemente sospettata di esserlo collegato al virus ma non era mai stato effettivamente testato. Non c'era e non c'è alcun accordo tra esperti e funzionari su ciò che conta come una morte causata dal virus. In Italia, i decessi correlati a Covid-19 sono stati definiti come quelli che si verificano in pazienti positivi al test, "indipendentemente dalle malattie preesistenti che potrebbe aver causato la morte" (Onder et al. 2020). Ciò è particolarmente preoccupante in termini di qualità dei dati perché la stragrande maggioranza dei decessi si verifica nei pazienti che lo sono di età superiore a 65 anni con una o più comorbidità. Pazienti positivi ai test che muoiono perché di malattie cardiache o cancro terminale non muoiono necessariamente a causa della infezione da SARS-CoV-2. Tuttavia compaiono nelle statistiche di alcuni paesi. Questa confusione tra i pazienti che muoiono con il virus e quelli che muoiono di esso ha avuto un impatto sui dati e sulla sua qualità, rendendo confronti tra paesi impossibile.

Aggiungete a ciò il fatto che quasi tutti i test eseguiti utilizzano test RNA, che possono rilevare un'infezione solo finché il virus è presente nel corpo. Con questi test, tuttavia, non è possibile stabilire se una persona aveva il virus in passato. Solo i test sierologici per gli anticorpi contro il virus possono fornire un quadro accurato di quante persone sono state infettate in una determinata popolazione. Eppure, studi sierologici così sistematici erano assenti e ad ora mancano.

Data la mancanza di test e tenendo conto del ruolo del bias di selezione, il grande numero di casi asintomatici, le confusioni nelle definizioni dei casi, i cambiamenti in testare le politiche e la difficoltà di sapere se un paziente sta morendo per malattia covid-19 o per altre cause di morte, il denominatore per il calcolo dei tassi di mortalità effettivi non può essere attendibilmente determinato. Senza un denominatore è matematicamente impossibile calcolare il tasso di mortalità. Tuttavia, nonostante la mancanza di dati, esperti, funzionari e i media sono rimasti colpiti dal presupposto della chiarezza e dell'affidabilità dei numeri, e hanno continuato a far circolare stime selvagge, scatenando una pandemia di grafici spaventosi con curve esponenziali.

Nelle ultime settimane di marzo, sono stati effettuati sempre più test a livello globale e altro ancora i test continuano al momento della pubblicazione. Non sorprende che le stime del tasso di mortalità è sceso in modo significativo, perché il denominatore è salito a causa dell'aumento dei test. In Islanda, il 12% della popolazione è stata testato usando test basati su RT-PCR indipendentemente dai sintomi, suggerendo un tasso di mortalità dello 0,55%. Questa cifra è 6 volte inferiore alla stima ufficiale dell'OMS per Covid19.

Il Center for Evidence-Based Medicine dell'Università di Oxford ha osservato che se si presume che l'1% della popolazione islandese sia infetta, quindi il corrispondente il tasso di mortalità per infezione sarebbe dello 0,03%. Uno studio basato su RT-PCR e test sierologici condotti in una delle regioni più colpite della Germania hanno indicato un tasso di mortalità per caso dello 0,37% e tasso di mortalità per infezione dello 0,06% (Streeck et al. 2020).

Sappiamo da epidemie e pandemie del passato che il tasso di mortalità è spesso sovrastimato in modo massiccio all'inizio di un focolaio perché il rilevamento è limitato, in gran parte basato su pazienti ospedalieri e tipicamente distorto dai casi più gravi di

malattia. Quando si è verificata la pandemia di influenza suina H1N1 nel 2009, il tasso di mortalità per caso stimato variava dallo 0,1% al 5,1% nelle prime 10 settimane dello scoppio. Nel 2019, un decennio dopo la pandemia, l'OMS ha riferito che la pandemia di influenza suina si è rivelata avere un tasso di mortalità per caso dello 0,02% . Questo significa che il tasso di mortalità per caso effettivo è stato 5 volte inferiore alla stima più bassa.

La borsa di studio delle scienze sociali ha dimostrato come i numeri possano ingannare. I numeri hanno la capacità di rivelare e nascondere. Qui sta la loro magia. Sembrano come portatori apparentemente neutrali di verità. Offrono un senso di precisione matematica, rendono le cose più certe di quanto non siano in realtà e spostano l'attenzione lontano dalle condizioni in cui sono stati prodotti. Non tener conto dei limiti e delle condizioni della loro produzione e trattare i numeri come assoluti è un passaggio pericoloso perché rende le cose comparabili anche se non sono comparabili, perché suggerisce la conoscenza scientifica laddove vi è mancanza di prove e perché crea il senso di una grave minaccia che oscura la natura differenziale di rischio. Usando i numeri in questo modo non si riesce a spiegare il fatto che non tutti i soggetti sono a rischio allo stesso modo.

Fragilità strutturali

Tra le figure più interessanti della pandemia SARS-CoV-2 c'è il numero di morti per milione di abitanti per paese. Questo numero è probabilmente più affidabile rispetto al tasso di mortalità per caso in quanto i decessi sono meno probabili (ignorando per ora il caso del Belgio e la difficoltà di definire i decessi causati dalla SARS-CoV-2) e perché il denominatore, la popolazione di un paese, è noto. Ecco il numero attuale di decessi per milione di abitanti per cinque paesi al 15 maggio 2020:

Spagna: 584

Italia: 519

Francia: 420

Germania: 95

Corea del Sud: 5

Le differenze sbalorditive tra i paesi non possono essere spiegate esclusivamente da demografia o tassi di infezione (alcuni paesi sembrano avere più persone infette per milione di abitanti rispetto ad altri e quindi potrebbe essere soprastimato, anche se questo è anche una questione di tempo: quanti casi alla settimana per regione). Queste differenze potrebbero rivelare (ed è importante notare che potrebbero anche cambiare) che alcuni sistemi sanitari sono in grado di affrontare la crisi in modo migliore rispetto a altri. Le fragilità strutturali di un fondo sanitario insufficiente, a corto di personale, troppo sotto stress ed il sistema sanitario sempre più privatizzato e frammentato possono contribuire ad aumentare i tassi di mortalità (Adams 2020). In un certo senso, ogni società ha la mortalità che merita (Canguilhem 1989) (p. 161).

Dove l'assistenza medica è facilmente accessibile, con personale sufficiente e ben addestrato, e con flessibilità di capacità, i pazienti hanno maggiori probabilità di ricevere cure migliori e sopravvivere.

In questo senso è importante notare che la Spagna abbia 3 letti per 1.000 abitanti, Italia 3,2, Francia 6, Germania 8 e Corea del Sud. Sebbene letti per abitanti sono un indicatore rozzo, è interessante notare che la Germania può contare su 30.000 posti letto per terapia intensiva, di cui solo 11.500 sono stati occupati all'inizio di Aprile 2020 (Mdr 2020). Questo in un momento in cui c'erano più casi in Germania rispetto a Francia e

Regno Unito e leggermente inferiore rispetto a Spagna e Italia.

La Germania non era chiaramente un sistema sanitario sopraffatto da un'improvvisa ondata di pazienti. Ironia della sorte, organizzazioni come l'OCSE hanno spesso rimproverato la Germania in passato che il sistema sanitario per "eccesso di offerta" di letti d'ospedale e la sua "incapacità" di "Razionalizzare la capacità ospedaliera" (OCSE 2013). Ciò significa che il tasso di mortalità per caso non dipende solo dalla natura biologica del virus e l'età e il profilo di salute della popolazione (le persone più a rischio di morte hanno più di 65 anni con una o più comorbidità). Anche il tasso di mortalità dipende da test sistematici, meticoloso tracciamento dei contatti, assistenza sanitaria con lavoratori ben addestrati, case di cura con risorse adeguate e capacità dell'assistenza sanitaria e del sistema di far fronte alla crisi (eccesso e capacità di sovraccarico) e fornire alta assistenza medica di qualità, in particolare mantenendo gli operatori sanitari sicuri e sani. In questo senso, la pandemia continuerà a esporre brutalmente a fallimenti politici e a deficit strutturali del sistema sanitario.

La situazione in molti ospedali in Italia, Spagna e Francia è preoccupante, soprattutto in aree densamente popolate. Ma è importante capire perché alcuni di questi istituti di cura altamente visibili furono sopraffatti. Lombardia, la maggior regione d'Italia colpita, è stato a lungo un sito sperimentale per la privatizzazione dell'assistenza sanitaria: l'assistenza centrata sulla comunità "è stata quasi completamente spazzata via" (Bagnato 2020). La mancanza di medici di medicina generale e il debunding e la scarsa enfasi sulla cura della comunità hanno aumentato la pressione sugli ospedali nei centri urbani. Questi ospedali non hanno nessuna capacità in eccesso o in aumento per far fronte a un improvviso aumento della domanda.

Negli ultimi anni, gli ospedali di tutta Europa hanno organizzato numerose azioni di sciopero in cui medici e operatori sanitari lamentano tagli ai finanziamenti, riduzione da parte del governo del numero di posti letto e una grave mancanza di personale medico che porta a terribili condizioni di lavoro per il personale del pronto soccorso "(Chrisafis 2019). Sistemi ospedalieri in Italia, Spagna e Francia erano sull'orlo del collasso ancor prima dell'arrivo del virus. La dimostrazione più eloquente delle contraddizioni strutturali della preparazione alla pandemia sotto il neoliberismo avvenne, non a caso, negli Stati Uniti.

Come riportato da articoli di giornali americani, gli ospedali di tutto il paese hanno rinviato servizi medici regolari per liberare spazio, attrezzature e personale per rispondere alla pandemia; la loro fonte reddito è stata drasticamente tagliata, "causando enormi perdite che hanno costretto alcuni ospedali a licenziare gli operatori sanitari mentre lottano per curare i pazienti infetti "(Harris e Schneider 2020). Di fronte a un "incubo finanziario", gli ospedali hanno riempito le loro unità di terapia intensiva con pazienti che non avevano davvero bisogno di cure intensive in modo che possano addebitare di più e compensare la perdita finanziaria. Inoltre, gli amministratori tagliano gli stipendi, licenziano centinaia di dipendenti e ne invitano altri non retribuiti ad andarsene, indebolendo ulteriormente il sistema sanitario nel mezzo della risposta alla pandemia.

Quando appare un nuovo virus, le cose iniziano a cadere a pezzi. Una volta che tutti hanno paura, misure estreme sono implementate, in modo più o meno improvvisato, e trilioni di dollari, euro e sterline vengono pompate nell'economia per compensare la perdita. Una volta che il peggio è finito, tuttavia, la normale crisi continua e permangono le fragilità strutturali (Caduff 2015).

Ricostruire il mondo dopo la fine della caduta

Questa pandemia ci perseguiterà per decenni in modi in cui (a questo punto) possiamo a

malapena immaginare a questo punto. La natura e la vastità degli interventi a cui abbiamo assistito sono sconcertanti e le conseguenze - sociali, politiche ed economiche - rimangono

imprevedibili. Non ci sono resoconti sistematici delle implicazioni e ripercussioni viste finora, né abbiamo idea del numero dei morti indiretti dovuti a blocchi/coprifuoco, al "distanziamento sociale" e all' "autoisolazione".

Dobbiamo ancora vedere un piano realistico che delinei come possiamo imparare a vivere con un virus che difficilmente scomparirà presto (Sullivan e Chalkidou 2020).

Nel frattempo, suggerisco di riformulare la conversazione del corona virus per tagliare la confusione e l'oscurità che sta pervadendo questa pandemia nei modi seguenti:

I. Orientamenti

1. L'emergere di nuovi virus nelle popolazioni umane è normale. E' successo prima; accadrà di nuovo.
2. I coronavirus sono comuni e circolano ampiamente nell'uomo. Loro hanno infettato persone e uccise migliaia anno dopo anno, soprattutto in inverno.
3. In tutto il mondo, tra le 300.000 e le 500.000 persone muoiono per virus influenzale (ogni anno)
4. Finora il virus SARS-CoV-2 ha ucciso 300.000 persone. Senza dubbio, SARS-CoV-2 sta causando una grave malattia infettiva, ma finora lo è ancora nell'ambito di ciò che osserviamo in termini di mortalità durante un grave stagione influenzale. La differenza principale è la velocità dell'infezione, il quadro della malattia clinica e l'impatto sulle popolazioni demograficamente più anziane che causando una compressione massiccia di morbilità e mortalità travolge il sistema sanitario debole senza resilienza e con scarso aumento di capacità.
5. La pandemia di influenza del 1957 uccise tra 1 e 2 milioni di persone in tutto il mondo e la pandemia di influenza del 1968 uccise tra 2 e 4 milioni persone. Al momento della stesura di questo articolo, Covid-19 ha ucciso 300.000 persone, secondo i numeri ufficiali. Chiaramente, il mondo ha visto peggiori pandemie, tra cui 1,3 milioni di decessi dovuti a TB ogni anno, 770.000 decessi per infezione da HIV ogni anno e 435.000 decessi per malaria, tutte queste sono condizioni prevedibili e curabili.
6. Questa osservazione non significa che l'influenza e Covid-19 siano clinicamente simile o che non si dovrebbe fare nulla per contenere la diffusione di SARS-CoV-2 e mitigare le conseguenze. Tuttavia, solleva la questione del perché la paura e il panico si sta diffondendo come un incendio, provocando misure così estreme, e perché esperti e funzionari governativi sono disposti a montare un sforzo senza precedenti per SARS-CoV-2 ma mai e poi mai preso in considerazione interventi simili per le 300.000 alle 500.000 persone che muoiono ogni anno a causa dell'influenza. L'influenza è un virus relativamente noto. Dire che SARS-CoV-2 è un virus sconosciuto non giustifica automaticamente di più ad adottare misure estreme che il mondo non ha mai visto.

II. Diagnosi

1. Ciò che rende questa pandemia senza precedenti non è il virus ma la risposta ad esso.
2. Misure estreme per contenere la diffusione del virus hanno prodotto ricadute estreme. È difficile sopravvalutare ciò a cui stiamo assistendo oggi.
3. La risposta alla pandemia ha spinto il mondo in uno spazio di fragilità e incertezza. Ora aleggia un "forse" su tutto (Caduff 2015). Accecato dall'urgenza del momento

- immediato, la risposta ha creato un'apertura per attori e istituzioni per spingere gli ordini del giorno e riordinare il mondo. Ci impegneremo per anni a venire con i cambiamenti che sono accaduti e stanno succedendo oggi.
4. La risposta alla malattia è guidata da una fantasia di controllo che sopravvaluta e reagisce in modo eccessivo. Questa fantasia ha causato e sta causando danno enorme. È irrealistico, fuorviante e destinato a fallire. Una pandemia come questa non può essere controllata; può solo essere gestita.
 5. Se continuiamo a usare parole come "controllo", ci stiamo solo preparando a una delusione. Questa pandemia è lungi dall'aver trovato una lingua che è adeguata ai problemi che pone. Abbiamo urgentemente bisogno di nuovi concetti ma sembra esserci poca immaginazione.
 6. L'urgenza della crisi ha spostato la dipendenza dagli standard di base per qualità e controllo della qualità della ricerca scientifica. I documenti sono pubblicati indipendentemente senza revisione. Le affermazioni sono fatti senza prove. Forse non sorprendentemente, date le fragili infrastrutture sanitarie in alcuni paesi, la velocità sembra essere più importante della qualità, del rigore e dell'integrità.
 7. Scienza sottostimata, mancanza di dati, prove speculative, forte opinioni, disinformazione deliberata, tassi di mortalità esagerati, l'attenzione dei media h24-7/7 e la rapida diffusione di storie drammatiche sui social media hanno portato a scelte politiche opinabili e alla grande ansia pubblica
 8. Abbiamo paura di Covid-19. Non abbiamo paura dell'influenza. Vediamo una cosa come un'emergenza sanitaria pubblica e un'altra come un fatto della vita. Oggi stiamo imparando una vecchia intuizione nel modo più duro: non tutte le vite e non tutte le morti sono uguali. Alcune morti sono più importanti di altri, mobilitano più attenzione, innescano una risposta più grande e raccolgono più risorse.
 9. Nella pandemia di Covid-19 sembra che la convinzione abbia messo nella salute un valore assoluto e che ogni vita deve essere salvata con ogni mezzo. Nel frattempo milioni di persone stanno morendo di influenza, tubercolosi, HIV, malaria e diarrea, per non parlare di malattie croniche e incidenti. Sembra che sia meno urgente a livello politico intervenire per queste morti prevenibili.
 10. Alcuni sistemi sanitari sono stati sopraffatti da questa pandemia. Altri non lo sono stati.
 11. Per decenni i governi hanno sottofinanziato, ridotto il personale e privatizzato sistemi sanitari in tutto il mondo e queste tendenze hanno aggravato l'impatto della pandemia.
 12. La risposta a SARS-CoV-2 ha assunto una forma particolare, convergendo in modo estremo su misure che sono diventate la norma in molti paesi. Domande rimangono: era l'unico modo possibile per gestire la crisi? Perché una versione grezza dell'approccio cinese è diventata il modello dominante? Al cuore di questa pandemia era ed è l'ipotesi diffusa che non vi erano e non vi sono alternative alle misure estreme attuate nel loro insieme sulla popolazione con scarsa considerazione di costi e conseguenze. Questo non è vero. Come alcuni paesi hanno dimostrato, test adeguati e meno drastici delle politiche di "distanziamento sociale", funzionano bene per gestire la pandemia.
 13. Sembra che alcuni funzionari abbiano visto Covid-19 come una malattia che potrebbe essere contenuta. Come suggerito dal Direttore Generale dell'OMS all'inizio di marzo 2020, "noi non parliamo nemmeno di contenimento per l'influenza stagionale - semplicemente non è possibile. Ma è possibile per Covid-19 ". Questa percezione potrebbe aver contribuito al approccio radicalmente diverso che si è visto in molti paesi.
 14. L'idea di "appiattare la curva" è spesso visto come la soluzione ottimale, ma non vi è

alcuna garanzia che lo sforzo per fare ciò abbia effettivamente un impatto sul numero totale di morti nel lungo periodo e della presenza della malattia in qualsiasi comunità. Alla fine potrebbe semplicemente determinare lo stesso numero di morti per un periodo di tempo più lungo e quindi forse potrebbe ridurre la pressione sugli ospedali ma non mortalità generale.

15. I blocchi a livello nazionale non sono una soluzione. Previene l'infezione fino a quando sono al loro posto, ma mantengono anche le persone sensibili. Questo è vero particolarmente in una pandemia in cui il virus è diventato endemico. Una volta che i blocchi vengono revocati, il numero di persone infette potrebbe aumentare nuovamente. Questo è il motivo per cui è stato così difficile per i paesi che hanno adottato questa strategia di tornare alla vita normale - la strategia non è sostenibile a lungo termine.
16. Come ha osservato Andrea Bagnato sulla strategia del "rimanere a casa": "Non è nella durezza del suo blocco, ma nell'efficacia della separazione degli infetti dal non infetto, che la risposta della Cina ha eccelso: un sistema centralizzato di strutture dedicate (chiamato Fangcang) è stato costruito in pochissimo tempo, dove tutti i pazienti e i loro contatti sono stati trattati e divisi in quattro gruppi in base alla gravità. Invece, la Lombardia ha semplicemente chiuso tutto. E diventa più chiaro di giorno in giorno che i principali siti di infezione non erano gli spazi pubblici, ma ospedali, case di riposo, luoghi di lavoro e in effetti case private" (Bagnato 2020).
17. In Germania, l'86% delle persone decedute a causa di Covid-19 ha 70 anni o più vecchio (Mdr 2020). La maggior parte dei pazienti deceduti ha una o più condizioni di salute di base come ipertensione, diabete, malattia cardiovascolare, malattia respiratoria cronica o cancro. Ciò significa che la pandemia sta uccidendo prevalentemente persone con una ridotta aspettativa di vita. La domanda chiave diventa quindi l'eccesso di decessi: la differenza tra il numero statisticamente previsto di decessi e quelli effettivamente verificatisi per un periodo di tempo. Non c'è dubbio che ci sarà un eccesso di morti dovute a Covid-19, ma non è chiaro quanto grande sarà quel numero.
18. La risposta alla pandemia ha prodotto un aumento sostanziale del numero di persone che ora vivono con malattie non trattate. Divieto di trasporto pubblico ha reso difficile per i pazienti e il personale raggiungere gli ospedali. Pazienti con altre condizioni oltre a Covid-19 evitano i medici perché hanno paura di essere infettati. La frequenza al pronto soccorso è diminuita in modo sostanziale in tutto il mondo. Diminuiti i riferimenti al cancro e i servizi di screening del cancro si sono fermati del tutto. I servizi sanitari rurali in paesi come l'India si sono schiantati. I programmi essenziali di sanità pubblica sono stati messi in pausa; molte risorse sono state riallocate. Ciò significa che i pazienti vengono trascurati, ricevendo niente o meno assistenza medica, che porta a malattie non trattate e un aumento della mortalità.
19. Un virus provoca malattia, non fame. Non è la pandemia, ma la risposta ad esso che minaccia il sostentamento di milioni di persone. In molti paesi, sia ricchi che poveri, le tendenze sono scioccanti. In India, i bambini muoiono di fame. Gli agricoltori si suicidano perché non sono in grado di raccogliere colture. I lavoratori salariati incagliati cadono morti dopo aver camminato per centinaia di miglia. I poveri, emarginati e vulnerabili sopportano il peso della risposta alla pandemia.
20. Il blocco è un meccanismo politico non solo per la prevenzione ma per la redistribuzione degli effetti negativi. I blocchi spostano la visione degli aspetti negativi dall'attenzione pubblica verso aspetti in cui sono meno visibili e presumibilmente meno gravi. In questo modo, sono parte integrante di una necropolitica della disuguaglianza.
21. Questa pandemia non riguarda solo la salute, riguarda la paura e gli oggetti

vengono individuati messi in evidenza e evidenziati per un pensiero e azione reso sistemico. Avere paura è diventato un obbligo, una responsabilità, un dovere. Le persone hanno paura non solo per quello che vivono ma perché gli viene detto di avere paura e di essere incoraggiati ad abitare il mondo della paura dei "corpi estranei" e dei "nemici invisibili".

22. Il discorso pubblico è fortemente moralizzato. In cerca di qualcuno da incolpare, gli individui sono esposti come "super-spargitori" responsabili dell'aumento del numero di casi. Sui social media, i "guerrieri bloccati" accusano i cittadini di mancanza di patriottismo e incapacità di "fare il proprio dovere" di fronte al pericolo. In questo discorso pubblico altamente moralizzato, la vita è considerata un valore assoluto che può giustificare quasi ogni forma di intervento disciplinare in nome della Salute.

III. Verso un'altra politica della vita

1. La salute pubblica deve essere al centro di qualsiasi intervento durante malattia infettiva. Investire in forti infrastrutture di sanità pubblica dovrebbe avvenire anche quando non c'è pandemia.
2. La modellistica matematica della malattia non può sostituire l'epidemiologia e la sistematica sorveglianza a terra. Il modo più efficace per gestire un evento pandemico è di testare, rintracciare e isolare.
3. Gli interventi devono essere progressivi nel tempo; devono essere dinamici, mirati a livello regionale e basati sul rischio. Tutti gli interventi devono tener conto dell'impatto sociale, politico ed economico, nonché dell'impatto indiretto su altre condizioni di salute. Gli interventi che fanno questo determinano la gestione e le strategie che funzionano per minimizzare il danno collaterale.
4. I numeri assoluti non possono essere usati per la politica, alimentano solo paura e panico.
5. I blocchi nazionali non sono una soluzione. Proteggono temporaneamente le persone, ma li lasciano anche sensibili. Una volta revocate le restrizioni, è probabile che l'infezione aumenti di nuovo. Non c'è uscita dalla pandemia; c'è solo un'uscita dalla risposta ad essa.
6. Siamo ancora in una fase iniziale di comprensione del modo migliore di gestire clinicamente Covid-19 sia come malattia che come fattore di rischio per le popolazioni potenzialmente vulnerabili. È fondamentale trovare modi migliori per condividere dati di qualità e pratiche efficaci per garantire che i sistemi sanitari apprendano e si adattino rapidamente.
7. Ciò che mostra questa pandemia è la mancanza di "preparazione". Questo sarà forse una sorpresa, dati i miliardi di dollari, euro e sterline che sono stati spesi negli ultimi 15 anni sulla preparazione alla pandemia, compresa l'esperienza con le passate epidemie e pandemie come l'Ebola e l'influenza suina. Com'è che gli ospedali hanno finito le maschere N95 nella prima settimana? Dove sono stati spesi tutti i miliardi sulla preparazione? Capacità produttiva esternalizzata e insufficiente, le scorte di dispositivi di protezione individuale insufficienti mettono i residenti nelle case di cura, operatori sanitari della comunità e personale ospedaliero a rischio, indebolendo sistemi sanitari ulteriormente.
8. I concetti chiave di preparazione devono essere al centro della risposta. 15 anni di preparazione pandemica sembrano essersi evaporati nel nulla in questa pandemia. Invece di attivare piani esistenti e attingere a concetti del genere come quadro di valutazione della gravità pandemica, i paesi hanno imposto un blocco generico massiccio, non testato e non dimostrato con ripercussioni sociali imprevedibili e ripercussioni politiche ed economiche. SARS-CoV-2 è meno letale di ogni singolo

- esercizio di scenario che è stato condotto per la pianificazione della preparazione da parte di governi e organizzazioni non governative in Europa e in America.
9. Sarà importante capire perché i concetti chiave di preparazione sono stati messi da parte in questa pandemia, nonostante l'attenzione che la "preparazione" ha ricevuto e le risorse sostanziali consumate per oltre un decennio.
 10. La paura della morte è potente nelle società desiderose di reprimere l'inevitabile realtà della morte. In tale contesto è importante appiattire la curva di parlare, sentire e recitare. Ciò che era e sarà sempre urgentemente e' moderazione e prospettiva.
 11. Continuare a partecipare alla competizione di oggi nelle previsioni sempre più estreme è pericoloso. Sopravviveranno solo coloro che hanno ignorato il virus inizialmente e che ora sono più che disposti a dare la colpa al caos. Ugualmente pericoloso è un populismo di salute pubblica di batti mani ma che trascuri qualsiasi considerazione dei costi sociali, politici ed economici e delle conseguenze di interventi ampi.
 12. I tentativi di oscurare i fallimenti politici stanno crescendo rapidamente. Quelli che contribuiscono a previsioni estreme e letture apocalittiche della corrente situazione stanno solo contribuendo all'offuscamento dei fallimenti politici e problemi strutturali sottostanti che sono responsabili di molti dei problemi odierni. Già ci sono tentativi in paesi come gli Stati Uniti e Regno Unito di riscrivere il fallimento come successo. Non sorprendentemente, i governi chiedono ai cittadini di partecipare in pubblici spettacoli, dimostrare unità nazionale di fronte al pericolo e celebrare la forza collettiva e risolutezza. Aerei da caccia sveltanti nel cielo e gli elicotteri che inondano i petali di rosa sui "guerrieri di prima linea" spettacoli di stato militarizzanti. Ma gli operatori sanitari meritano più dei sentimenti patriottici e gesti simbolici; meritano migliori politiche sanitarie. Sfidare e la critica ora è essenziale.
 13. E' importante da notare la storia di come l'approccio cinese è diventato un modello generico per il blocco nel Nord del mondo e quindi esportati in paesi del Sud del mondo, soprattutto considerando le drammatiche conseguenze per milioni di persone che lottano per sopravvivere senza alcuna fonte di reddito. Ironia della sorte, a volte questi blocchi estremamente restrittivi erano richiesti da persone desiderose di criticare l'autoritarismo dello stato cinese. In tutto il mondo, la pandemia ha scatenato desideri autoritari, società democratiche che consentano ai governi di cogliere l'opportunità di stati di eccezione e spingere programmi politici. I commentatori hanno presentato la pandemia come un'opportunità per l'Occidente di imparare l'autoritarismo dall'est. Questa pandemia rischia di insegnare alle persone ad amare il potere e chiedere la sua meticolosa applicazione.
 14. Il tempo pandemico è un momento propizio per tutti i tipi di progetti politici.
 15. A seguito delle imprevedibili conseguenze sociali, politiche ed economiche delle misure di oggi, i governi di tutto il mondo hanno lanciato programmi di "stimolo" che costano trilioni di dollari, sterline, pesos, rand e rupie. Creati prevalentemente per privati e aziende, questi programmi di stimolo economico stanno pompando quantità sbalorditive di denaro nell'economia, ma ironicamente non sono destinati a rafforzare le infrastrutture di sanità pubblica o migliorare l'assistenza medica. I trilioni che i governi stanno spendendo, i pacchetti di "stimolo" superano anche quelli della crisi finanziaria del 2008 e dovranno essere pagati in qualche modo. Oggi è in atto una massiccia recessione globale. Se le politiche di austerità del passato sono alla radice dell'attuale crisi con un'assistenza sanitaria travolta in alcuni paesi, il debito pubblico in rapido aumento sta creando le condizioni perfette per una maggiore austerità in futuro. La risposta pandemica avrà importanti implicazioni per il finanziamento pubblico dell'istruzione, del welfare, sicurezza sociale, ambiente e salute in futuro.

16. Se pensi che qualcosa di buono uscirà da questa crisi, dovresti pensare ancora. Oggi stiamo solo guidando più velocemente e con un'auto molto più grande, ma siamo sulla stessa strada con la stessa destinazione.

Un posto difficile per la critica

Wolf Bukowski osserva che la discussione politica in Italia è ora dominata da una "Responsabilità" acritica che non trova posto al di fuori dell'imperativo di contenere il virus. "La giusta intuizione che" non dovremmo mettere in discussione la realtà dell'epidemia si trasforma troppo facilmente in "non dovremmo mettere in discussione il governo" e la risposta all'epidemia "(Bukowski 2020). In tale contesto, qualsiasi controllo dell'intervento imposto dallo Stato è percepito come legittimo e discussioni non democratiche sembrano necessarie ("Lascia parlare gli esperti!")

In altri luoghi, la critica è diventata difficile per altri motivi. La tragedia del momento politico di oggi negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in Brasile di regimi di destra ha spinto molti ad abbracciare misure in cui un solo pensiero era possibile nei regimi autoritari. Qui, un impegno nell'analisi critica è diventato quasi impossibile perché è visto come giocare nelle mani di Trump, Johnson e Bolsonaro, personaggi politici che sembrano non preoccuparsi della salute pubblica e delle disuguaglianze sbalorditive che affliggono il nostro mondo e le cui dichiarazioni pubbliche hanno raggiunto un livello ineguagliato di ignoranza e incompetenza. Tuttavia è importante capire che la combinazione strategica di confusione, contraddizione e il gioco di opposti estremi è fondamentale per il governo autoritario. Qualunque cosa che infonde un senso di disordine e che intensifica la crisi ingrandisce il desiderio per un'azione decisiva.

In questo articolo, ho cercato di tracciare un percorso attraverso la paura di massa, panico e il desiderio di controllo per vedere come si può sostenere un'analisi critica della risposta alla pandemia. Come studiosi e cittadini, abbiamo l'obbligo di pensare oltre la crisi, creare aperture nel mondo e considerare, in modo critico e democratico, come vogliamo governarci. Come sottolinea Veena Das, è importante che lo facciamo e non lasciare che il nostro "amore per la comprensione sottile e sfumata delle questioni scompaia nel terreno delle motivazioni urgenti e emergenziali (Das 2020). La pandemia e la sua risposta ci imporranno di reimmaginare vite, ricostruire condizioni di esistenza e trovare modi migliori di fare scienza e politica. Ogni impegno in un serio progetto pedagogico comporterà una riconsiderazione degli oggetti che desideriamo.

La paura di oggi è alimentata da quattro forze principali:

1. Modellistica di malattie matematiche - uno strumento flessibile e altamente adattabile per previsione, mescolando calcoli con speculazioni, spesso basate su codici che sono tenuti segreti e su ipotesi che sono difficili da esaminare dal di fuori.
2. Politiche neoliberiste: disinvestimenti sistematici nella sanità pubblica e nella medicina di cura che hanno creato sistemi fragili incapaci di far fronte alla crisi.
3. Rapporti mediatici nervosi: un flusso infinito di informazioni, ossessionato da numeri assoluti, sfruttando la mancanza di fiducia nell'assistenza e nelle infrastrutture sanitarie che portano ad aumento della paura per i sistemi di collasso.
4. I desideri autoritari - un profondo desiderio di dominio sovrano, che deriva piacere dalla distruzione e cerca di spingere il mondo al limite del collasso in modo che possa essere ricostruito da zero.

Questo insieme di forze ispira pensiero, azione e passione in modi potenti. Eccitati dall'esperienza elettrizzante di assistere alla "storia in divenire", attori d'élite e le istituzioni hanno colto l'occasione per riordinare il mondo, spingere programmi politici in nome della

sopravvivenza e modellano la vita per gli anni a venire. La pandemia è diventata un momento propizio per cambiare le regole di ingaggio ed espandere la portata dell'autorità scientifica, medica e politica su corpi e popolazioni.

È un'occasione per pubblicare articoli e fare dichiarazioni drammatiche, per sentirsi pertinenti e importanti per il mondo e godersi il momento alla ribalta. Nel mezzo di morte e distruzione, la pandemia crea opportunità di innovazione, dominio e profitto.

Questa apertura inaspettata collega le élite della scienza, della politica e dei media, rilasciando scosse di informazioni, istruzioni e comandi che spingono forte contro i nostri corpi confinati, ansiosi, irrequieti. Modellistica di malattie matematiche, politiche neoliberali, media nervosi e desideri autoritari alimentano una spirale fatale incentrato sulla paura del collasso.

Questa paura è ora letteralmente nell'aria; si muove dentro e fuori di noi ad ogni respiro; esso opera come mezzo di animazione del nostro intenso isolamento e immobilità. Pandemia la paura è snervante ed estenuante mentalmente. Eppure per coloro che abbracciano il sentimento, esso ha il potere di sostenere uno stato di eccitazione - l'eccitazione derivata dal piacere segreto di rovinare una cosa preziosa, sprecare risorse enormi e impegnarsi in un progetto che consuma tutto con dedizione totale. Quello che potremmo chiamare la provocazione della crisi, sua intensificazione, espansione e totalizzazione oltre ogni nozione di utilità, sembra così eccessiva ed estrema che rasenta la pura follia.

Cosa potrebbe essere più pericoloso, più audace, più eccitante di una passeggiata in campo aperto, un'escursione all'altro lato della ragione?

Coda

Fraasi melodrammatiche come "battere il virus", "vincere la guerra" e "Sconfiggere l'oscurità" sono retoricamente potenti e contagiosi. Altrettanto popolari nozioni come "eroi della corona" e "guerrieri bloccati" sono sintomi di iperidentificazione in un discorso egemonico di potere. Tutti questi termini rivelano come questa pandemia è "favolosamente testuale, fino in fondo", eppure, allo stesso tempo, manca una fonte di simbolizzazione forte, creativa e abbastanza inquietante da spostare il nostro impegno con il mondo oltre il più convenzionale dei topici" (Derrida 1984). La lingua che ci viene chiesto di adottare oggi, in mezzo a questa pandemia, è contaminata da parole rigide, stantie e corrotte come putrida aria.

Dato che gran parte della risposta di oggi è basata e guidata dalla matematica modellistica della malattia e dato che milioni di vite e mezzi di sussistenza vengono distrutti sotto i nostri occhi, non è più un'opzione per escludere le "esternalità" di una risposta pandemica che manca di immaginazione e che è ricorso al più rozzo interventi di tutti: il punto fermo. Per quelli con lavori permanenti, un comodo divano e nessun dovere di asilo nido, questa interruzione imprevista può sembrare un regalo, un benvenuto sollievo dal mondo senza sosta del capitalismo globale. Eppure per milioni di persone che vivono in parti meno privilegiate del pianeta, il pulsante Pausa vuol dire disoccupazione e fame, non interruzioni e periodi di inattività. Senza reddito, cibo e l'accesso alle cure sanitarie di base non sta sfruttando al massimo confinamento fuori in giardino; sono disperati e muoiono.

Abbiamo urgente bisogno di guardare oltre il virus se vogliamo capire la serietà di ciò che sta accadendo oggi. Come siamo finiti in questo strano spazio di pensare, agire e sentire che ha normalizzato gli estremi e che si basa sul presupposto che la vita biologica sia un valore assoluto separato dalla politica? Mai è stato più importante insistere sul fatto che è possibile un'altra politica della vita?

L'ultimo rapporto sul modello di malattia dell'Imperial College riassume l'incredibile cecità che ha prevalso in questa pandemia: "Non consideriamo il più ampio aspetto sociale

e i costi economici della soppressione, che saranno alti "(Walker et al. 2020). E' terminato il tempo per sopprimere i costi della soppressione e gettare le conseguenze degli interventi come esternalità alla politica basata su modelli.

Autore

Carlo Caduff è professore associato presso il Dipartimento di salute globale e sociale Medicina al King's College di Londra.

È l'autore di *The Pandemic Forge*:

Eventi drammatici in una cultura pubblica di pericolo (University of California Press 2015).

Ringraziamenti

Sono grato per i commenti e il supporto che ho ricevuto da Dwaipayan Banerjee, Rama Baru, Shagufta Bhangu, Sofia Bowen, Gabriel Abarca Brown, Lawrence Cohen, Tomás Criado, Fatima Elfitouri, Guntars Ermansons, Angie Heo, Charles Hirschkind, Sarah Hodges, Kajri Jain, Lochlann Jain, Nele Jensen, David Jones, Kriti Kapila, Ann Kelly, Sufiyan Khan, Hanna Kienzler, Nikolas Kosmatopoulos, Hannah Landecker, Ilana Löwy, Tara Mahfoud, Joseph Masco, Sam McLean, Marissa Mika, Samuel Murison, Anand Pandian, Anne Pollock, Barbara Prainsack, Fabien Provost, Arnie Purushotham, Kaushik Sunder Rajan, Shalini Randeria, Jenny Reardon, Nikolas Rose, Robert Smith, Harris Solomon, Anthony Stavrianakis, Nancy Tamini e Laurence Tessier. Sono particolarmente grato per conversazioni con Richard Sullivan. Maria José de Abreu ha insistito sul fatto che ho iniziato a scrivere e mettere i pensieri sulla carta. Per suggerimenti vorrei ringraziare il curatore di *Medical Anthropology Quarterly*, Vincanne Adams e le due anonime revisori. Nessuno di questi colleghi e amici è responsabile degli argomenti in questo documento.

References

- Adams, Vincanne 2020, "Disasters and capitalism... and COVID-19." Somatosphere website. 26 March. Accessed: 4.12.2020.
- Bagnato, Andrea. 2020. "Staying at Home." E-flux. Accessed 5.8.2020.
<https://www.e-flux.com/architecture/at-the-border/329404/staying-at-home/>
- Baud, David et al. 2020. "Real Estimates of Mortality Following COVID-19 Infection." *The Lancet*. 12 March.
2020. "Bangladesh: End Wave of COVID-19 'Rumors' Arrests." hrw website. 31 March. Accessed: 4.16.2020.
- Beaumont, Peter. 2020. "Coronavirus Testing: How Some Countries Got Ahead of the Rest." *The Guardian* website. 2 April. Accessed: 4.18.2020.
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/02/coronavirus-testing-howsome-countries-germany-south-korea-got-ahead-of-the-rest>
- Buck, Tobias. 2020. "Germany's Coronavirus Anomaly. High Infection Rates But Few Deaths." *Financial Times*, 19 March. Accessed 18.4.2020.
<https://www.ft.com/content/c0755b30-69bb-11ea-800d-da70cff6e4d3>
- Bukowski, Wolf. 2020. *La Viralità del Decoro. Controllo e Autocontrollo Sociale ai Tempi del Covid-19*. Giap blog. 18 March. Accessed 5.8.2020.
<https://www.wumingfoundation.com/giap/2020/03/la-viralita-del-decoro-2/>
- Caduff, Carlo. 2015. *The Pandemic Perhaps: Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. University of California Press.
- Canguilhem, Georges. 1989. *The Normal and the Pathological*. MIT Press.
- Chrisafis, Angelique. 2019. "French Medics Warn Health Service Is on the Brink of Collapse." *The Guardian* website 11 June. Accessed 4.30.2020.
<https://www.theguardian.com/world/2019/jun/11/french-medics-health-service-collapse-doctors-nurses-protest-outside-french-health-ministry-strikes>
- Chulov, Martin. 2020. "You Think We Care About Masks? Anger and Poverty Grip

Lebanese City." The Guardian, 1 May. Accessed 5.9.2020.
<https://www.theguardian.com/world/2020/may/01/care-about-masks-angerpoverty-grip-lebanese-city-tripoli-coronavirus>

Daniyal, Shoaib, Supriya Sharma and Naresh Fernandes. 2020. "As Covid-19 Pandemic Hits India's Daily-wage Earners Hard, Some Leave City for Their Home Towns." Scroll.in website. 21 March. Accessed: 4.13.2020.
<https://scroll.in/article/956779/starvation-will-kill-us-before-corona-the-covid-19-pandemic-has-hit-indias-working-class-hard>

Das, Veena. 2020. "Facing Covid-19: My Land of Neither Hope nor Despair." In "Covid-19 and Student Focused Concerns: Threats and Possibilities," Veena Das and Naveeda Khan, eds., *American Ethnologist website*, 1 May. Accessed 5.2.2020. [<https://americanethnologist.org/features/collections/covid-19-and-studentfocused-concerns-threats-and-possibilities/facing-covid-19-my-land-of-neitherhope-nor-despair>]

COVID-19 Coronavirus Pandemic. 2020. Worldometer website. 19 April. Accessed: 4.19.2020.

Derrida, Jacques. 1984. "No Apocalypse, Not Now." *Diacritics*, Vol. 14, No. 2, (Summer, 1984), pp. 20-31.

Ferguson, Neil M, Daniel Laydon, Gemma Nedjati-Gilani, Natsuko Imai, Kylie Ainslie, Marc Baguelin, Sangeeta Bhatia, Adhiratha Boonyasiri, Zulma Cucunubá, Gina Cuomo-Dannenburg, Amy Dighe, Ilaria Dorigatti, Han Fu, Katy Gaythorpe, Will Green, Arran Hamlet, Wes Hinsley, Lucy C Okell, Sabine van Elsland, Hayley Thompson, Robert Verity, Erik Volz, Haowei Wang, Yuanrong Wang, Patrick GT Walker, Caroline Walters, Peter Winskill, Charles Whittaker, Christl A Donnelly, Steven Riley, Azra C Ghani. 2020b. "Report 9: Impact of Non-pharmaceutical Interventions (NPIs) to Reduce COVID-19 Mortality and Healthcare Demand." Imperial College website, 16 March. Accessed 4.16.2020.
<https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>

Gebrekidan, Selam. 2020. "For Autocrats and Others Corona Virus Is a Chance to Grab Even More Power." The New York Times website. 30 March. Accessed: 4.16.2020.
<https://www.nytimes.com/2020/03/30/world/europe/coronavirus-governmentspower.html?action=click&module=Top%20Stories&pgtype=Homepage>

Graham-Harrison, Emma. 2020. "Wuhan Facing 'Wartime Conditions' as Global Coronavirus Deaths Reach 724." The Guardian website. 8 February. Accessed: 4.16.2020.
<https://www.theguardian.com/world/2020/feb/07/wuhan-facing-wartimeconditions-as-china-tries-to-contain-coronavirus>

Gudbjartsson, D. R., A. Helgason, H. Jonsson, O.T. Magnusson, P. Melsted, G.L. Norddahl, J. Saemundsdottir, A. Sigurdsson, P. Sulem, A.B. Agustsdottir, B. Eiriksdottir, R. Fridriksdottir, E.E. Gardarsdottir, G. Georgsson, O.S. Gretarsdottir, K.R. Gudmundsson, T.R. Gunnarsdottir, A. Gylfason, H. Holm, B.O. Jensson, A. Jonasdottir, F. Jonsson, K.S. Josefsdottir, T. Kristjansson, D.N. Magnusdottir, L. le Roux, G. Sigmundsdottir, G. Sveinbjornsson, K.E. Sveinsdottir, M. Sveinsdottir, E.A. Thorarensen, B. Thorbjornsson, A. L.ve, G. Masson, I. Jonsdottir, A.D. M.Iler, T. Gudnason, K.G. Kristinsson, U. Thorsteinsdottir, and K. Stefansson. 2020. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. *The New England Journal of Medicine*, 14 April.

Harris, Shane and Gregory S. Schneider. 2020. "Cash-starved Hospitals and Doctor Groups Cut Staff Amid Pandemic." The Washington Post. 10 April. Accessed 5.2.2020.
https://www.washingtonpost.com/health/starved-for-cash-hospitals-and-doctorgroups-cut-staff-amid-pandemic/2020/04/09/d3593f54-79a7-11ea-a130-df573469f094_story.html

Hrw. 2020. "Bangladesh: End Wave of Covid-19 'Rumor' Arrests." Human Rights Watch website 31 March. Accessed Accessed: 4.12.2020.
<https://www.hrw.org/news/2020/03/31/bangladesh-end-wave-covid-19-rumorarrests>

Coronavirus Transmission Fears, Says Medical Body." The Wire website. 25 March. Accessed: 4.12.2020.

<https://science.thewire.in/health/indian-doctors-evicted-over-coronavirustransmission-fears-says-medical-body/>

Kelly, Ann H. 2018. "Ebola Vaccines, Evidentiary Charisma and the Rise of Global Health Emergency Research. *Economy and Society*, 47:1, pp 135-161.

Kumar Ankit and Schoenstein Michael. 2020. "Managing Hospital Volumes Germany and Experiences from OECD Countries." OECD report.

Levenson, Michael. 2020. "Scale of China's Wuhan Shutdown Is Believed to Be Without Precedent." *The New York Times*, 22 January. Accessed 5.1.2020.

Mohr, Manuel und Anja Datan-Grajewski. 2020. "So stark ist die Krankenhaus-Auslastung mit Corona-Patienten." MDR website 2 April. Accessed: 4.18.2020.

<https://www.mdr.de/sachsen-anhalt/corona-daten-update-so-stark-ist-diekrankenhaus-auslastung-coronavirus-patienten-covid-neunzehn-100.html>

Namwaya, Otsieno. 2020. "Kenya Police Abuses Could Undermine Coronavirus Fight." Human Rights Watch website 31 March. Accessed 4.18.2020.

<https://www.hrw.org/news/2020/03/31/kenya-police-abuses-could-underminecoronavirus-fight>

OECD 2013. "Managing Hospital Volumes. Germany and Experiences from OECD Countries." April 2013.

Onder, Graziano, Giovanni Rezza and Silvio Brusaferro. 2020. "Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy." *JAMA*. 23 March. E1-E2.

Qin, Amy, Steven Lee Myers and Elaine Yu. 2020. "China Tightens Wuhan Lockdown in 'Wartime' Battle with Coronavirus." *The New York Times* 7 February. Accessed 4.12.2020.

<https://www.nytimes.com/2020/02/06/world/asia/coronavirus-china-wuhanquarantine.html>

Reuters. 2020. Wuhan Lockdown 'Unprecedented,' Shows Commitment to Contain Virus: WHO Representation in China. Reuters website 23 January. Accessed 4.12.2020.

<https://www.reuters.com/article/us-china-health-who/wuhan-lockdownunprecedented-shows-commitment-to-contain-virus-who-representative-in-chinaidUSKBN1ZM1G9>

Rushe, Dominic and Lauren Aratani. 2020. "US Unemployment Rises Another 3m, Bringing Total to 33m Since Pandemic Began." *The Guardian* website 7 May. Accessed: 5.9.2020.

<https://www.theguardian.com/business/2020/may/07/us-unemploymentjobless-coronavirus-economy>

Sharma, Samrat. 2020. "India Moves Big Labour Law Changes to Limit Coronavirus Impact; UP, MP, Punjab, Others Make These Changes." *Financial Express*, 8 May. Accessed 5.9.2020.

<https://www.financialexpress.com/economy/labour-reforms-laws-rules-changeuttar-pradesh-up-madhya-pradesh-rajasthan-himachal-pradesh-punjab-keralacoronavirus-reforms/1952023/>

Streeck Hendrik et al. Vorläufiges Ergebnis und Schlussfolgerungen der COVID-19 Case-Cluster-Study (Gemeinde Gangelt).

Schultz, Teri. 2020. "Why Belgium's Death Rate Is So High: It Counts Lots of Suspected Covid-19 Cases." NPR 22 April. Accessed 5.1.2020.

<https://www.npr.org/sections/coronavirus-liveupdates/2020/04/22/841005901/why-belgiums-death-rate-is-so-high-it-counts-lots-of-suspected-covid-19-cases>

Sullivan Richard and Chalkidou Kalipso. 2020. "Urgent Call For an Exit Plan: The Economic and Social Consequences of Response to COVID-19 Pandemic." Centre for Global development website. 31 March Accessed: 4.12.2020.

Walker GT Patrick, Whittaker Charles and Watson Oliver et al. 2020. "The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression." Imperial

College London.

"Who Director- Generals opening remark at the media briefing on COVID -19."

2020. WHO website. 3 March. Accessed: 4.15.2020.

WHO 2020 "Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)."

Wu, Joseph T, Kathy Leung, Mary Bushman, Nishant Kishore, Rene Niehus, Pablo M. de Salazar, Benjamin J. Cowling, Marc Lipsitch & Gabriel M. Leung.

2020. "Estimating Clinical Severity of COVID-19 from the Transmission Dynamics in Wuhan, China." *Nature Medicine*, 19 March 2020. 26, pages 506–510.

Slavoj Žižek. 2020. Is Barbarism with a Human Face our Fate? *Critical Inquiry* blog. Accessed 27.4.2020.