

Antropologia culturale
etnologia, etnolinguistica

Direttore scientifico

Franca TAMISARI
Università Ca' Foscari Venezia

Direttore onorario

Glauco SANGA
Università Ca' Foscari Venezia

Comitato editoriale

Matteo BENUSSI
Università Ca' Foscari Venezia

Valentina BONIFACIO
Università Ca' Foscari Venezia

Donatella COZZI
Università degli Studi di Udine

Giovanni DORE
Università Ca' Foscari Venezia

Gianluca LIGI
Università Ca' Foscari Venezia

Ilaria MICHELI
Università degli Studi di Trieste

Luca RIGOBIANCO
Università Ca' Foscari Venezia

Francesco VACCHIANO
Università Ca' Foscari Venezia

Elena ZAPPONI
Università Ca' Foscari Venezia

Comitato scientifico internazionale

Lidia BEDUSCHI
Università Ca' Foscari Venezia

Franco CREVATIN
Università degli Studi di Trieste

Sergio DALLA BERNARDINA
Université de Bretagne Occidentale

Setrag MANOUKIAN
McGill University

Francesca MERLAN
The Australian National University

Filippo OSELLA
University of Sussex

Silvia PAGGI
Université de Nice-Sophia Antipolis

Anna Maria PAINI
Università degli Studi di Verona

Lidia Dina SCIAMA
University of Oxford

Elisabetta SILVESTRINI
Sapienza – Università di Roma

Italo SORDI
Università Ca' Foscari Venezia

Antropologia culturale etnologia, etnolinguistica



La collana *Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica* è dedicata alla pubblicazione di lavori antropologici, etnografici ed etnolinguistici di studiosi che fanno riferimento all'attività scientifica promossa dal corso di laurea magistrale in Antropologia culturale, etnologia, etnolinguistica (ACEL) dell'Università Ca' Foscari Venezia. I criteri per la pubblicazione sono i seguenti:

- a) lavori di ricerca che presentano materiale etnografico dettagliato e inedito, tale da offrire un contributo documentario innovativo o comunque rilevante;
- b) lavori di ricerca che presentano un caso di studio che si distingue sia per la ricchezza dei dati etnografici, sia per la capacità di impostazione, contestualizzazione e interpretazione all'interno dei quadri teorici e metodologici più avanzati;
- c) studi interpretativi, storici e teorici che si basano su una solida documentazione etnografica.

Le proposte di pubblicazione sono valutate dal comitato editoriale e dal comitato scientifico internazionale attraverso un processo di *peer review*.

Classificazione Decimale Dewey:

303.4857 (23.) CAUSE DEL CAMBIAMENTO SOCIALE. EPIDEMIE E PANDEMIE

COVID-19

ETNOGRAFIA COLLETTIVA DI UNA PANDEMIA

A cura di

FRANCESCO VACCHIANO

Contributi di

**CATERINA BATTILANA
MATTEO DE LUCIA
FEDERICA GOZZO
CAROLINA RIGO
SARA SCAGLIARINI
FRANCESCO VACCHIANO
PIETRO ZANGRANDE
SARA ZOCCA**



aracne



ISBN
979-12-218-1623-5

PRIMA EDIZIONE
ROMA 30 DICEMBRE 2024

INDICE

- 9 Introduzione. Ascoltare i virus
 Francesco Vacchiano
- 41 Osservare, trascrivere, condividere l'esperienza: riflessioni antropologiche dalla corsia
 Matteo De Lucia
- 79 Spazio pandemico. Demolizione, ricostruzione e ripensamento dello spazio durante il Covid-19
 Federica Gozzo
- 123 “Oltre il freddo schermo”. Risposte alla digitalizzazione della didattica
 Sara Zocca
- 167 Maschere e bavagli. Da dispositivi sanitari a immagini di una società in emergenza
 Sara Scagliarini

- 195 Due crisi, due misure. Tratti pandemici di una crisi ambientale
Caterina Battilana
- 229 “Vaccini Vogliamo Verità”. Vaccine hesitancy ai tempi del Covid-19
Carolina Rigo
- 291 Pregare da casa: la celebrazione di Sant’Antonio va online
Pietro Zangrande

INTRODUZIONE

ASCOLTARE I VIRUS

FRANCESCO VACCHIANO

1. Difficile da credere

Il 12 dicembre 2019 l'emittente televisiva di stato cinese riferiva per la prima volta che casi di una polmonite atipica farmaco-resistente erano stati identificati nella città di Wuhan, nella regione dello Hubei. Pur trattandosi di un canale affidabile, la notizia aveva certamente un carattere locale, e veniva comprensibilmente ignorata dai media internazionali. Il 31 dicembre, tuttavia, la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan segnalava all'ufficio cinese dell'OMS diversi casi di polmonite dall'eziologia sconosciuta, collegati epidemiologicamente a un mercato di pesce e animali vivi della città. I pazienti presentavano febbre alta, dolori articolari, tosse secca, dispnea, leucopenia e linfocitopenia⁽¹⁾, ma anche danni alveolari diffusi compatibili con la

(1) D.S. Hui *et al.*, *The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China*, «International Journal of Infectious Diseases», 91, 2020, pp. 264–266.

diagnosi di polmonite interstiziale⁽²⁾. I sintomi ricordavano le manifestazioni associate all'infezione da SARS-CoV-1 — il virus responsabile dell'epidemia di “*Severe Acute Respiratory Syndrome*” (SARS) che aveva colpito la provincia di Guangdong tra il 2002 e il 2003 — e il timore di un ritorno dell'epidemia induceva le autorità a chiudere il mercato e intensificare le indagini epidemiologiche ed eziologiche.

Il 7 gennaio i biologi del “Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie” (CDC) annunciavano di aver identificato la causa delle infezioni in un nuovo tipo di coronavirus, denominato 2019-nCoV, che si aggiungeva ai sei ceppi allora conosciuti⁽³⁾. Era evidente che il virus era il risultato di un “salto di specie” (*spillover*), ovvero un adattamento genetico che lo rendeva capace di trasmissione dagli animali all'uomo, ma permaneva ancora, in quei primi giorni, l'incertezza circa la capacità di circolazione non zoonotica, ovvero il contagio diretto fra esseri umani. Ancora il 14 gennaio, l'OMS comunicava in un tweet che “le indagini preliminari condotte dalle autorità cinesi non hanno trovato prove chiare della trasmissione da uomo a uomo del nuovo coronavirus”⁽⁴⁾. Pochi giorni erano tuttavia sufficienti per chiarire il dubbio: il 20 gennaio i ricercatori della “Commissione Nazionale per la Sanità” cinese rendevano noti dati che confermavano la diffusione del virus per trasmissione umana⁽⁵⁾.

Il fatto che il virus si stesse rapidamente espandendo era un'evidenza peraltro poco discutibile dal momento che

(2) C. Huang *et al.*, *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*, “The Lancet” 395/10223, 2020, pp. 497–506.

(3) N. Zhu *et al.*, *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019*, «New England Journal of Medicine», 382/8, 2020, pp. 727–733.

(4) WHO, 2020. [Online].

(5) «The Guardian», 2020. [Online].

nuovi casi erano ormai documentati — in Cina, Tailandia, Giappone e Corea — fra pazienti che non avevano avuto relazioni con la regione di insorgenza. Da metà gennaio, i media di tutto il mondo avevano iniziato a dare attenzione e copertura a quello che era già denominato “il nuovo coronavirus”, interpellando gli esperti che tentavano di prevedere il rischio di diffusione globale. Ancora il 17 gennaio, il “Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie” (ECDC) considerava “moderato” il rischio che il virus potesse raggiungere l’Europa⁽⁶⁾.

Nonostante la cautela fosse certamente d’obbligo, in Europa circolava un certo ottimismo, confortato dall’esperienza di allarmi epidemici che negli anni precedenti avevano destato preoccupazione, ma le cui conseguenze avevano finito per restare circoscritte ad altre zone del pianeta: le successive ondate di Ebola in Africa Occidentale, ma soprattutto la SARS, la MERS e l’influenza aviaria (H₅N₁), che avevano colpito rispettivamente Cina, Medio Oriente e paesi dell’estremo oriente nelle due decadi anteriori. Questi precedenti parevano confortare il senso di sicurezza di un Nord Globale che si pensava esente dal contagio, in quanto abituato ad assistere ad epidemie dirompenti soprattutto “a distanza”: eventi che a molti sembravano sopravvivenze di un passato in gran parte dimenticato o disgrazie ricorrenti di luoghi remoti, strutturalmente più esposti perché, in fondo, meno sviluppati. È vero che l’ultima epidemia a trasmissione respiratoria — la cosiddetta influenza spagnola — si era verificata in Europa ormai più di un secolo prima; tuttavia, vista retrospettivamente, questa sconcertante fiducia ontologica non può non far pensare

(6) ECDC, *Rapid Risk Assessment: Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China, 2020*, 2020. [Online].

a un'abitudine ormai consolidata a considerarsi superiori, perché in fondo immuni rispetto ai mali del mondo e della natura: un insieme di arroganza coloniale e presunzione del progresso che continua a funzionare, oggi, per pensare il mondo, soprattutto al Nord⁽⁷⁾.

Nonostante il 20 gennaio venisse registrato il primo caso negli Stati Uniti e il 24 gennaio si verificassero i primi episodi in Francia⁽⁸⁾, i primi decessi riguardavano soprattutto le zone di insorgenza: anche se i media insistevano in modo ricorrente sul “misterioso virus cinese”, meccanismi di negazione e proiezione (su un'alterità distante e aliena) erano sufficienti a garantire un sufficiente controllo emotivo sulla situazione. In una trasmissione del primo canale italiano, andata in onda il 21 gennaio 2020, uno dei primi esperti convocati a fornire informazioni sull'epidemia rassicurava il pubblico con parole prudenti, spiegando che era ancora presto per preoccuparsi... Il giorno successivo, il 22 gennaio, il governo cinese decretava l'isolamento della città di Wuhan e la permanenza in casa dei suoi undici milioni di abitanti: in assenza di altre misure, si tornava a metodi di contenimento che sembravano relegati al passato remoto dei lebbrosari e dei lazzaretti. Oltre a ciò, in Cina veniva introdotto l'obbligo di coprire naso e bocca con mascherine monouso, un'abitudine ben conosciuta nella regione, ma ancora insolita in Europa: ancora una volta “cose di un altro mondo”.

La progressione dei dati era peraltro inequivoca e l'OMS dichiarava, in un report del 26 gennaio, che il rischio di

(7) Per una breve riflessione, vedi F. Vacchiano, *On the proximity of distancing: notes on Northern Italy*, «Social Anthropology», 28/2, 2020, pp. 371–372.

(8) «Le Monde», *Coronavirus: un troisième cas d'infection confirmé en France*, 2020. [Online].

infezione a livello globale era da considerarsi “alto”⁽⁹⁾. È significativo che gli autori del report avvertissero la necessità di correggere retrospettivamente il livello di rischio comunicato nei bollettini dei giorni precedenti, osservando che la valutazione “moderato” era da considerarsi un errore⁽¹⁰⁾. Questo dettaglio è solo in apparenza marginale, dal momento che mette in luce una dinamica che in quei giorni iniziali era caratteristica della relazione fra percezione del rischio e diffusione del contagio: misure che apparivano in un primo momento eccessive, risultavano poco dopo ampiamente sottostimate. Detto in altri termini: “prima” era troppo, “dopo” era troppo poco. Questo aspetto segnala lo smarrimento e la mancanza di prevedibilità per un fenomeno i cui contorni erano ancora incerti, rispetto al quale la scienza aveva ancora poco da dire — e nonostante l’intensissimo sforzo di quei giorni per descrivere il virus e i suoi meccanismi di trasmissione: un fatto inusuale, inevitabile in tali circostanze, ma che era certamente destinato a produrre ripercussioni emotive non trascurabili.

Il 30 gennaio venivano identificati i primi due casi italiani: due turisti provenienti dalla Cina, immediatamente ricoverati all’ospedale Spallanzani di Roma. Il governo imponeva la cancellazione di tutti i voli dal paese, ma era implausibile fermare i passeggeri con scalo intermedio. Di conseguenza, l’allarme bastava per alimentare una sinofobia che includeva rapidamente tutte le persone con lineamenti asiatici. Con il crescere dell’allarme, cresceva anche la razializzazione del virus, attraverso quella del potenziale untore.

(9) Who, *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation report 6*, Who, Ginevra, 2020.

(10) Si veda la nota 3 in Who, *ibidem*.

Il giorno 11 febbraio — lo stesso giorno in cui il numero di morti in Cina raggiungeva le mille unità — l'*International Committee on Taxonomy of Viruses* proponeva per il virus la denominazione alternativa “SARS-CoV-2”, in seguito alla riconosciuta somiglianza genetica con il virus responsabile della SARS; a sua volta, la malattia da coronavirus-2 prendeva ufficialmente il nome ormai noto di “Covid-19”. Tre giorni dopo si registrava in Cina il decesso dei primi sanitari contagiati sul lavoro. Negli stessi giorni, il virus veniva per la prima volta fotografato al microscopio elettronico presso i laboratori dell'Istituto nazionale per le allergie e le malattie infettive (NIAID) di Hamilton, negli Stati Uniti. La sua immagine sarebbe presto diventata familiare, fornendo materialità e rappresentabilità a un agente invisibile, per sua natura impensabile se non attraverso un atto di fiducia verso la scienza (tornerò in breve su questo aspetto).

Il 18 febbraio 2020 un uomo di 38 anni si presentava all'ospedale civico di Codogno accusando sintomi influenzali. Dimesso con diagnosi di polmonite leggera, tornava al pronto soccorso il giorno successivo a causa di un peggioramento delle sue condizioni generali. Al tampone diagnostico, realizzato per la prima volta in Italia, il paziente risultava sieropositivo al SARS-CoV-2. Il risultato si ripeteva inoltre per la moglie, un amico della coppia e altri tre pazienti con sintomi comparabili. Il 20 febbraio si registravano altri sedici casi a Codogno e due a Vo' Euganeo, tra cui il primo decesso. Nel giro di pochi giorni, l'Italia diventava il primo paese “occidentale” per numero di casi accertati e, drammaticamente, anche per decessi: entro fine mese i morti erano già trenta e i contagi superavano le mille unità. Nel frattempo, l'OMS confermava l'origine zoonotica

del virus e la sua somiglianza genetica con altri coronavirus trasportati da pipistrelli, pur rimanendo oscuro l'animale coinvolto in quanto probabile vettore intermedio.

La rapidità della diffusione del virus nel nostro paese ci interroga ancor oggi: se da un lato essa costituisce un evidente segno dell'intensità degli scambi che caratterizzano lo scenario globale contemporaneo — in fondo in poche settimane, il virus era uscito dalla sua nicchia ecologica e si era diffuso attraverso il pianeta — dall'altro può facilmente suscitare il sospetto di una prevalenza nascosta, dovuta alla circolazione tanto precoce quanto non identificata del virus, come uno studio pubblicato successivamente è parso confermare⁽¹¹⁾. Se questa ipotesi è corretta, non fa che comprovare vieppiù l'incontrollabilità dei processi in un mondo interconnesso in cui eventi che accadono in luoghi distanti hanno facilmente, e rapidamente, un impatto planetario.

Per contrastare tale diffusione, dai connotati particolarmente dirompenti nel nostro paese, non restava che ricorrere, anche qui, a metodi che la memoria associava a pestilenze antiche e racconti da libri di scuola, basati soprattutto sulla limitazione degli scambi e della circolazione: la quarantena tornava ad essere l'unico rimedio utile a limitare i contagi, proteggendo così le persone più esposte, ovvero — come cominciava ad essere evidente — anziani e persone con fragilità respiratorie. Dopo la chiusura di scuole e università (il 23 febbraio in Lombardia e Veneto e il 5 marzo in tutta Italia), veniva decretato il confinamento generalizzato (9 marzo), che coinvolgeva tutta la popolazione con

(11) Si veda A. Amendola *et al.*, *Evidence of SARS-CoV-2 RNA in an Oropharyngeal Swab Specimen, Milan, Italy, Early December 2019*, «Emerging Infectious Diseases journal – Cdc», vol. 27, n. 2, February 2021, pp. 648–650.

l'eccezione di coloro che si trovavano impegnati in funzioni fondamentali o nella lotta sanitaria contro la malattia. In questo momento drammatico, università e scuole tentavano di riorganizzarsi per riprendere le lezioni attraverso l'insegnamento a distanza, spesso improvvisando soluzioni innovative (si veda il contributo di Sara Zocca in questo volume), e comunque tentando, per quanto possibile, di garantire continuità didattica e altre attività essenziali.

Il giorno 11 marzo, con decreto d'urgenza, il presidente del consiglio Giuseppe Conte dichiarava la sospensione delle attività commerciali al dettaglio, dei servizi di ristorazione e delle celebrazioni religiose, vietando gli assembramenti di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico. Tali prescrizioni, non certo benvenute dagli esercenti⁽¹²⁾, mettevano in luce la contraddizione difficilmente componibile fra riproduzione economica e salute pubblica, nonché il ruolo necessariamente biopolitico dello stato, in un momento in cui la protezione dei cittadini, i più fragili in particolare, emergeva come responsabilità specifica dell'amministrazione.

Questo intervento profilattico, certamente basato su misure di controllo dei comportamenti collettivi, ha generato non poche controversie, la cui matrice si ritrova — non a caso — in concezioni diverse dello stato e delle sue funzioni. La differenza di posizioni si articola sostanzialmente intorno all'idea di libertà e al margine di intervento

(12) Solo pochi giorni prima un'associazione di ristoratori aveva promosso la campagna #milanononsiferma, diffondendo un video che elogiava il dinamismo economico di Milano. Il video veniva rilanciato dal sindaco della città, Giuseppe Sala, e replicato in versioni simili per altri capoluoghi. Significativamente, poco tempo dopo lo stesso Sala faceva pubblicamente ammenda, mostrando ancora una volta quanto le autorità facessero fatica a prendere atto di quanto stava accadendo.

che le istituzioni possono avere su di essa: vista da alcuni come autolegittimazione essenziale dell'individuo, diritto supremo svincolato da ogni limitazione (soprattutto se imposta dalle istituzioni), la libertà è concepita da altri come negoziazione costante di uno spazio di movimento — una metafora quanto mai adatta alle circostanze — in relazione ai limiti necessari imposti dalla libertà altrui (nel caso della pandemia, libertà di sopravvivere). Da questa distinzione discende da un lato una concezione del ruolo dello stato come promotore della libertà assoluta — che diventa facilmente libertà del più forte — oppure, dall'altro lato, come mediatore indispensabile fra interessi diversi e contrapposti, seppur esposto naturalmente al potere negoziale di alcuni gruppi a discapito di altri.

Questa contrapposizione ha di fatto accompagnato tutto il decorso biologico e sociale della pandemia e si è manifestata nell'opposizione individuale o organizzata alle diverse forme di restrizione e controllo stabilite dal governo: chiusura di esercizi, uso delle mascherine, obbligo vaccinale, ecc. In modo non irrilevante, questa opposizione ha riunito soggetti politicamente anche assai diversi, ma accomunati da una diffidenza di base nei confronti delle istituzioni e della loro azione. Nei casi più estremi, tale diffidenza ha dato luogo alla negazione della pandemia stessa e nell'assimilazione della profilassi a una strategia intenzionale di controllo sociale, a dispetto dei dati forniti dagli istituti sanitari, delle informazioni provenienti dagli ospedali, delle prove fornite dagli scienziati. Di fronte all'impossibilità crescente di negare l'evidenza, si sono diffuse, con emblematica rapidità, contro-narrazioni riguardanti eziologie parallele e cure alternative — ricordo la teoria della necessità dei contagi per l'immunità di gregge e il “metodo

Raoult” a base di cloroquina — che hanno funzionato da catalizzatori per la sistematica (seppur non sempre immotivata) diffidenza nei confronti dei luoghi del potere centrale⁽¹³⁾. In queste rappresentazioni, lo stato è identificato come generico persecutore esterno di natura impersonale, legato a supposti interessi di potere invisibili e pertanto difficilmente confutabili.

Quella che potremmo a tutti gli effetti definire “incredibilità pandemica” ha dunque varie matrici, non sempre coerenti o congruenti fra loro: da un lato si manifesta in relazione a un agente invisibile, che non può essere conosciuto se non fidandosi degli esperti o vivendo in prima persona l’esperienza della malattia; dall’altro lato mette in causa una scienza che, nonostante l’accusa di ambire all’onnipotenza, è in realtà necessariamente imperfetta, richiedendo tempo per dare risposte e giungere a conclusioni. Oltre a ciò, la negazione è spesso il risvolto di una diffidenza sistematica verso la società, che matura e prende forma nella frizione, spesso insanabile, fra individuo e collettività. In questo senso, non è irrilevante osservare che anche risposte apparentemente opposte, come il conformismo normativo, sono spesso nutrite da un panico morale la cui natura si basa su meccanismi non così diversi da quelli del rifiuto. L’adesione acritica alla norma e, soprattutto, l’attiva vigilanza contro le infrazioni altrui, in modo ancor più restrittivo rispetto alle misure disposte, sono modalità in cui, nuovamente, la responsabilità del male è spostata verso un untore potenziale: questi è rappresentato emblematicamente da soggetti già socialmente marginalizzati (gli

(13) Per un commento sul caso francese, si veda A.C. Bonnaire, *Raoult, social distancing and the rebellious French – A reflection on COVID-19 treatments online debates*, «Social Anthropology», 28/2, 2020, pp. 226–227.

stranieri si prestano egregiamente), ma anche da trasgressori immaginari, come è accaduto nei mesi del confinamento a qualche passante o ai numerosi *runners* che venivano richiamati all'ordine da concittadini indignati.

Questi meccanismi di difesa inconsci, ma comunque socializzati in gruppi di affinità, accompagnano comunemente gli eventi epidemici e ne rappresentano un risvolto sociale significativo, declinandosi in forme storiche differenti secondo le epoche. Su di essi si modellano le cosiddette “infodemie”, ovvero gli episodi di circolazione incontrollata di notizie non verificate, di sospetti complottisti, di accuse rivolte a soggetti marginali o di potere: in breve, di spiegazioni che tentano di addomesticare la complessità delle cause in direzione di una risposta apparentemente più semplice e comprensibile. Roger Canals ha scritto che il coronavirus «sembra obbedire a una forza cieca al di là del controllo e alla comprensione umani — una forza al di là della storia»⁽¹⁴⁾ (Canals 2020, 235), sottolineando — con riferimento a Sahlins — come l'irruzione dell'inatteso mobilita negli esseri umani un'attitudine “mitopratica”, tesa alla costruzione di narrative che, come i miti, spiegano gli eventi attraverso grandi narrazioni. Queste interpretazioni, d'altra parte, non sono solo irrazionali, ma mettono in gioco dimensioni connesse alla posizione sociale (e psichica) dei soggetti che se ne fanno portavoce. Potremmo fare un censimento di questi miti, per provare a comprenderne il senso, un po' come propone Canals, ma anche Alexandra Arkhipova e Ian Brodie in un contributo a caldo scritto nei giorni del primo isolamento. Arkhipova e Brodie documentano il panico morale diffusosi dapprima

(14) R. Canals, *Dealing with the unexpected: new forms of mytho-praxis in the age of COVID-19*, «Social Anthropology», 28/2, 2020, pp. 235–236.

in Cina e poi in numerosi paesi del mondo in occasione della falsa notizia riguardante un imminente intervento di elicotteri (rigorosamente neri) pronti a spruzzare un pericoloso disinfettante sulle città⁽¹⁵⁾: una trasfigurazione simbolica dell'ambiguità intrinseca in ogni cura, che rischia di essere peggiore del male.

Detto questo, incredulità, scetticismo, complottismo e conformismo normativo non sono le uniche risposte possibili.

2. Una prova di solidarietà

Le epidemie sono eventi eminentemente sociali, non solo perché costituiscono momenti di crisi del legame collettivo, ma perché mettono a nudo le strutture sociali nella loro costituzione essenziale, mostrandone le forme e il funzionamento⁽¹⁶⁾: non solo, come abbiamo visto, l'organizzazione sociale dei meccanismi di difesa dall'angoscia dell'ignoto, ma anche la conformazione effettiva dei ruoli e delle funzioni sociali, oltre che le dinamiche differenziali prodotte dalla stratificazione di classe e dalle conseguenze che da essa discendono.

Questi aspetti strutturali emergono in modo eloquente nell'esposizione differenziale al contagio di alcuni soggetti rispetto ad altri, ma anche nel diverso decorso della malattia, oltre che nell'impatto delle misure di contenimento in differenti contesti sociali. Se, di fronte al contagio

(15) A. Arkhipova, I. Brodie, *When rumours fly like helicopters: an international conspiracy 'language' for the new reality?*, «Social Anthropology», 28/2, 2020, pp. 223–224.

(16) M.C. Inhorn, P.J. Brown, *The Anthropology of Infectious Disease*, «Annual Review of Anthropology», 19/1, 1990, pp. 89–117.